



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

RENATA DA COSTA RODRIGUES

COMO NASCE UM KALUNGA? PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DE MULHERES,  
PARTEIRAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CAMPINAS

2016

RENATA DA COSTA RODRIGUES

COMO NASCE UM KALUNGA? PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DE MULHERES,  
PARTEIRAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos  
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva,  
área de concentração em Ciências Sociais em Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DRA. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR RENATA DA  
COSTA RODRIGUES E ORIENTADA PELA PROF.  
DRA. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

CAMPINAS  
2016

# FICHA CATALOGRÁFICA

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 01P-04349/2015

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R618c Rodrigues, Renata da Costa, 1987-  
Como nasce um Kalunga? : práticas e percepções de mulheres, parteiras e profissionais de saúde / Renata da Costa Rodrigues. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.  
  
Orientador: Juliana Luporini do Nascimento.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.  
  
1. Parteiras. 2. Quilombo Kalunga - Brasil. 3. Parto humanizado. I. Nascimento, Juliana Luporini do, 1974-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

## Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** How a Kalunga is born? : practices and perceptions of women, midwives and health professionals

**Palavras-chave em inglês:**

Midwives

Kalunga, Quilombo, Brazil

humanized birth

**Área de concentração:** Ciências Sociais em Saúde

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Juliana Luporini do Nascimento [Orientador]

Dulce Maria Rosa Gualda

Everardo Duarte Nunes

**Data de defesa:** 23-02-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

# BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

RENATA DA COSTA RODRIGUES

---

**ORIENTADOR: JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO**

---

## MEMBROS:

1. PROF. DRA. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO \_\_\_\_\_

2. PROFA. DRA. DULCE MARIA ROSA GUALDA \_\_\_\_\_

3. PROF. DR. EVERARDO DUARTE NUNES \_\_\_\_\_

4. PROF. DR. EDEMILSON ANTUNES DE CAMPOS (SUPLENTE) \_\_\_\_\_

5. PROF. DR. RAFAEL AFONSO DA SILVA  
(SUPLENTE) \_\_\_\_\_

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 23/02/2016

---

# Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todas a mulheres da Comunidade

Kalunga, pela luta, vida e história.

Ao meu avô Celio Lencioni (*in memoriam*) por me transmitir o

amor pelas letras, arte e natureza.

E aos meus pais Elizabeth e Josino, pela Graça da vida.

## Agradecimentos

São muitas as pessoas que tornaram possível a realização desse trabalho, recebi muitas contribuições teóricas, encorajamentos e afetos. Me vendo diante da possibilidade de não contemplar todos os nomes por serem muitos e o risco de cometer uma injustiça por eventual esquecimento, minha gratidão vai para todos aqueles que se sentiram tocados com esse trabalho, pois só de sentirem esse toque, já fazem parte dele. Mas mesmo assim, não deixo de realizar agradecimentos específicos.

Sou grata a toda comunidade Kalunga que me recebeu com muito carinho, sou grata por todas as famílias que conheci, pelos cafés com prosa nas trilhas do Kalunga, especialmente Wanderléia dos Santos Rosa, Vilmar Costa, Anísio, Dona Dainda, Rafael e Dona Amância.

Dona Maria Helena e família pela hospedagem no Vão de Almas, pela constante delicadeza em nossas partilhas e por ter me ensinado a cantar e dançar a sussa!

À Juliana Luporini do Nascimento, minha orientadora, pela acolhida, pela relação que se estabeleceu, por acreditar no projeto, pelas injeções de ânimo, por abrir portas luminosas quando achava que estava escurecendo, pelas trocas intelectuais, pela sintonia, sensibilidade, amor e sobretudo, paciência! Gratidão, Ju!

As queridas Ana Cláudia Mor e Maria Rubia pela sincera amizade, por terem aberto caminhos para minha chegada em Campinas e tornado os dias mais doces e divertidos.

À Tatiana Novais que me abriu os caminhos para o trabalho de campo e pela amizade que se construiu.

Ao Prof. Nelson Filice de Barros pela trajetória no LAPACIS e à todo o grupo pela oportunidade de profundas vivências.

Às amigas Juliana Fonseca, Debora Baraldi, Renata Carnevale e Janaína Hallais  
pelos bons frutos da “Presença”.

À Célia Tonko pela vivência em “mini comunidade urbana” com minhas  
companheiras Bel, Wall e Paulinha.

Ao grupo do PED pelo crescimento e cooperação.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela  
concessão da bolsa de Mestrado e a todos os funcionários do Departamento de Saúde  
Coletiva que mantem firme “a roda girando”.

