

Cuidado decolonial na formação em enfermagem: experiências e saberes a partir de ações extensionistas e memórias de Parteiras Tradicionais

Decolonial care in nursing education: experiences and knowledge from extensionist actions and memories of Traditional Birth Attendants

Mary Lúcia Souto Galvão¹

Ticiano Osvald Ramos²

Tainá Santana de Deus Oliveira³

Resumo: Neste artigo pretendemos refletir sobre possíveis caminhos para que a formação em enfermagem seja qualificada a partir da pedagogia decolonial, defendida por Catherine Walsh (2007) como uma práxis baseada na insurgência educativa propositiva, representando a criação e a construção de novas condições sociais, políticas e culturais, para atender as demandas da complexa situação de saúde das populações que requer profissionais com capacidade crítico-reflexiva para atuarem na perspectiva de cuidado integral respeitando os princípios da equidade, autonomia, emancipação e satisfação. O artigo é fruto de uma investigação de doutorado em torno dos saberes de Parteiras Tradicionais do território do antigo quilombo do Cabula (Salvador) e teve como objetivo discutir como esses saberes podem contribuir para a formação de enfermeiras, refletindo sobre a importância da Educação Popular em Saúde e de ações extensionistas, desenvolvidas no curso de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia. A metodologia da pesquisa foi qualitativa, incluindo: análise de documentos relacionados a ações de extensão na atenção à saúde do curso de Enfermagem, rodas de conversa e entrevistas-narrativas com mulheres mais velhas do bairro do Cabula, guardiãs de saberes, para resgatar memórias das parteiras tradicionais que atuaram naquele território até meados do século XX, quando o parto passou a ser institucionalizado. Nesta perspectiva, apresentamos uma primeira sessão na qual são trabalhados aspectos conceituais e teóricos que constroem a reflexão sobre a relação entre a colonialidade, a medicalização do parto e a atuação de parteiras e uma segunda sessão na qual são apresentadas duas possíveis dimensões da pedagogia decolonial em enfermagem, enquanto resultados: a extensão universitária e a aproximação de memórias de parteiras.

¹ Professora na Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Doutora em Educação e Contemporaneidades. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. ORCID: 0000-0003-2744-1773 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8167432766754918>.

² Professora na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, Doutora em Sociologia. ORCID: 0000-0001-8765-2340 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7889448541887250>.

³ Enfermeira pela UNEB. ORCID: 0000-0002-9418-4378 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8383000291247722>.

Palavras-chave: Enfermagem. Decolonialidade. Extensão. Parteiras.

Abstract: This article aims reflect on ways for qualify nursing education toward a decolonial pedagogy, advocated by Catherine Walsh (2007) as a praxis based on propositional educational insurgency, representing the creation and construction of new social, political, and cultural conditions to handle with the complex populations' health situations that require professionals with critical-reflexive capacities to act from the perspective of integral care, respecting principles of equity, autonomy, emancipation, and satisfaction. The article is part of a doctoral research on the knowledge of Traditional Birth Attendants from the ancient quilombo of Cabula territory (Salvador) and aimed to discuss how this knowledge can contribute for nurses education, reflecting on the importance of Popular Education in Health and extension actions, developed in the nursing course (Universidade do Estado da Bahia). The methodology was qualitative, including: documents analysis related to extension actions in health care of the Nursing course, conversation circles and narrative interviews with older women from the Cabula neighborhood, to rescue memories of Traditional Birth Attendants who worked in that territory until the mid-twentieth century, when childbirth became institutionalized. In this perspective, the article present a first session in which conceptual and theoretical aspects that build the reflection on the relationship between coloniality, the medicalization of childbirth and the Traditional Birth Attendants' performance are worked on, and a second session in which two possible dimensions of decolonial pedagogy in nursing are presented as results: university extension and the approximation of Traditional Birth Attendants' memories.

Keywords: Nursing. Decoloniality. Extension. Traditional Birth Attendants.

1. Introdução

Este artigo relata parte da construção de uma pesquisa de doutorado⁴ que discutiu como saberes de Parteiras Tradicionais do território do antigo quilombo do Cabula (Salvador), podem contribuir para a formação de enfermeiras, refletindo sobre a importância da Educação Popular em Saúde e de ações extensionistas, desenvolvidas no curso de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB)⁵, à luz da colonialidade do poder e do saber e seus efeitos no campo do cuidado em saúde, sobretudo na

⁴ GALVÃO, Mary Lúcia. Educação, Saúde e Memória: Narrativas e Saberes das Parteiras Tradicionais no Território do Cabula. 2020. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade, Universidade do Estado da Bahia, 2020.

⁵Universidade do Estado da Bahia (UNEB) Campus I, Departamento de Ciências da Vida, bairro do Cabula, Salvador.

construção do modelo de assistência ao parto hegemônico no Brasil e na Bahia.

O objetivo geral foi compreender as memórias de saberes de parteiras tradicionais e sua importância para a formação das enfermeiras, tendo como objetivos específicos: refletir sobre a trajetória biográfica da autora (também parteira), discutir a importância da Educação Popular em Saúde e ações extensionistas na formação, interpretar criticamente os efeitos do cuidado da saúde referentes ao modelo de assistência ao parto no Brasil e Bahia, ancorada na perspectiva hegemônica da biomedicina e colonialidade do saber; apresentar o território contemporâneo do Cabula (lôcus da pesquisa) e analisar a narrativa de mulheres mais velhas deste território, a partir de suas memórias sobre o cuidado de Parteiras Tradicionais no processo de assistência ao parto e ao nascimento.

A metodologia da pesquisa foi qualitativa incluindo: análise de documentos relacionados a ações de extensão na atenção à saúde do curso de Enfermagem (projetos pedagógicos, ementas de componentes curriculares, projetos de extensão, depoimentos de egressas), rodas de conversa e entrevistas-narrativas com mulheres mais velhas do bairro do Cabula, guardiãs de saberes, para resgatar memórias das parteiras tradicionais que atuaram naquele território até meados do século XX, quando o parto passou a ser institucionalizado.

A medicalização do parto que acompanhou o desenvolvimento da biomedicina transformou o parto em procedimento médico e tecnocrático, inscrevendo-o numa linha de produção, reproduzindo assimetrias e desigualdades que podem ser verificadas tanto nos indicadores epidemiológicos, com altas taxas de cesarianas e demais intervenções (LEAL *et al*, 2014), como nos altos níveis de violências obstétricas e insatisfação de mulheres na assistência hegemônica (D'ORSI *et al*, 2014; CARNEIRO, 2015) que não contempla, em geral, o cuidado na perspectiva interseccional (considerando as transversalidades de gênero, raça/cor, etnia, classe, entre

outras) e intercultural (considerando as diversas possibilidades de pertencimento e significâncias individuais e coletivas).

Neste capítulo pretendemos refletir sobre possíveis caminhos para que a formação em enfermagem seja qualificada a partir da pedagogia decolonial, defendida por Catherine Walsh (2007) como uma *práxis* baseada na insurgência educativa propositiva, representando a criação e a construção de novas condições sociais, políticas e culturais, para atender as demandas da complexa situação de saúde das populações que requer profissionais com capacidade crítico-reflexiva para atuarem na perspectiva de cuidado integral respeitando os princípios da equidade, autonomia, emancipação e satisfação. Nesta perspectiva, apresentamos uma primeira sessão na qual são trabalhados aspectos conceituais e teóricos que constroem a reflexão sobre a relação entre a colonialidade, a medicalização do parto e a atuação de parteiras e uma segunda sessão na qual são apresentadas duas possíveis dimensões da pedagogia decolonial em enfermagem: a extensão universitária e a aproximação de memórias de parteiras.

2. Colonialidade e a saúde das mulheres: medicalização do parto e marginalização das parteiras tradicionais

O saber científico eurocêntrico erigiu a ciência como um dos discursos ocidentais dominantes, tendo como princípios norteadores a razão e o método, suprimindo o corpo, as emoções e a espiritualidade. Estabeleceu a separação simbólica entre homem e natureza, desencadeando outras dicotomias que construíram a ideia de que a melhor forma de vida é a protagonizada por homens brancos, europeus heteronormativos e capitalistas, não por acaso perfil dos colonizadores (SEGATO, 2012; GROSGOUEL, 2010; QUIJANO, 2005). As relações entre europeus e não-europeus foram codificadas numa lógica binária e peculiar, impondo uma ordem hegemônica no fluxo da expansão do domínio colonial da Europa sobre o mundo. O processo da

chamada “modernidade” marginalizou, omitiu e silenciou saberes locais e tradicionais, estabelecendo a superioridade do saber europeu através da colonialidade do poder, com imposição da classificação étnica da população operando como centro mundial do capitalismo e da dominação colonial, através da racionalidade da ciência positivista (QUIJANO, 2010; MIGNOLO, 2005).

O conceito de colonialidade do poder foi desenvolvido por Aníbal Quijano, a partir de 1989, quando relê a suposta neutralidade das relações de colonialidade nas esferas econômica e política, discordando da instituição do colonialismo. Esse pensamento tem dupla pretensão: denuncia a continuidade política, burocrática, cultural e estrutural das formas coloniais de dominação e, posteriormente, apresenta capacidade explicativa que atualiza e contemporiza os processos que supostamente teriam sido apagados, assimilados ou superados pela modernidade (GROSGOUEL, 2010).

O colonialismo impôs uma relação política e econômica, em que a soberania de um povo está no poder que exerce sobre outro/s povo/s ou nação/ções, atribuindo a si o poder de império e aos demais a responsabilidade de sua sustentação. Reforçando as estruturas de poder estabelecidas, a colonialidade se refere a um padrão que emergiu como resultado do colonialismo moderno mas, em vez de estar limitado a uma relação formal de poder, entre dois povos ou nações, se relaciona à forma como o trabalho, o conhecimento, a autoridade e as relações intersubjetivas se articulam, reguladas pelo mercado capitalista mundial e fortalecido pela ideia de raça e sua exploração nas interseccionalidades (GROSGOUEL, 2012).