À minha querida amiga e irmã Lígia Sampaio pela luz e força

Ao meu companheiro Everton Campos pelo profundo aprendizado sobre o amar e o amor.

Aos meus tios, Celso e Mariley pela força no mundo visível e invisível e à tia Cris e o  
tio Zé por emprestarem a casa na beira do rio, onde brotaram as maiores inspirações.

Aos meus irmãos Bruno e Felipe pelo amor incondicional.

Aos meus sobrinhos Pietra e Rafael que chegaram durante o período do mestrado  
enchendo de luz e alegria nossa família.

A minha avó Benedita pelo exemplo de vida, sabedoria e força

A todos os outros membros da minha família que contribuíram, cada um com seu jeitinho.

E às Forças Divinas que me guiam, guiaram e continuarão guiando para sempre.



### ***Cio da Terra***

*Debulhar o trigo, recolher cada bago do trigo  
Forjar no trigo o milagre do pão E se fartar de pão  
Decepar a cana, recolher a garapa da cana  
Roubar da cana a doçura do mel, se lambuzar de mel  
Afagar a terra, conhecer os desejos da terra  
Cio da terra, a propícia estação  
E fecundar o chão*

*(Chico Buarque e Milton Nascimento)*

## RESUMO

A comunidade Kalunga está localizada no nordeste do estado de Goiás, ela é uma das mais importantes comunidades de remanescentes de quilombos do Brasil devido a sua extensão, número de habitantes e história. Para eles, o território Kalunga é um lugar sagrado, no qual a relação com a terra, tempo de plantio, cheias e secas do Rio Paranã, definem seus ciclos. Desde a ocupação do território, a mulher desempenha funções importantes para a manutenção da vida em comunidade, e dentre essas está o ofício da parteira. As parteiras são as mulheres conhecedoras dos ciclos femininos, das plantas, rezas e desenvolveram suas habilidades através da tradição familiar ou como um “dom” de nascimento como elas mesmas definem, construindo um sistema terapêutico de práticas tradicionais voltadas para cuidados gestacionais repletas de significados. Registros históricos indicaram não apenas a presença mas permanência dessas práticas de cuidados tradicionais até os dias de hoje, assim a presente pesquisa tem como objetivo conhecer a percepção das mulheres e parteiras da comunidade Kalunga sobre o processo gestacional vivenciado e verificar em que medida se relacionam com as percepções e práticas dos profissionais de saúde atuantes na comunidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza a técnica de observação participante e registros em diário de campo. Além da descrição extensa do campo, foi possível encontrar 10 voluntários para realização de entrevistas. Foram produzidos resumos de diário de campo e as entrevistas divididas em quatro categorias denominadas “Vozes”. As parteiras trouxeram a compreensão de elementos do passado, de como eram os partos, as relações de cuidado e “apadrinhamento”. Com as mulheres foi possível conhecer o presente, a medicalização do parto na comunidade e um cenário do parto evidenciado pela violência obstétrica. Com os agentes (ACS) foi possível conhecer o processo de como ocorreram as transformações sociohistóricas e com os médicos, constata-se a manutenção do processo civilizador através da medicina para com a sociedade e sobretudo aos povos tradicionais estigmatizados como “primitivos”, “atrasados” e “sem conhecimento”. Apesar das diferentes percepções de cada grupo, foi possível encontrar dentro da intermedialidade conceitos que tem a potência em integrar saberes e fazeres objetivando a valorização do saber local e a dignidade do nascimento de um cidadão Kalunga.

Palavras-chave: Parteiras, Quilombo Kalunga, Parto Humanizado

## ABSTRACT

The Kalunga community is located in the northeast of Goiás state, it is one of the most important remaining quilombola community in Brazil due to its length, number of inhabitants and history. For them, the territory Kalunga is a sacred place, where the relation with the land, planting time, floods and droughts of the Paranã river define their cycles. Since the occupation of the territory, women play important role in order to maintain of the community life, and among these is the office of midwife. Midwives are knowledgeable women of the female cycle, plants, prayers and developed their skills through family tradition or as a "gift" of birth as they define themselves, building a therapeutic system of traditional practices focused on pregnancy care with full of meanings. Historical records indicate not only the presence but the permanence of traditional care practices to the present days, so this research aims to know the perception of women and midwives of the Kalunga community about their experienced gestational process and learn how it is related to perceptions and practices from health professionals who works in the community. This is a qualitative research using participant observation technique and records in field diary. In addition to the extensive description of the field, it was possible to meet 10 volunteers for interviews. Field diary summaries were produced and interviews divided into four categories called "Voices." Midwives brought the understanding on how birth, care relation and the "patronage" used to be. Talking to the women it was possible to know the present, the childbith medicalization and a childbirth scene evidenced by obstetric violence. Also, it was possible to learn with the agents (ACS) the process of how the socio-historical transformations. It was verified that the doctors have maintained the civilization process through the medicine with the society, mainly to the traditional population stigmatized as "primitive", "retrograde" and " Non-knowledge. " Despite of the different perceptions of each group, it was possible to verify within the intermedicality, concepts that have the power to integrate knowledge and actions aiming to value the the local knowledge and the dignity of the birth of a Kalunga citizen.

Keywords: Midwives, Quilombo Kalunga, Humanized Birth

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização do Sítio Histórico Kalunga.....	15
Figura 2. Mãos da Parteira, descarçando o algodão.....	36
Figura 3. Conjuntos Teóricos e Eixo Transversal.....	47
Figura 4. Rodovia GO – 118 .....	53
Figura 5. Foto da Igreja e praça no centro de Cavalcante.....	54
Figura 6. Momento da confecção das bonecas Abayomis.....	56
Figura 7. Morador da comunidade do Vão de Almas.....	58
Figura 8. Vista do alto da serra do Pouso do Padre.....	69
Figura 9. Imagem interna do caminhão de transporte.....	70
Figura 10. Plantação diversificada .....	70
Figura 11. Capela do Vão de Almas.....	72
Figura 12. Vista Externa da Escola Santo Antonio.....	72
Figura 13. Casa Kalunga.....	73
Figura 14. Secando peixe.....	73
Figura 15. A chegada do tatu.....	74
Figura 16. Dona Maria Helena, parteira do Vão de Almas.....	94
Figura 17. Dona Amância, parteira do Vão de Almas.....	101

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>25</b>
2.1 Objetivos Específicos .....	25
<b>3. CAPÍTULO 1 – HISTÓRIA E IDENTIDADE DO QUILOMBO KALUNGA</b> .....	<b>26</b>
3.1 Formação dos Quilombos .....	27
3.1.1 O quilombo pelos africanos .....	27
3.1.2 O quilombo pelos portugueses .....	28
3.1.3 O quilombo brasileiro como grupo étnico .....	29
3.2 Fatores Históricos da Formação do Quilombo Kalunga .....	30
3.3 Mulheres Kalunga .....	32
<b>4. CAPÍTULO II –FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
4.1 Movimento 1 – Etnicidade e relações “Nós/Eles” .....	37
4.1.1 Movimento 2 – Relação Espaço/Tempo.....	40
4.1.2 Movimento 3 – Intermedicalidade: Superando dualidades .....	43
4.2 Metodologia.....	50
4.3 Uma “trama” chamada metodologia .....	51
4.4 Etapa 1: Pré campo – “Descaroçando o algodão” .....	52
4.5 Etapa 2: Um campo para definir o campo - “Girando o pau de fuso” .....	63
4.6 Etapa 3: Descrição do Campo – “Primeiros fios” .....	67
4.7 Etapa 4: Finalizando o Campo – “Arremate” .....	73
4.8 Análise dos dados .....	76
<b>5. CAPÍTULO III –MEDICALIZAÇÃO DO PARTO NA COMUNIDADE KALUNGA</b> 79	
5.1 Processo de naturalização do corpo feminino como objeto da medicina.....	80
5.2 Violências institucionais, sociais e obstétricas .....	87
5.3 Práticas de Partejo Kalunga – Vozes do Saber.....	94
<b>6. CAPÍTULO IV- AS LINHAS DAS ENTRELINHAS</b> .....	<b>106</b>
6.1 Vozes da Fronteira: Agentes comunitários de saúde.....	107
6.2 Vozes biomédicas.....	116
6.3 Vozes das Mulheres.....	125
6.4 Considerações Finais.....	134
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>139</b>

<b>APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM.....</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE 4 - RESUMO DE DIÁRIO DE CAMPO (EXEMPLO) .....</b>	<b>160</b>
<b>APÊNDICE 5 – CONJUNTOS TEÓRICOS .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO A – REGULAMENTAÇÃO DO TERRITÓRIO KALUNGA .....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO B – MAPA DO SÍTIO HISTÓRICO .....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....</b>	<b>163</b>

# 1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho se dedica, sobretudo ao nascer. As primeiras palavras de uma dissertação invocam seu nascimento. "Como nasce um Kalunga?" é a pergunta central e para respondê-la, será preciso compreender aspectos da união fecunda entre a Saúde Coletiva e as Ciências Sociais.