Os estudos decoloniais indicam que, embora o colonialismo tenha precedido o fenômeno da colonialidade, este se mantém vivo na autoimagem dos povos, nas aspirações dos sujeitos, na cultura, nos sentidos comuns, em textos didáticos, nos critérios para o bom trabalho acadêmico e em muitos outros aspectos da experiência contemporânea. Mais do que uma imposição política, militar, jurídica ou administrativa, o colonialismo atinge às raízes

mais profundas de um povo e sobrevive apesar da emancipação das colônias latino-americanas, asiáticas e africanas nos séculos XIX e XX (TORRES, 2010).

A lógica do pensamento colonial foi instituída através da negação de um estatuto humano para os povos africanos e indígenas, constituindo para Walsh (2008) e Santos e Menezes (2010) também uma violência epistêmica. O conceito de raça foi criado para inferiorizar os grupos humanos indígenas e africanos, lhes negando seu próprio legado intelectual, material e histórico, reduzindo-os a categoria de primitivos e irracionais. Os colonizadores codificaram esses grupos, utilizando a cor e traços fenotípicos para legitimar relações de dominação, atribuindo uma perspectiva eurocêntrica de superioridade, através da elaboração teórica da ideia de raça como naturalização das relações coloniais e o questionamento da presença de alma nos indivíduos de povos originários (QUIJANO, 2005; MIGNOLO, 2008).

A colonialidade do poder é responsável pelo *fetichismo epistêmico*, onde a cultura, ideias e conhecimentos dos colonialistas aparecem de forma sedutora, como modelo a ser imitado (OLIVEIRA E CANDAU, 2010). A repressão às formas outras de produção de conhecimento impôs a colonialidade do saber sobre não-europeus, evidenciando-se uma geopolítica do conhecimento, ou seja, o poder, o saber e todas as dimensões da cultura definiam-se a partir de uma lógica de pensamento europeia (QUIJANO, 2005). Esses processos, marcados por violência epistêmica, conduziram também a geopolítica linguística, já que as línguas coloniais estabeleceram o monopólio, desprezando línguas nativas e, como consequência, subvertendo ideias, imaginários e as próprias cosmovisões nativas dos povos colonizados (MIGNOLO, 2008).

A “civilização moderna ocidental” que se constituiu como representação dominante a partir do conjunto de países do Norte, responsáveis pela ordem econômica do mundo, é autodescrita como mais desenvolvida e superior. O sentimento de superioridade tem como

consequência a obrigação de desenvolver os mais “primitivos”, “bárbaros”, “rudes”, “simples”, como exigência moral. Esta produz vítimas de variadas maneiras, entretanto, a violência é interpretada como um ato inevitável e sacrificial. Essa lógica coloca a modernidade como processo emancipatório, bem como todos os discursos que a constituem, culpabilizando os povos colonizados (LANDER, 2005). O herói civilizador reveste suas próprias vítimas da responsabilidade pela violência: o “índio civilizado”⁶, o “escravo africano”⁷, as mulheres, “tristes loucas ou más”⁸ e a destruição ambiental da “ordem e progresso”⁹.

Uma releitura contra colonial da história brasileira, baseada na cosmovisão dos povos colonizadores e colonizados, é defendida pelo relator de saberes Antônio Bispo dos Santos, quilombola piauiense conhecido como Nêgo Bispo. A base da cosmovisão desses povos pode ser encontrada a partir de sua religiosidade, sendo os povos colonizadores de origem monoteísta e os colonizados em terras brasileiras (afropindorâmicos) de origem politeísta (SANTOS; 2019).

Os colonizadores apresentam um único Deus e seus mitos fundadores são baseados na desterritorialização, na demonização das mulheres e no trabalho como castigo, enquanto os Afropindorâmicos reconhecem vários deuses, que convivem com a natureza, em uma relação de troca e cooperação. Dos princípios dessas cosmovisões, foram construídas diferentes experiências culturais, refletindo nas instituições sociais. Os povos monoteístas colonizadores são regidos pela segmentação, que se reflete no modo de reprodução social, baseado em mercadorias e dinheiro, sendo o mercado regulado pelo Estado. Este modo de viver pode ser considerado sintético, uma

⁶O próprio termo “índio”, fruto do “engano de Colombo” precisa ser apontado como conceito etnocêntrico.

⁷A esse respeito lembramos a célebre assertiva de Makota Valdina: “Não sou descendente de escravos. Eu descendo de seres humanos que foram escravizados.”

⁸Referência a canção “Triste, louca ou má”, do grupo brasileiro “Francisco, el Hombre” que tão bem retrata os efeitos nocivos do patriarcado sobre a vida das mulheres.

⁹Lema positivista impresso na bandeira brasileira, símbolo de um projeto de nação colonizada.

vez que voltado para as aparências e o “ter”, sendo os saberes dessas sociedades, também, “sintéticos”. Os povos politeístas afropindorâmicos são regidos pela integralidade e integração, no qual a vida é produzida a partir de experiências compartilhadas entre todos os seres viventes. Este modo de viver pode ser considerado orgânico, uma vez que voltado para a realidade e o “ser” e os saberes desses povos, “saberes orgânicos”¹⁰. Assim, Nêgo Bispo alinha a perspectiva de resistência contra-colonialista à produção do modo de ser e dos saberes orgânicos.

Para compreendermos os efeitos da colonialidade sobre as maneiras de nascer, é necessário compreender a estrutura da biomedicina, do biopoder e do processo de medicalização da vida, que constitui um processo contemporâneo internacional em expansão, tendo como marco inicial o surgimento da biomedicina entre o final do século XVIII e o início do XIX, simultâneo aos fenômenos da industrialização e urbanização, como desdobramentos da consolidação do capitalismo e do mundo dito “moderno”/colonial.

Foram desenvolvidos conhecimentos, técnicas, instituições, práticas e profissões abarcando a complexidade da saúde das populações, campo no qual gravitam a indústria farmacêutica, de equipamentos, tecnologias e as instituições oficiais para formação de profissionais, segmentos que disputam legitimidade e poder no mercado simbólico de produção da saúde e da doença. A medicalização implica no controle médico de todos os aspectos da vida, a profissionalização dos cuidados, burocratização da saúde, especialização técnica (MARTINS, 2003) sendo que muitas de suas intervenções constituem atos geradores de iatrogenias, danos e intervenções inapropriadas (ILLICH, 1975).

¹⁰Tal distinção pode ser vista comparativamente em diversas manifestações culturais e sociais, a exemplo dos jogos típicos dos colonizadores, com times disputando em arenas, com a intervenção de juízes (como no futebol). Enquanto isso, um bom exemplo de manifestação dos contra colonialistas é o jogo da capoeira, vivenciado em rodas, como uma comemoração, com a participação de todos (homens, mulheres, mais velhos, mais novos, iniciantes e experientes).

A instituição da medicina como poder social também se deu através de dispositivos disciplinares, medidas de controle sobre os corpos, constituindo o exercício do poder sobre a vida, ou biopoder. Essa concepção utilizou o corpo como estratégia biopolítica para o controle populacional, entendendo-o como uma máquina a ser normatizada atendendo demandas da industrialização do trabalho (FOUCAULT, 1980). A medicina enquanto campo do saber, foi constituída supostamente a partir de métodos científicos, porém a racionalidade da ciência é enviesada pelas dinâmicas de poder inerentes às disputas do campo.

Assim, foi submetida aos interesses dos Estados e do mercado, colocando em plano secundário os compromissos sociais sob a égide do capitalismo médico e distanciando-se das necessidades de cura (MARTINS, 2003). O modelo de saber da biomedicina obedece à divisão disciplinar a partir de uma visão utilitarista e econômica do corpo humano, rompendo com as relações de integralidade no cuidado em saúde. A biomedicina hegemônica objetifica sujeitos e mecaniza os corpos, supervalorizando a especialidade que detém oficialmente o conhecimento e seus representantes.

O processo de medicalização consolidou modelos assistenciais enquanto arranjos produtivos e simbólicos do cuidado e conformou os sistemas de saúde nacionais, sejam de financiamento público, privado e/ou misto. No contexto da assistência a partos e nascimentos, visualizamos historicamente a co-existência de três modelos predominantes de atenção ao parto: tecnocrático, humanista e holístico¹¹ (DAVIS- FLOYD, 2001). O modelo tecnocrático é aquele instituído a partir da biomedicina, com as marcas da medicalização e do biopoder, enquanto discurso hegemônico global.

O corpo feminino é tratado como máquina, inferior ao masculino,

¹¹O modelo humanista tem como princípio o equilíbrio e a conexão, balanceando aspectos da ciência e tecnologia com decisões compartilhadas entre os sujeitos e instituições, preservando a afetividade nas relações. O modelo holístico opera nos princípios da conexão e integração, tratando corpo, mente e espírito de maneira integrada, admitindo várias modalidades de diagnóstico e tratamento (DAVIS-FLOYD *apud* RAMOS, 2013).

validando a utilização excessiva e inapropriada da tecnologia¹², baseada na falsa ideia de segurança, pois somente médicos saberiam o que é importante para a saúde das mulheres, adicionando características de racionalidade, ciência, observação clínica objetiva, testes de laboratório e exames físicos mediados por tecnologia que compõe a autoridade (CAPRA, 2001) e controlariam riscos (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005). Os resultados são altas taxas de intervenções, uma série de morbidades associadas, alta razão de mortalidade e insatisfação das mulheres (LEAL *et. al*, 2014). Este modelo consolidou a cultura do medo da dor, alavancando a epidemia de cesarianas, engendrando silêncios, violências, rechaçando a diversidade das experiências socioculturais e ocasionando um impacto significativo aos sentidos subjetivos da vinculação mães-filhos (DINIZ, 2005; MELO, 2017).

O processo de medicalização no Brasil apresentou singularidades, devido às especificidades econômicas, políticas e sociais decorrentes da colonização e do projeto modernizador republicano, que depositou em uma versão colonial, patriarcal e eugenista de ciência, a proposta de um novo modelo de assistência ao parto. Essa concepção fundamentou uma convergência identitária entre saúde, educação e nação, unindo a intelectualidade urbana na elaboração de ampla proposta de reforma, que tinha no higienismo¹³ o seu eixo central. A maternidade ultrapassou os limites da esfera doméstica, adquirindo caráter de missão patriótica e função pública, porque o propósito era, além de garantir filhos ao marido, garantir cidadãos à pátria (RAMOS, 2013).

¹²O professor de obstetrícia norte americano, Joseph DeLee, exemplifica bem o modelo tecnocrático. Autor de várias literaturas consideradas científicas no campo, inventor de ferramentas, defendeu que o “parto é um processo patológico”, recomendando o uso rotineiro do fórceps e episiotomia, sugerindo que a mulher fosse sedada quando o feto entrasse no canal do parto. Seu tratado, da década de 1930, foi tão influente que a “obstetrícia profilática” tornou-se norma (ODENT, 2003).

¹³O movimento higienista do século XIX/XX implementou normas e condutas de comportamento social em defesa da Saúde Pública (RIESCO, TSUNECHIRO e LEISTER, 2011).

Até meados do século XIX, o parto era assistido por parteiras em casa, como evento familiar, representando a sua transferência do domicílio para o hospital o fenômeno mais marcante na história da parturição. A mudança redefiniu condutas no âmbito da saúde reprodutiva, representando parte importante da política higienista, que ditava a disciplina de cada indivíduo consigo e seus próximos. À medida em que a assistência foi institucionalizada, o saber das parteiras começou a ter sua eficácia e segurança questionadas pelos detentores do conhecimento científico, que passaram a exigir qualificação oficial para o exercício desses ofícios (BARRETO, 2008; MENEZES *et. al.*; 2012; MOTT, 2002; RAMOS, 2013).

A institucionalização do parto conferiu novos significados para a assistência, introduzindo tecnologias medicamentosas e intervencionistas, incorporadas à rotina do parto hospitalar. As “maternidades” (locais oficiais e institucionalizados para cuidados maternos e neonatais) começam a surgir, tendo o objetivo de implementar o parto institucionalizado para viabilizar a prática do ensino médico (SANFELICE, *et al.* 2014; RAMOS, 2013), solução encontrada para a precariedade do ensino obstétrico, no qual a maioria dos estudantes de medicina concluíam o curso sem assistir partos¹⁴ (BARRETO, 2008; VIEIRA, 1999).

Todavia, essa transição histórica ocorreu com muitas resistências, uma vez que até meados do século XX, o discurso médico em favor da hospitalização do parto não convencia a opinião das mulheres, em função de condições precárias dos estabelecimentos, tratamento desrespeitoso, excesso de intervenções e interdições morais sobre seus corpos (MOTT, 2002). O hospital como espaço ideal para assistência ao parto, ideia hoje naturalizada, foi fruto de uma campanha higienista nacional, com elementos misóginos e

¹⁴Os primeiros discursos públicos no Brasil sobre a necessidade da criação de estabelecimentos especiais para mulheres darem à luz ocorreram em 1932, através do projeto do cirurgião Le Masson que defendia a fundação de uma maternidade no Rio de Janeiro para criar um curso de Parteiras e atender parturientes de classe social baixa (RAMOS, 2013; MOTT, 2002).

racistas, atuando como dispositivo da colonialidade do saber pois gradativamente desqualifica todos os saberes e fazeres que não estavam alinhados a este modo de nascer (SOUSA, 2005; AMARAL, 2008; MOTT, 2002).

O contexto baiano também registra os mesmos elementos de transição e resistência de outros locais do Brasil e do mundo. Apesar de munidos do discurso higienista e apoiados pela elite, a implantação de uma nova agenda pública para assistência não foi suficiente para os médicos convencerem mães baianas, que temiam o estigma de parir em instituições públicas, associadas à miséria, mulheres pobres e ex-escravizadas, gerando um desafio para os médicos que precisavam tornar o ambiente atrativo para as clientes (AMARAL, 2008)¹⁵.

A imprensa teve um papel fundamental para a divulgação dos novos padrões de comportamento das mulheres, crianças e da vida social, apoiando a inauguração da Maternidade Climério de Oliveira, em 1910, (BARRETO, 2008; AMARAL, 2008), bem como vendendo espaços nos periódicos, para divulgar serviços especializados em partos e doenças “de senhoras”, destacando habilidades médicas diante dos partos difíceis e patologias femininas. O parto, as maternidades e a assistência médica eram defendidos como *locus* de apoio, repouso, cuidados e assepsia, reforçados com o discurso de redução do risco de infecções, mas sendo transformados, sobretudo, em símbolos da “medicina moderna”, higiênica, civilizada (AMARAL, 2008; MOTT, 2002; NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Essa construção se deu também em oposição ao discurso oficial sobre o ofício de parteiras. Chamadas popularmente de muitas denominações

¹⁵Além disso, a topografia urbana acidentada, dificuldades de transporte e a vulnerabilidade social das mulheres contribuíram para a resistência e que grande número dos partos continuassem a ser assistidos por parteiras nos domicílios até aproximadamente a década de 50. Uma pesquisa realizada pelo diretor da maternidade Climério de Oliveira, Adeodato Filho, indicou que entre os anos de 1947 e 1954 ocorreram em Salvador 5.199 Partos, destes 3.847 foram atendidos no domicílio por Parteiras e apenas 1.352 transferidos para o hospital (MOTT, 2002).

(comadres, aparadeiras, mães de umbigo, curiosas, etc.) em geral, auxiliam gestantes, parturientes e puérperas em suas necessidades. Seus saberes são originados na experiência prática, amplamente relacionados às tradições de comunidades, passados entre gerações a partir da oralidade, ancoradas nas relações de parentesco e entre mulheres. Muitas vezes reconhecidas como lideranças, exerceram papel histórico e social indiscutível (MOTT, 2002; BARRETO, 2008) e atuavam “possivelmente também (...) em outras ocasiões de distúrbios pessoais e familiares” (RAMOS, 2013) recebendo diferentes posicionamentos a partir de “tempos e espaços distintos” (*ibidem*).

O cuidado oferecido por uma parteira tradicional¹⁶ é, usualmente, singular, aplicado às individualidades das mulheres, sua cultura e territórios de vida, valorizando aspectos corporais, emocionais e espirituais (GALVÃO, 2001) e lançando mão de recursos locais, como: tecnologias relacionais das redes de sociabilidade (FLEISCHER, 2011), uso de plantas medicinais, manobras corporais e ritos de relação com espiritualidades diversas (GALVÃO, 2001; SIQUEIRA et al. 2006).

O conhecimento empírico sobre a fisiologia do corpo feminino e do parto, a identificação de intercorrências e primeiros cuidados de bebês (BARROSO, 2009) ocorre muitas vezes imersos em elementos da cultura e recursos locais. Os saberes de parteiras devem ser compreendidos a partir das cosmovisões, em perspectiva cultural e orgânica, sendo salvaguardados enquanto patrimônios imateriais, pois grande parte dessas parteiras representam mestras que atuam dentro das epistemologias de tradições orais, apartadas dos saberes oficiais com o processo de colonização.

A relação entre os saberes tradicionais e dominantes constitui

¹⁶ Pela caracterização de seus saberes, são muitas vezes chamadas de parteiras tradicionais e reconhecidas principalmente fora dos espaços onde domina o discurso médico, no meio popular, na vida privada das famílias e alguns setores das ciências humanas, porém frequentemente desprezadas no debate médico e obstétrico oficial, nos centros de formação profissional e pesquisa. A denominação e o exercício do ofício provocam muitos debates, uma vez que no Brasil, não existe uma normatização que reconheça e regulamente a profissão (RAMOS, 2013).

processo complexo, seguindo a lógica do mundo globalizado colonial que impôs verdades amparadas em critérios da racionalidade, atendendo aos interesses brancos, masculinos e burgueses, negligenciando tudo que vinha de fontes não hegemônicas ou subalternizadas, como: valores subjetivos no campo da cura, do corpo, do coletivo e da espiritualidade em uma perspectiva da integralidade.

No processo de institucionalização colonial, em nome da ciência e reformas pelo progresso, médicos estigmatizaram parteiras, ridicularizando-as como pessoas sujas, ignorantes e incompetentes. Foram acusadas e consideradas responsáveis pela prevalência, por exemplo, da sepse puerperal e oftalmia neonatal, e proibidas de exercer seu ofício ou receber treinamento de técnicas preventivas. Essa perseguição ocorreu na maioria das nações europeias e na América do Norte (EHRENREICH e ENGLISH, 1976), onde parte das parteiras recebeu formação obrigatória para se converter em profissionais reconhecidas (RAMOS, 2013; MOTT, 1999).

No Brasil, o registro dos primeiros treinamentos direcionados a parteiras “práticas” é da década de 1940, pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, como parte de iniciativas higienistas e de combate à mortalidade infantil (SILVA e FERREIRA, 2011). A metodologia adotada incentivava a participação comunitária, mas não estava isenta de contradições e preconceitos, pois o modelo de educação sanitária estava fundamentado em juízos de valor, refletindo conflitos culturais.

A cultura popular era considerada fonte de “ignorância e maus hábitos”, causando problemas de saúde (OSAWA, RIESCO e TSUNECHIRO, 2006; CAMPOS, 2008). Os objetivos do Programa de Higiene materno-infantil da SESP eram o treinamento, supervisão de parteiras e organização de serviços de partos em domicílio, melhor alternativa no período, em razão da

dificuldade de acesso a serviços médicos institucionalizados¹⁷. Resultou uma relação conflituosa e ineficaz, sendo as parteiras consideradas primitivas em seus conhecimentos originais, a exemplo das polêmicas do uso de ervas e da posição do parto. A partir da lógica da ciência biomédica “moderna”, era reforçado o estigma sobre parteiras tradicionais. O estigma, construído socialmente a partir das relações de poder e saber, instala formas simbólicas e regras oficiais hierárquicas para legitimar desigualdades e fixar valores, naturalizando o sistema das categorias hegemônicas (FERREIRA, 2014).