O ponto de partida para essa introdução será uma breve apresentação da Comunidade Kalunga para que a partir da mesma, seja possível desdobrar as demais abordagens da temática, em seguida apresentar a minha aproximação como pesquisadora com a problemática, inserida nas Ciências Sociais em Saúde.

A comunidade Kalunga é uma das mais importantes comunidades de remanescentes de quilombos no Brasil, devido a sua extensão, número de habitantes e história. Cresceram às margens do Rio Paranã, desenvolveram-se com agricultura de subsistência, realizavam algumas trocas comerciais com vilas vizinhas e compartilhavam da terra com os indígenas locais. Para eles, o território Kalunga é um lugar sagrado, no qual a relação com a terra, tempo de plantio, cheias e secas do Rio Paranã, definem seus ciclos(1).

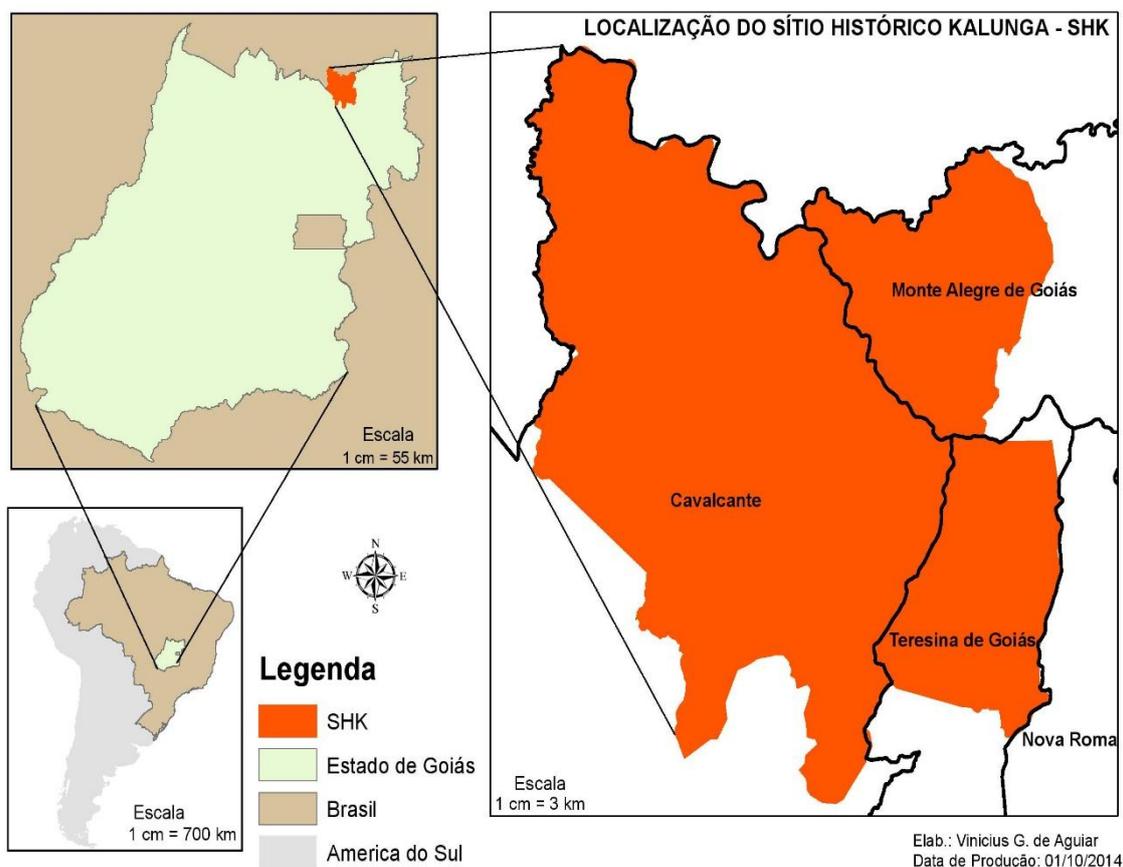
De acordo com a constituição, o decreto Nº 4887 de 20 de novembro de 2013, em seu Art. 2º, define comunidade de remanescentes de quilombo como:

Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.(2)

Essa definição ainda é tema de debates e estudos que envolvem antropólogos, advogados e o próprio movimento quilombola, principalmente por não ser consenso, os critérios para a autoatribuição.

O quilombo se localizada no nordeste do estado de Goiás, na microrregião da Chapada dos Veadeiros, a 600 km de distância de Goiânia e a 330 km de Brasília.

Ocupa uma área de 253,2 mil hectares, com uma população estimada em mais de seis mil habitantes(3).