Os conflitos entre Parteiras e médicos expressam o discurso oficial que polarizou a relação entre diferentes saberes, enquanto científicos e tradicionais, quando os cirurgiões e médicos adentraram o campo da atenção ao parto, tratando gestação e parto como patologias, para construir a base que justificou seu ingresso profissional no mundo de práticas e saberes femininos. O conhecimento “científico” foi fundamental para a validação do discurso sobre a fisiologia feminina, técnicas para manobras obstétricas, intervenções, instrumentos e medicamentos no parto (BARRETO, 2008).

Apesar das fontes originárias do conhecimento médico serem, muitas vezes, de parteiras, a injustiça cognitiva, desvalorização e perseguição foram estratégicas para a institucionalização e exclusão de outras categorias de ofício ou profissionais. A cultura da medicalização construiu socialmente uma confiança no aparato tecnológico, levando as parturientes a procurarem os hospitais de grande porte, entendendo como parâmetro de segurança a assistência do profissional médico (OLIVEIRA, GALVÃO e RAMOS, 2021).

O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais, entretanto,

¹⁷A execução dos treinamentos era de responsabilidade das “enfermeiras de saúde pública” e “visitadoras sanitárias”. Com a aprovação ao final do curso, a parteira recebia certificado e bolsa, segundo Silva e Ferreira (2011) uma oferta “carregada de significados, de distinção e de poder”, que conferia à sua portadora um *status* diferenciado em relação às parteiras não treinadas, criando uma divisão social. O controle social ocorria quando a bolsa era fiscalizada periodicamente. Se por um lado a iniciativa valorizava parteiras em seu ofício, por outro dava destaque, em seus boletins, ao aprimoramento de agentes da higiene materno infantil e da obstetrícia, destacando o direcionamento para educação sanitária e especialização profissional, bem como a perspectiva biomédica.

perdura e é comum em localidades de difícil acesso, como regiões do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (LEAL *et al*, 2021; MENEZES *et al*, 2012). Muitas vezes, mesmo nas grandes cidades, onde existem locais interditados aos poderes oficiais, parteiras precisam auxiliar mulheres. Tendo a relevância do parto domiciliar em vista, o MS criou em 2000 o “Programa Trabalhando com *Parteiras Tradicionais*” (NONATO, 2011; TORNQUIST, 2004), na intenção de induzir estados e municípios a considerar parteiras na rede de assistência, dando visibilidade e suporte ao modo tradicional do parir.

A política era focada nos estados com maior ocorrência do parto domiciliar e incluía ações de levantamento da situação, cadastramento de parteiras, qualificação por meio de oficinas de troca de saberes, distribuição de *kit* da parteira (bolsa contendo materiais básicos de segurança), sensibilização de profissionais de saúde da Atenção Básica, articulação com a Gestão da Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família e, idealmente, toda linha de cuidado da atenção obstétrica na região, incentivando o associativismo e formação de redes (NONATO, 2011; GUSMAN *et al*, 2015).

O Programa registrou experiências exitosas, principalmente nos estados do Amazonas, Amapá e Pernambuco (BRASIL, 2012) porém a política não foi suficiente para retirar o ofício da marginalidade das políticas públicas. Além disso, os tensionamentos políticos dos últimos anos (a partir de 2016) levaram a extinção federal do programa¹⁸ e as parteiras tradicionais seguem enfrentando dificuldades no atendimento ao parto domiciliar em razão de fatores como: adversidades inerentes às condições sociais às quais elas e as mulheres que lhe procuram estão inserida, a falta de apoio da rede de assistência ao parto e discriminação por parte dos profissionais de saúde (CARVALHO, CHACHAM e VIANA, 1996).

No Brasil, as parteiras tradicionais e domiciliares não “desapareceram”, mas permanecem à margem do sistema de saúde e das

¹⁸Atualmente, sequer a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres possui espaço no website do Ministério da Saúde.

“oficialidades” (por vezes escondendo o ofício, por medo da criminalização) e/ou se tornaram prisioneiras dos protocolos burocráticos. Assim, o que pode ser observado na história é que, sendo ou não reconhecidas, se afastaram do campo do cuidado oficial, à medida que o número de obstetras com formação superior aumentava (RAMOS, 2013). Médicos obstetras se tornaram os principais provedores da assistência e, ao mesmo tempo, técnicos especialistas em cesarianas, ao invés de serem peritos bem treinados para situações inesperadas e patológicas do parto vaginal (ODENT, 2003).

Enquanto dispositivo de poder, a colonialidade imprimiu e marcou severamente a humanidade. Em nome da ciência, a colonialidade se outorgou o direito de violentar o corpo das mulheres de todas as formas que a brutalidade consegue alcançar, silenciando-as, desqualificando-as, humilhando-as, negando suas emoções, suas dores e contraturas. Contudo, resistem no país iniciativas individuais e coletivas relacionadas ao modelo holístico de assistência ao parto.

Cabe aos diferentes sujeitos implicados direta ou indiretamente na assistência ao parto contribuir para salvaguarda das práticas e saberes das parteiras, bem como de outros agentes de cuidados tradicionais e é nesse sentido que esse trabalho visa contribuir, a partir do registro de experiências e narrativas sobre um “cuidado-outro”.

3. Educação decolonial na formação em enfermagem: potencial de ações extensionistas e a salvaguarda de memórias de parteiras

A colonialidade se desdobra em todas esferas de vida. Os modos de vivenciar, diagnosticar, tratar e cuidar da saúde, dos sofrimentos e adoecimentos também estão incluídos nos processos da colonialidade do saber e do poder, como vimos acima na história da saúde das mulheres no ciclo

reprodutivo. Estratégias de resistência e contraposição à colonialidade entretanto, também são localizadas em distintos tempos e espaços, principalmente aquelas ligadas a oralidade como conhecimento.

A supervalorização da biomedicina na sociedade contemporânea, no caso da assistência obstétrica, atuou fortemente a partir da apropriação dos conhecimentos de agentes de cuidado não oficiais (parteiras, raizeiras, benzedeadas), com a promoção de campanhas de perseguição e punição, uma vez que também estabeleceu as margens da verdade e da legalidade. Contrariando as concepções coloniais de que muitos povos não ocidentais seriam atrasados e não civilizados, a perspectiva decolonial valoriza as lutas dos povos historicamente subalternizados pela sobrevivência para uma construção de novos modos de viver, de poder e de saber, objetivando dar visibilidade às lutas contra a colonialidade a partir de suas práticas sociais, epistêmicas e políticas, ultrapassando a transformação da descolonização para reconstruir o seu poder e o saber (OLIVEIRA e CANDAU, 2010).

Nessa perspectiva, Mignolo (2008) destaca que, o “*pensamento-outro*” caracterizado como decolonialidade se expressa na diferença colonial, como um reordenamento da geopolítica do conhecimento em duas direções: a crítica da subalternização e a invisibilidade de outros saberes. Assim, podemos nos perguntar: como desenvolver o “*pensamento-outro*” na formação de enfermagem voltada ao cuidado da saúde das mulheres?

Reconhecemos que o dispositivo da colonialidade do saber também está presente no interior da formação universitária, sendo bem representada pela pedagogia verticalizada e centrada na figura do/a professor/a que produz e reproduz uma formação subalternizada ao lugar do conhecimento eurocentrado em detrimento de outras e novas formas de saberes ou ainda de antigas fontes que se apresentam em comunidades populares e tradicionais.

Partindo da discussão sobre o compromisso social da Universidade enquanto espaço de produção de conhecimento e do papel das atividades de extensão no sentido de proporcionar a transformação da realidade da saúde e

da educação, apresentamos atividades de Educação Popular em Saúde que foram desenvolvidas através dos projetos de extensão e analisamos em que medida elas podem se configurar enquanto um espaço importante para novos aprendizados.

Paulo Freire (1983) defendeu a extensão como uma situação educativa em que os educadores, comunidade e educandos assumem papel de sujeitos cognoscentes, mediados pelo objeto que desejam compartilhar, resultando em uma extensão dialógica, sem incorrer no risco de desenvolver uma interpretação ingênua da realidade, através de instrumentos de dominação e invasão cultural. Nessa perspectiva, o conhecimento pluriversitário, não beneficia apenas as comunidades que guardam seus saberes preservados, mas enriquece o conhecimento dos educandos agregando novas formas de saberes ao processo da formação acadêmica.

No processo ensino-aprendizagem as ações extensionistas podem promover espaços para agregar legitimidade aos saberes tradicionais, em oposição ao modelo hegemônico exclusivista do conhecimento científico ocidental, enquanto justiça cognitiva. As experiências produzidas por meio das ações dos Projetos que serão aqui sucintamente descritos têm em suas bases epistemológicas a valorização dos saberes da população do Antigo Quilombo Cabula e buscaram, sobretudo, fomentar experiências comunitárias em oposição à formação hegemônica que, nos planos cultural e epistemológico, confere sentido a colonialidade do poder e do saber. Com esse propósito contra colonial, foram desenvolvidos os projetos: 1) Acolhendo a Gestação; 2) Roda da Saúde; 3) Valorização de Parteiras Tradicionais da Chapada Diamantina: Três Marias; 4) Valorização das Parteiras Quilombolas.

O Projeto Acolhendo a Gestação teve dentre seus objetivos o compartilhamento de experiências com gestantes e famílias nas comunidades do Distrito Sanitário Cabula/Beiru (DSCB), para o empoderamento no parto, pós-parto e puerpério, contribuindo para o fortalecimento e melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Desenvolveu ações de 2003 a 2012, como importante espaço de trocas e produção de saberes, a partir de metodologias participativas: rodas de conversa, oficinas, dinâmicas de grupo, feiras de saúde, grupos de reflexões e discussão, fortalecendo a autonomia dos sujeitos. Dentre os resultados, destacamos a introdução de temas transversais decoloniais no conteúdo da graduação em enfermagem; a formação de uma rede envolvendo os profissionais de saúde, docentes, líderes comunitários; e a criação do Coletivo de Doulas Comunitárias “Parindo a Ancestralidade”.

O Projeto Roda da Saúde objetivou fortalecer a integração da Universidade com a comunidade do DSCB, tendo como foco o controle social, apoiar e estimular o interesse na gestão participativa do SUS. “A Roda”, como era conhecida, foi espaço democrático de articulação, formação e capacitação, envolvendo saberes populares e científicos, com duração de um ano e meio. As ações ocorreram em parceria com profissionais de saúde, lideranças comunitárias, acadêmicos (áreas de saúde e direito), técnicos, conselheiros distritais de saúde e gestores municipais. A metodologia foi participativa, tendo a problematização como estratégia para elaboração da situação de saúde local. Ocorreram debates, exposição dialogada, exibição de vídeos e estudos de caso. O projeto produziu o diagnóstico de saúde local, cartilha ilustrativa sobre Controle Social para gestão do SUS e a qualificação de 64 líderes comunitários e conselheiros através de um curso com 80 horas.

O projeto Três Marias, executado entre 2008 e 2010, teve como objetivos: promover ações de valorização de parteiras tradicionais da Chapada Diamantina, a partir do mapeamento e encontros para troca de saberes com profissionais de saúde da Atenção Básica dos municípios participantes. Utilizou metodologia que associou pesquisa-ação, participativa e sociopoética, tomando como referência a contação de histórias a partir das vivências relatadas por parteiras. Dentre as ações desenvolvidas ocorreram oficinas e encontros envolvendo parteiras, profissionais e gestores.

Como resultados foram elaborados: um diagnóstico da situação de atenção à gestação, parto e pós-parto na região, o mapeamento de 52 parteiras nos 6 municípios englobados, cartilha “Saber de Parteira”, publicada em 2009 pelo Ministério da Saúde (com registro audiovisual), três artigos, três projetos de iniciação científica e seis trabalhos de conclusão de curso. Diante dos resultados exitosos, a Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, solicitou nova proposta para outros estados. Assim, a UNEB foi contemplada com o financiamento do projeto de Valorização das Parteiras Quilombolas dos estados do Maranhão, Goiás e Bahia. A proposta foi mapear, resgatar e valorizar os saberes ancestrais de parteiras quilombolas, utilizando metodologia participativa e sóciopoética, encontros dialógicos e oficinas. Com atividades entre 2012 e 2016, obteve como resultados: aproximação entre parteiras e gestores de saúde; diagnóstico do vazio assistencial no estado de Goiás; a promoção dos saberes ancestrais e práticas de saúde realizadas por parteiras quilombolas.

Como podemos apreciar nos resultados dos projetos comentados, a Educação Popular em Saúde representa excelente proposta para os processos da construção compartilhada do conhecimento. Essas experiências promovem a interação entre acadêmicas e usuários, favorecendo a complementaridade de saberes, agregando ao conhecimento científico os saberes populares que impactam positivamente em novas formas de pensar a saúde, aperfeiçoando as ações de cuidado e contribuindo efetivamente para a formação. É possível observar algumas dessas contribuições a partir de relatos colhidos com egressas do curso de enfermagem da UNEB que participaram dos projetos descritos anteriormente. Vejamos os relatos abaixo:

“Participar dos projetos da extensão me ajudou também a desenvolver a capacidade de enxergar o indivíduo de forma holística e menos tecnicista porque na grade curricular do curso, eu sentia que me treinavam para cuidar só da patologia, eu via o corpo como uma máquina e a doença como um problema da máquina a ser resolvido, eu não aprendi olhar um corpo como um todo de forma mais ampla enxergar o paciente como um indivíduo que tem um contexto familiar, um contexto social que merece ser analisado para

que o cuidado seja mais completo e mais humano. Os projetos de extensão proporcionam o ensino, o aprendizado a construção e a reconstrução do conhecimento.”. (Maia)

“Hoje, muito da minha atuação profissional, eu devo a essa experiência, aprendi a não ignorar nenhum tipo de saber popular porque a gente precisa usar esses conhecimentos ao nosso favor, e além da troca cultural a troca de conhecimento foi muito intensa”. (Saulo)

“(…) a roda de conversa potencializava as mulheres, davam o protagonismo e a visibilidade do lugar de fala, na roda elas e nós encontrávamos aconchego, elas e nós sabíamos que não estávamos sozinhas.”. (Bernardo)

“Trabalhar em roda para mim é um resgate ancestral, o fato de sentar em rodas no chão com mulheres para falar de nós, sobre nossas histórias, nossas vivências, nossos afetos, nossas dores, para mim é um lugar de muita potência. Ao longo de sete anos eu tenho participado de muitas rodas, e esse lugar pra mim sempre foi muito importante para refletir sobre meus processos, sobre as mulheres, acredito que isso nos fortalece muito e nos faz manter um elo também com as nossas acentrais, onde temos uma oportunidade de tecer um cuidado sobre nós e para nós. A gente se disponibiliza para falar mas também para escutar. A escuta é fundamental. E isso me levou também a entender que um círculo de mulheres é um círculo poderoso, sagrado, dentro da compreensão de que sagrado é o cotidiano, é o dia a dia, é a nossa vida, é algo muito perto e próximo de nós. E quando a gente senta em círculo a gente ativa, reativa e relembra esse poder.”. (Bruna)

Diante desses relatos é possível afirmar a quão valorosa é a experiência de estudantes com ações extensionistas. São apontadas muitas contribuições positivas para a formação da profissional de enfermagem, numa visão integral dos sujeitos, valorizando saberes tradicionais e populares, aproximando-as das comunidades e ressignificando entendimentos sobre a especialização profissional em curso. O diálogo que surge entre acadêmicas e diversos atores sociais nas ações extensionistas contribui para o crescimento profissional, constrói-se um espaço de aproximação, acolhimento e trocas entre todos, permitindo a formação de vínculos funcionando, muitas vezes, como rede social de apoio para os envolvidos no processo.

Constatamos o quanto é preciso investir na criação de espaços de relacionamentos informais e afetivos nas comunidades ou espaços

acadêmicos. Há saberes e questionamentos que só vão para a mesa de conversa em um clima de intimidade e amizade, regadas de emoções e afetos. Nesse acolhimento são compartilhadas inseguranças e descobertas entre acadêmicos, professores, profissionais de saúde e comunidade (LEITE, 2011).

A construção do conhecimento na educação popular em saúde destaca criatividade e intervenções comunitárias, potencializando as dimensões técnica, científica, pedagógica, humanística e política em uma perspectiva do fortalecimento do controle social (CARVALHO e CECCIM, 2006). As experiências implementadas através da educação popular em saúde estão direcionados para territórios da vida, no sentido de interagir nos contextos culturais locais para debelar más condições de saúde de grupos que vivem em vulnerabilidade, como defendia Paulo Freire por meio da Pedagogia da Libertação (FREIRE *et al*, 2017).

A formação profissional em saúde transforma-se dinâmica e continuamente pela influência dos contextos sociais, políticos e econômicos que a sociedade vivencia. Nessa perspectiva, o ensino da enfermagem deve ser pautado em uma formação ética e cidadã condizente com as novas demandas sociais, de modo a superar a visão tradicionalista, fragmentada, bancária e dicotômica entre educador e educando. Educadoras/es devem manifestar no processo de ensino aprendizagem a perspectiva de integralidade, parceria, complementaridade (RODRIGUES; *et al*, 2016; FREIRE, 1998).

Ressaltamos nesse âmbito, a necessidade de ações extensionistas para formação de enfermeiras no sentido de desenvolver o pensamento crítico, capacitá-las a atuar nas mais diversas situações, reconhecendo os diversos saberes, resultando em reflexões teóricas e competências dialógicas, como desdobramento de ações educacionais decoloniais (SANTOS e MENESES, 2010). Os projetos de extensão citados tiveram como chão o local onde também fica o Campus I da UNEB: o atual bairro e distrito-sanitário Cabula, antigo território quilombola cujo nome, de origem afro-diaspórica demarca

significados da ancestralidade relacionados à resistência e mobilização política (NICOLIN, 2016). A percepção desses aspectos, para muito além de uma circunscrição territorial sanitária foi fundamental para que surgisse o desejo de encontrar as heranças do partear tradicional naquela terra: parteiras e suas memórias, presentes nas narrativas de guardiãs, busca que pôde ocorrer durante a pesquisa de doutorado que originou esse capítulo.

A possibilidade de acessar saberes das experiências do modo de cuidar de parteiras tradicionais demonstra que a educação popular em saúde apresenta-se como um meio singular de conferir visibilidade aos diferentes modos das práticas de cuidado, favorecendo a articulação entre saberes diversos e a ampliação epistemológica do cuidado no processo do parto, conferindo visibilidade e credibilidade a saberes silenciados ao longo da história da ciência moderna (PERSEGONA, *et al*, 2009).

A pesquisa de campo ocorreu entre outubro de 2019 e dezembro de 2020, atravessando o auge do difícil período pandêmico. Fomos em busca dessas mulheres, incluindo aquelas que: tivessem acima de 60 anos, gestado e parido entre as décadas de 1960 e 1980, concordassem em participar mesmo com as condições impostas pela pandemia¹⁹ e indicadas como mulheres mais velhas moradoras do território por meio de lideranças comunitárias. Foram realizadas duas rodas de conversa (antes da pandemia) e dez entrevistas narrativas enquanto metodologias que estimulam os sujeitos a acessar suas memórias, discorrer sobre fragmentos de sua vida e do contexto social (MUYLAERT *et al*. 2014; POUPART *et al*, 2008).

A pesquisa se propôs a discutir quem são as agentes de cuidados presentes nas narrativas dessas mulheres e se elas apresentam um modo de fazer específico, ou seja, um tipo de “pedagogia do cuidado” próprio de parteiras tradicionais. Durante a análise das narrativas encontramos alguns eixos característicos com mais força: Redes de solidariedade, cuidado e gênero;

¹⁹Com distanciamento social e uso de máscaras.

Tempos e processos do parto; Narrativas sobre parteiras; Entre folhas, saberes e espiritualidade; Institucionalização e medicalização do parto.

No âmbito da assistência ao parto e nascimento, as narrativas das mulheres mais velhas do Cabula vêm carregadas de um sentimento de “não pertencimento” e dos valores imperativos/autoritários que impregnaram o ambiente hospitalar. As guardiãs reconhecem o quanto o parto institucional é marcado por intervenções desnecessárias, hipermedicalização, violências obstétricas e pela falsa ideia de que a mulher não dá conta de ter seus partos sem ajuda médica, numa demonstração clara de que o discurso biomédico construiu uma cultura medicalizada para garantir e legitimar o hospital como espaço ideal do parto.

Foram citados os nomes das maternidades mais conhecidas na região, como: Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Tsylla Balbino, Maternidade Climério de Oliveira. As narrativas expõem, mesmo que de uma forma muito cuidadosa, as fragilidades inerentes ao parto institucional onde as mulheres e bebês são desrespeitados em sua dignidade humana sob a justificativa dos protocolos e normas institucionais. Abaixo vemos Dona Lindaura narrando a atuação de sua tia Dalu que, parteira com formação em enfermagem e atuação tanto hospitalar como domiciliar, demonstra um momento de transição histórica entre a institucionalização e a profissionalização da assistência ao parto e as tensões inerentes a esse processo:

O material que usava era de primeira qualidade, por isso ela tinha que cobrar, e ela era braba... não alisava. Mandava as mulher fazer força pra despachar logo o menino e não gostava de muito blá,blá,blá, era mais segura entende? Mas ela era bem atualizada, e fazia tudo como aprendeu com os Dr de lá da maternidade. Dava injeção, que aprendeu a dar no hospital e também esterilizava tudo que usava no umbigo... Ficou pegando menino bem uns 20 anos mas depois veio a perseguição e ela parou, logo depois foi embora pra Santo Amaro porque se aposentou. (D. Lindaura, 67 fala sobre, sua tia Dalu)

As narrativas das mulheres mais velhas do Cabula expressam sentimento de saudade dos tempos em que podiam parir seus filhos em casa, com apoio das parteiras e no aconchego de suas famílias, tempo em que a urbanização era crescente, mas ainda existiam espaços de convivência mais íntima com a natureza, como as matas, roças, fontes e mangues. Embora as narrativas das guardiãs descrevam com riqueza de detalhes o jeito de fazer e de cuidar das parteiras que atuaram no Cabula com mais força até meados da década de 1980, como sendo uma maneira especial de atender no parto, as guardiãs ressaltam que "hoje em dia as mulheres não querem mais parir com parteiras" preferindo ir para os hospitais, ter seus filhos com os médicos numa perspectiva da medicalização da assistência e do controle desses eventos.

As falas das guardiãs oscilam entre o valor das *parteiras tradicionais* e dos avanços tecnológicos numa lógica paradoxal, encontrada também na literatura que estuda os indicadores epidemiológicos, experiências e representações no campo da obstetrícia, mostrando que as mulheres pesquisadas também reconhecem as contradições entre os avanços tecnológicos e a qualidade da assistência ao parto (MENEZES *et.al*; 2012).

Recorrentemente aparecem narrativas que denunciam o tratamento recebido e a situação estrutural das instituições onde mulheres do Cabula vão ter seus filhos. Esse achado pode corroborar com os dados encontrados pelo Inquérito Nascer no Brasil (2014), que expôs a situação de assistência ao parto em todas as regiões do Brasil. O quadro de insatisfação revelou que o modelo biomédico apresenta lacunas, inadequações e conflitos que o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento vêm denunciando desde a década de 1990 quando passou a reivindicar mudanças estruturais na assistência ao parto (CARNEIRO, 2015), como podemos observar abaixo a fala de Dona Irene, que narra uma situação de violência obstétrica verbalizada, em oposição à rede e qualidade dos cuidados que se podia acessar em casa:

Parir dendi de casa é bom, mas não tem mais uma pessoa como antigamente pra cuidar de você, que cuide do neném, pra ter o

neném tem que ter um lugar bem limpinho. No hospital não tem cuidado, nem carinho nenhum, você sofre de dor e elas ficam fazendo piada, dizendo quando tá no bem bom você não grita.” (D. Irene, 76).

No modelo biomédico a mulher perde a oportunidade de desenvolver saberes e práticas sobre si, potencializando os modos de subjetivação e por consequência reduzindo severamente a sua autonomia. Em contraposição, dentro de vivências que ocorrem em um modelo holístico, como as memórias que foram acionadas pelas narrativas das guardiãs, se pode ver mulheres com uma extensa rede de solidariedade, com diferentes percepções sobre tempos e processos da gestação e do parto, engendrando uma extensa gama de ações preventivas e em reação a necessidades surgidas no processo – uso de ervas, chás, banhos de folha, banhos de assento, entre tantas outras – constituindo cuidados integrais que as tomam como pessoas inseridas em um contexto social e cultural com particularidades fisiológicas, psíquicas e espirituais. Assim, as narrativas de Dona Silvalina, D. Vitalina, D. Carmosina e D. França expressam o parto em “tempos-outros”, assistido conforme os recursos e redes de cuidado disponíveis:

Eu nunca tive coragem de pegar menino não, mas se eu ver uma mulher gritando com dor de parir eu corro pra acudir, né não? (...) Pois era desse jeito que eu te contei, vó me ensinou a curar umbigo de menino e ela dizia que quem fazia isso melhor era eu. Eu tratava com óleo de amêndoa doce, chá de espinheira santa e a faxinhas bem apertadinha, bem quentinha, não pode dar banho de 7 dias. (D. Silvalina, 75)

Quando ela chegava na casa da mulher e via que a coisa tava fria ela ajeitava um banho bem quentinho com algodão e mentrasto, até a contração ficar bem forte. (D. Vitalina, 75)

A casa tava cheia de gente querendo ajudar a parteira... Mas eu não queria ver ninguém. A menina nasceu com uma bola roxa na cabeça, falei: “Tira daqui porque é doente...”. Quando a parteira viu, ela fez uma rolha na cabeça e enrolou com chá de erva cidreira, amarrou direitinho e no outro dia melhorou. (D. Carmosina, 78 anos)

Quando escutei Ceição contar o parto dela eu me lembrei de mim. Tudo diferente de tu, eu demorava três, quatro dias incomodada e as parteira ficava tudo zangada porque eu não paria logo e elas tinha que voltar na minha casa pra cuidar de mim e ver o menino. Da primeira vez, quando nasceu Ana Rita [atualmente com 49 anos] o marido chamou as três parteiras que a gente conhecia, cada uma

dizia uma coisa. Me dava tanto chá e tanto remédio que eu chegava a dormir e acordar e nada de despachar. O segundo foi um pouco mais ligeiro porque só durou três dias e duas noites. Mas o menino nasceu todo amassado e todo roxinho. Mas a parteira ajudou demais, empurrou a barriga, me colocou de cabeça pra baixo e me deu chá de algodão a noite toda. Eu num me lembro de muita coisa, mas do que vem na cabeça é só o jeito delas rezar e banhar a gente na bacia com folha de algodão. Mas ela era boa, porque era minha mãe que mandava ela veio e era minha mãe que acertava as conta com ela, porque elas era amiga do babado, do terreiro. Eu demorava três ou quatro dias incomodada, e a parteira ficava muito zangada, porque eu não paria logo e ela tinha que voltar na minha casa pra cuidar de mim e ver o menino, a primeira vez foi minha menina. Ana, que já tem 50 anos. (D. França, 77)

Diante desse amplo panorama e ancorada nas contribuições de Michelle Perrot (2007), trabalhamos para assegurar a importância de escutar as mulheres enquanto detentoras da sua própria história e como produtoras de conhecimentos relevantes sobre os cuidados em saúde. Nessa perspectiva, a pesquisa identificou também muitos nós produzidos pelas relações de gênero/poder e relações étnico-raciais nas narrativas das mulheres mais velhas. Seja porque, segundo elas, por vezes “é o médico quem deve saber”, seja porque “o marido da parteira foi buscá-la porque não deixava ela partejar”, ou por terem passado por situações de violências raciais, aspectos que apareceram nas narrativas e evidenciam a colonialidade e a dominação masculina atuando sobre as mulheres e seus efeitos no processo de assistência ao parto, como expressa a narrativa de D. Vitalina sobre a atuação da parteira Lurdinha:

Ela ficou tão conhecida que até as autoridades sabia que ela pegava menino e até recebeu uma visita de uma chefe da maternidade que veio convidar ela pra trabalhar na maternidade mas ela não quis ir não. O marido dela não gostava que ela fazia esses trabalhos. (D. Vitalina, 75, sobre Lurdinha).

A pesquisa com as mulheres mais velhas revelou que a legitimidade das parteiras naquele território foi sustentada pela própria comunidade e deu voz a seus saberes e luz para suas memórias, reconhecendo sua importância, abençoando meninos e meninas que nasceram sob seus cuidados e lhes

guardam o respeito de madrinha, como expressam abaixo as narrativas de Dona Leaci, D. Vitalina e D. Mariana:

Para eu contar meus partos eu preciso puxar pela memória. Meu caçula tem 62 anos e antes dele eu tive 9, morreu 3 pequeno e fiquei com 6. E destessótá vivo 4 porque 2 Deus levou. Meus partos foi tudo ligeiro e tudo fácil. Ah não, o antes do caçula, que morreu com 3 meses de sarampo, foi um parto diferente, esse varou a noite e o dia todo e só nasceu na 2ª noite, mas foi porque o menino veio sentado. Os outros, tudo foi ligeiro e com dor de cólica. Minha parteira era dona Maria, ela pegou 6 mas depois ela foi embora para o interior com os filhos para Alagoinhas, e eu pari com outra que meu marido arrumô, Dona Ceição. Pra mim, as parteira era tudo boa e educada. Eu acho que teve um desses, ah o terceiro que foi Afonso que eu tive hemorragia e a parteira botou eu com as pernas pra cima e botou um peso na minha barriga. dois quilos de feijão, e me deu um chá de barbatimão pra beber e ficou na minha casa até de manhã com medo do sangue voltar. Eu me lembro que as parteira era tudo amiga da gente e cuidava direitinho dessa hora difícil. (D. Leaci, 87)

E quando o menino vinha sentado ela dava massagem na barriga da mãe até o menino se ajeitar lá dentro. Ela até inventava uma reza, pro menino nascer direito. Parteira sem fé não resolve é nada, na hora que o bicho aperta o que resolve é a fé da parteira e da mulher. (D. Vitalina, 75)

Quando Dos Anjo começou ajudar as mulher da vila ela era nova, acho que tinha uns 30 anos, começou ajudando a família, a sobrinha. Ela dizia que quando chegava na casa da mulher ia logo ajeitar a barriga, porque arrumar o menino antes de nascer o parto é mais ligeiro, ela só não gostava quando menino tava sentado dava mais trabalho e tinha risco... Dos Anjo era daquelas parteiras que não tinha medo de contar sua história de vida e de seus partos de sua vida de parteira. Ela gostava de chamar os marido pra ajudar, ela era diferente das outras parteiras daqui que não gostava do homem entrar no quarto. (D. Mariana, 68 anos sobre Dos Anjos).

As memórias de gestações, partos e parteiras também nos possibilitaram uma caminhada sobre outros tempos. Tempos em que o Cabula era rural e calmo, onde se podia mergulhar na fonte de Dona Deja lá na Mata Escura, nos riachos, lagoas das Barreiras. Onde podia se colher nas pitangueiras e jenipapeiros do sítio de Sr. Betinho, um lugar onde o fumo de corda era encontrado na vendinha de Sr. Lalau.

Um território de solidariedade, da vizinhança amiga que vinha acudir na hora do aperto, onde o Sr. Josué rezava e sambava pra fazer o menino

nascer ligeiro. Essas memórias revelaram também a forte conexão que o povo do Cabula tinha com o tempo dos ciclos da natureza. As parteiras pediam para engordar o capão²⁰ pra fazer o pirão da parida, para plantar milho e mandioca para alimentar as mães dos meninos que mamavam e arrotavam com saúde e alegria. No *Cabula de antes*, descrito nas memórias das guardiãs, as vizinhanças eram generosas e acudiam as mulheres antes e depois dos partos, cuidavam das crianças, apartavam as brigas de marido e mulher, amparadas pelo sentimento de amizade, afeto que era construído fortemente na figura feminina, como enuncia Dona Vitalina, sobre D. Lurdinha:

Ela tinha um jardim, todo mundo falava do quintal de minha tia Lurdinha se orgulhava... tinha de tudo, e ela sabia pra que servia cada folha, sabia fazer as garrafadas para as mulés que precisava de remédio do mato. Ela orava depois do parto e dizia que oração é ação, porque a benção segundo ela, é rezar e dar junção, uma ação com a planta. Ela ajudava, rezava e dava o remédio com a erva. Lurdinha se orgulhava muito das ervas que ela cultivava no quintal porque todo mundo falava do quintal dela, que era muito importante entende? Ela tinha algodão, artemísia, guiné, anil e mentrasto e transagem, ela tinha de tudo, e sabia pra que servia cada folha daquela. Ela panhava no mato e trazia pra plantar no quintal dela, e virou um jardim lindo que até flor branca ela tinha. (D. Vitalina, 75)

As narrativas registram diferentes formas de ser parteira, algumas bem corajosas, outras nem tanto, umas que se reconhecem como parteiras e aquelas que só queriam ajudar, que ofereciam banho de assento, banhos de folhas, massagens e chás e outras que preferiam *ajeitar* o menino na barriga pra ajudar no parto. Umas que cultivavam flores e ervas medicinais para ajudar no trabalho de parto e outras que levavam o bebê para ser examinado pelo médico na maternidade. Umas que rezavam e benziam de espinhela caída, faziam *benção* ou *junção*, outras que ouviam o orixá soprar no ouvido para avisar como fazer na hora do parto, aquelas que contavam com ajuda do Caboclo, outra com a ajuda do Senhor do Bonfim.

²⁰Frango jovem.

Dentro dessa diversidade que entrelaça características pessoais à atuações sociais diversas (como aquelas que atuam e/ou atuaram também como zeladoras de santos, Iyalorixás, benzedeiras, por exemplo), podemos ver uma importante relação com espiritualidades de matrizes afro-indígenas, como a apresentado por Dona Gracelina, da necessidade de por vezes fazer uma *agração* aos orixás:

Quando as mulheres vem me procurar para falar que vai ter um bebê, eu faço logo minha “agração” pra o orixá que protege eles nessa caminhada, Iemanjá, Nanã e Oxum, elas gosta de agrado, de presente e hoje em dia ninguém quer cuidar de orixá. só quer a proteção, aí fica difíci né? (D. Gracelina, 70)

Destacamos ainda a singular narrativa de Dona Hilda que, ao contar de sua atuação como Iyalorixá cuidadora de mulheres, apresenta saberes diversos no uso de plantas medicinais (mentrasto, quióiô, capeba), práticas terapêuticas (massagens) e medicinas compreendidas no universo religioso (banho de folhas, rezas), configurando uma perspectiva da integralidade do cuidado que a “transforma” para além de uma parteira e Iyalorixá, em professora e psicóloga, demonstrando como elementos identificados socialmente dentro dessas profissões também fazem parte do ofício do cuidado-outro, como habilidades relacionais integrais:

Eu tenho muita fé nos guias, agora você sabe que, hoje, eu não quis ser parteira porque é uma coisa que a gente tem que se dedicar só aquilo ali. Eu não posso me dedicar a uma parteira, a fia de santo... Não posso. Quando chega aqui, que vem me pedir, eu faço, eu pego e faço massagem, faço banho, mando tomar banho, compro uma bacia, se não tiver eu compro e dou banho de mentrasto, quióiô, pego a capeba, faço aquele banho, mando dar, se tiver muito “coisa”, muito inflamado, no início eu pego a capeba em três semana e mando passar um óleo de amêndoa ali direitinho que aí ó... Vai desinflamando, faço chá de desinflamar, entendeu?! E vou dando, faço chá de mentrasto pra movimentar a criança, faço chá de laranja da terra pra dormir... Deixar a criança em paz. E quando querem ficar aqui em casa?! Nesses banco duro, aí eu digo: “Gente, aqui não tem cama, não”. “Oh minha mãe ,deixa eu ficar aqui... Oh meu Deus, o que é que eu faço?!” Pego os pano, passo, aqui viu? Graças a Deus. Mas eu não gosto. Gosto da profissão, acho lindo, mas fiquei com medo porque meus guias são muito assim, sabe? Eu fiquei com uma, já tem essa parte espiritual da cabeça, então fico só com a cabeça,

rezo muito, rezo muito, entendeu?! E a vida é muito bonita, agora eu acho minha vida profissional bonita. Eu fiz magistério e não fui pra sala porque não deixaram [os orixás]. Então, tô no magistério de qualquer jeito. Tô no magistério, queria fazer psicologia, tô na psicologia, que eu sei conversar com gente, eu sei conversar com certo tipo de pessoas, que tá numa atribuição, que não sabe de onde veio, você pode ajudar. Então psicologia é uma coisa que tá no ser humano, é você saber entender, psicólogo é você saber entender o ser humano, dentro daquilo que ele precisa, entendeu?! Se ele precisa, você olha no olho do ser humano. O maior psicólogo é aquele que lhe olhar assim oh, olho no olho. Quando ele olha, você... você sente, você baixa ou você vira, ou você coisa, ou você encara, então você tá pedindo a ele: “me descubra o que eu sou, me descubra o que é que eu tenho!”. Então, não sou psicóloga?! (Hilda, 71 anos)

Nessa diversidade de características, as memórias das mulheres mais velhas do Cabula trouxeram generosamente as figuras de *parteiros tradicionais* como Dona Jardelina, Dona Nilza, Dona Ceíça, Dona Maria da Mata Escura, Dona Maria do Tancredo, Dona Epifânia, Dos Anjos, Dona Mariquinha, Dona Augusta, Dona Lalinha e Dona Vilma, todas elas investidas de reconhecimento, autoridade e relevância social no território do *Cabula de antes*.

Essas parteiras tinham muito para ensinar porque elas sabiam sobre a vida, sobre as ervas, sobre os cuidados. Elas salvaguardavam a arte de partejar, apreendida por oralidade com outras mulheres da cadeia familiar, por herança daquelas que guardam o saber construído cotidianamente. Assim como aquelas parteiras tinham muito para ensinar, as mulheres que guardam seus cuidados em suas memórias ainda nos ensinam. As guardiãs que se abriram para contar tais histórias demonstraram ser fontes valiosas de ensinamentos transmitidos pelas palavras e pela força da energia que emanam.

3. Conclusão

A grade curricular convencional do curso de enfermagem reproduz a colonialidade do saber, evidenciada pela fragmentação do conhecimento científico. Nesse modelo são apresentados teorias e conceitos a partir de uma

lógica reducionista que não contribui para a construção de concepções amplas e adequadas ao campo da saúde, entendido enquanto um direito, na perspectiva da integralidade. Os relatos das egressas exemplificam o quanto as propostas de Educação Popular em Saúde promovidas pelas atividades de extensão podem ampliar e aprofundar a relação com comunidades, contribuindo efetivamente para agregar novos conhecimentos à formação de enfermeiras. A Educação Popular em Saúde favorece a articulação dos atores sociais (professores, profissionais de saúde e usuários) envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, o trabalho lança luzes sobre a importância de que o currículo do curso de enfermagem discuta conteúdos sobre as relações étnico-raciais, os saberes tradicionais em saúde e saberes populares, bem como fundamentos das relações de gênero, classe e poder, elegendo as ações de Educação Popular em Saúde como recurso para viabilizar práticas no processo ensino-aprendizagem a partir da inclusão de propostas pedagógicas participativas em que os sujeitos envolvidos compartilham seus saberes numa perspectiva decolonial. O trabalho sustenta, assim, que através de mudanças na formação dos/as profissionais de saúde é possível contribuir para a transformação do modelo de assistência à saúde e seus determinantes sociais.

Mergulhar no território do Cabula para ouvir as guardiãs revelou a complexidade do tema desta pesquisa e sinaliza a pertinência de ampliar e aprofundar os conhecimentos ali guardados e reverenciados pelas mulheres mais velhas por uma ancestralidade demarcada pela resistência e sacralidade. As estudantes de enfermagem que se formam no território do Cabula merecem ser apresentadas com esse tesouro vivo.

Referências

AMARAL, M. C. do. Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). *Hist.Cienc. Saude-Manguinhos*. Dez 2008, vol.15, no.4

- BARRETO, M. R. N. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **Hist.Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out.-dez. 2008.
- BARROSO, I. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Nº 2. dez. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS, A. L. V. de. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2008, v. 13, n. 3, pp. 879-888.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 22. ed. São Paulo: Cultrix, 2001. 445 p.
- CARNEIRO, R. G. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- CARVALHO, I; CHACHAM, A.S; VIANA, P. Parteiras tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco – 1996. **Anais XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**, s.d. p. 887.
- CARVALHO, Y. M. e CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.
- D'ORSI, E; BRÜGGEMANN, O. M; DINIZ, C. S. G; AGUIAR, J. M; GUSMAN, C. R; TORRES, J.A. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saude Pública**, Rio de Janeiro, 2014; 30sup: S154-S168.
- DAVIS-FLOYD, R. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Vol 75, Supplement No. 1, pp. S5-S23, November 2001
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.
- EHRENREICH, B; ENGLISH, D. **Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine**. Montreal: Les Éditions du remue-ménage, 1976.
- FERREIRA, W. 'Pedagogia das Possibilidades': é possível um currículo para a diversidade nas escolas brasileiras?. **Cadernos Cenpec**. Nova série. 3. 10.18676/cadernoscenpec.v3i2.230. 2014
- FLEISCHER, S. Parteiras, Buchudas e Aperreios. **Uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- FREIRE, A, OLIVEIRA, I. et al. (2017). **Pedagogia da libertação em Paulo Freire**. 2ª ed. (1ª edição 2001). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P. (1998). **Pedagogia do Oprimido**. 25ª ed. (1ª edición: 1970). Rio de Janeiro:
- FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- GALVÃO, M. Memória de ritos e símbolos na prática das parteiras no Nordeste brasileiro. in: **Brasil, espaço memória e identidade**. In: LEMOS, M.T.T.B; BAHIA, L.H.N; Dembcz A, editores. Warszawa: CESLA, 2001. p. 261.
- GROSFUGUEL, R. Descolonizar as esquerdas ocidentalizadas: para além das esquerdas eurocêntricas rumo a uma esquerda transmodernadescolonial. **Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar**, v. 2, n. 2, p. 337-337, 2012.

- GROSGOUEL, R. Para Descolonizar os Estudos de Economia Política e os Estudos Pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. In: **Epistemologias do Sul**. org. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses. São Paulo: Cortez, 2010. p.455-491
- GUSMAN, et al, A.P.A.L Viana . Inclusão de Parteiras no SUS: reflexão sobre desafios.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LANDER, E. Ciências sociais: saberes coloniais e eurocêntricos, em: E. Lander (organizador). *A colonialidade do saber. Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO), 2005.
- LEAL, M. do C. *et al*. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 3, pp. 823-835.
- LEAL, M.C; PEREIRA, A. P. E; DOMINGUES, R. M. S. M; FILHA, M. M. T; DIAS, M. A. B; NAKAMURA-PEREIRA, M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014; 30 Sup:S17-S47.
- LEITE, M.F. Aprendizados que só acontecem com disponibilidade de entrega à experiência. In: VASCONCELOS, E.M; CRUZ, P.J.S.C. **Educação popular na formação universitária: Reflexões com base em uma experiência**. São Paulo: Hucitec, 2011
- MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003, 335 p.
- MELO, C. P. L. de. **No tempo da espera: reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife**. 2017. 234 f., il. Tese (Doutorado em Sociologia)—Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.
- MENEZES, P. F. A. de; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. A SITUAÇÃO DO PARTO DOMICILIAR NO BRASIL. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2012. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v1i1.38. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/38>.
- MIGNOLO, W. A colonialidade de cabo a rabo: o hemisfério ocidental no horizonte conceitual da modernidade. In: LANDER, E. (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005.
- MIGNOLO, W. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. **Cadernos de Letras da UFF**. Dossiê: Literatura, língua e identidade, no 34, p. 287-324, 2008.
- MOTT, M. L. B. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 07, n.01-02, p. 25-36, 1999. Available from http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X1999000100003&lng=en&nrm=iso.
- MOTT, M. L. B. Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960). In: **Projeto História**, 25, 2002, pp. 197-219.
- MUYLAERT, C. J. *et al*. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev Esc. Enferm**. Univ. São Paulo. 2014.
- NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. 2005; 10(3): 651-657.
- NICOLIN, J. de S. **Kipovi Cabuleiro: Um tom de Memória do Cabula**. 2016. Tese (Doutorado em Educação e Contemporaneidade) – Universidade Estadual da Bahia, Salvador, 2016.

NONATO, T. R. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde: uma década de avanços e desafios. In: MAGDALENA, Bianca Cruz (org.). **Parteiras Caiçaras: relatos e retratos sobre parto e nascimento em Cananeia**, SP. Londrina: Idealiza Gráfica e Editora, 2011.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. São Paulo: Editora Ground, 2003. 189 p.

OLIVEIRA, L; CANDAU, V. Pedagogia decolonial e educação antirracista e intercultural no Brasil. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v.26, n.01, p.15- 40, abr. 2010.

OLIVEIRA, T. S. de D. O; GALVÃO, M. L. S.; RAMOS, T. O. Enfermagem Obstétrica: Assistência ao Parto no Brasil Reflexos da Colonialidade do Poder e do Saber. **Revista Encantar**, v. 3, p. e021010, 9 nov. 2021.

OSAWA, R. H; RIESCO, M. L. G. e TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2006, v. 59, n. 5.

Paz e Terra.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. Contexto, 2007.

PERSEGONA, K. R; ROCHA, D. L. B; LENARDT, M. H; ZAGONELI, I.P.S. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009;13(3)645-50.

POUPART, J. *et al.* **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução Ana Cristina Arantes Nasser. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

QUIJANO, A. Colonialidade do Poder e classificação social. In: **Epistemologias do Sul**/ org. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses. São Paulo: Cortez, 2010. p.84-130.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. LANDER, E (org). ColeccionSurSur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Setembro 2005. pp.227-278.

RAMOS, T. O. **Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos**. 2013. 351 f., il. Tese (Doutorado em Sociologia).Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Rev.Panamericana de Saúde Publica. vol.37 numero 4-5 365-370, 2015

RIESCO, M. L. G; TSUNECHIRO, M. A. e LEISTER, N. Escola de obstetrícia da Universidade de São Paulo: a história contada no livro de atas (1912-1970). **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2011, v. 20, n. spe <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500021>.

RODRIGUES, C.C.F.M; et al. Ensino inovador de enfermagem a partir da perspectiva das epistemologias do Sul. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0384.pdf>.

SANFELICE, C.F.O; ABBUD, F.S.F; PERGNOLATTO, O.S; SILVA, M.G; SHIMO, A.K.K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene**. 2014.

SANTOS, A. B. **Colonização, quilombos: modos e significações**. 2ªEd. Brasília: INCT/U_nB, 2019.

SANTOS, B. S; MENESES, M.P. **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SEGATO, R. L. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. **E-cadernos CES**, 18 |2012, publicado 01 dezembro 2012.

SILVA, T. M. de A; FERREIRA, L. O. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.95-112, dez. 2011.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis jan./mar. 2006, v.15 n.1 ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100008>.

SOUSA, P. S. M. de. **As parteiras e os médicos: a inserção do gênero masculino numa realidade feminina (séculos XIX e início do século XX)**. Dissertação (mestrado em História) Universidade Federal de Pernambuco. CFCH, História, 2005.

Tese de doutorado. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TORNQUIST, C. S. *Parto e poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil.*

TORRES, N.M. A topologia do ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade. In: **Epistemologias do Sul** / org. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses. São Paulo: Cortez, 2010. p.396-443.

VIEIRA, E. M. A Medicalização do Corpo Feminino. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

WALSH, C. Interculturalidad Crítica/Pedagogia decolonial. In: **Memórias del Seminario Internacional “Diversidad, Interculturalidad y Construcción de Ciudad”**, Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional 17-19 de abril de 2007.

WALSH, C. **Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: lasinsurgencias político-epistémicas de refundar el Estado**. Tradução de João B. A. Figueiredo Tabula Rasa. Bogotá: Colombia, n. 9: 131-152, jul-dez 2008.

Artigo recebido em: 17/02/2023.

Aceito para publicação em: 04/07/2023.