**Figura 1.** Localização do Sítio Histórico Kalunga

No ano de 1991, foi decretado patrimônio histórico e cultural o território<sup>1</sup> que compreende a comunidade Kalunga. O termo remanescente de quilombos foi utilizado como um fator de proteção para a regulamentação de terras quilombolas baseado no conceito de etnicidade e grupos étnicos(4), esse conceito respeita o valor autoatributivo do indivíduo em reconhecer a si e os membros de seu grupo, tornando possível a regulamentação do território, independente dos processos de miscigenação(5).

A ocupação desses territórios pelos bandeirantes paulistas ocorreu no final do século XVII e começo do XVIII quando descobriram terras nessa região com grande quantidade de ouro, necessitando uma quantidade de escravos proporcional(6).

<sup>1</sup>Reconhecido pelo Governo de Goiás como Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga compreendendo as cidades de Cavalcante, Monte Alegre, Teresina de Goiás.

Os primeiros africanos a serem trazidos para o Brasil como escravos eram chamados de congo ou angola, a palavra *kalunga* está relacionada à sua cosmologia:

Ela se referia ao mundo dos ancestrais eles acreditavam que as pessoas deviam prestar culto aos seus antepassados, porque era deles que vinha a sua força. Para eles, o mundo era representado como uma grande roda cortada ao meio e em cada metade havia uma grande montanha. Numa metade da roda, o pico da montanha ficava virado para cima. Mas na outra metade a montanha estava invertida, de cabeça para baixo. De um lado da roda, a montanha de cima representava o mundo dos vivos. De outro, a montanha de ponta cabeça representava o mundo dos mortos, terra dos ancestrais. As duas montanhas eram separadas por um grande rio que eles chamavam de kalunga. Por isso, para eles, kalunga era o nome desse lugar de passagem, por onde os homens podiam entrar em contato com a força de seus antepassados(7).

Nesse sentido o símbolo dessa força Kalunga é evidenciado em sua forma de organização, de luta, de espaço conquistado, manutenção cultural através das gerações(8)e, sobretudo por permaneceram “invisíveis” os órgãos públicos até a década de 60 quando a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde), órgão do Governo Federal Brasileiro estabeleceu os primeiros contatos(6).

Em 2004 foi lançado o Programa Brasil Quilombola com o objetivo de consolidar os marcos da política de Estado para as áreas quilombolas e também posteriormente, instituída a Agenda Social Quilombola (Decreto 6261/2007) que estabelece ações voltadas às comunidades organizadas através de quatro eixos: 1) Acesso à Terra, 2) Infraestrutura e Qualidade de Vida, 3) Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania; visando um trabalho interministerial(9).

No eixo dois, Infraestrutura e Qualidade de Vida, está inserido o cuidado em saúde. As políticas de proteção à saúde dentro dos saberes tradicionais tiveram seu olhar ampliado após a edição de manuais de atenção básica e programas voltados às comunidades e parteiras tradicionais, sugerindo inúmeras formas de integrar os saberes tradicionais à medicina clássica em seu cuidado em saúde e manterem sua identidade na relação saúde/doença(9).

O conceito de identidade étnica está ligado ao sentido de pertencimento ao grupo, à ancestralidade e aos valores transmitidos de forma oral, que são responsáveis pela manutenção e sobrevivência cultural da comunidade(10). De

acordo com Rogoff *apud* Barreto(10), as propostas de desenvolvimento local trazem transformação em ambos os sentidos, em que as pessoas são modificadas pela herança das práticas estabelecidas pelas gerações anteriores, ao mesmo tempo em que modificam os processos das atividades socioculturais de suas comunidades.

O interesse em pesquisar a comunidade surgiu através do conhecimento dos registros históricos que descrevem as práticas de parturição utilizadas pelas parteiras Kalunga(11). As parteiras são as mulheres conhecedoras dos ciclos femininos, das plantas, rezas e desenvolveram suas habilidades através da tradição familiar ou como um “dom” de nascimento como elas mesmas definem (12), construindo um sistema terapêutico de práticas tradicionais voltadas para cuidados gestacionais repletos de significados.

A proposta inicial era realizar uma etnografia e obter descrição em densidade dos procedimentos tradicionais realizado pelas parteiras, no entanto, alterações significativas no projeto ocorreram na primeira visita de identificação de campo em que, ao entrar em contato com Agentes Comunitários de Saúde e moradores,relataram que as parteiras existem, mas não exercem o partejo e que os partos eram realizados nos hospitais das três cidades próximas ao sítio histórico. Devendo a mulher e seus acompanhantes se deslocarem até a cidade e hospedar-se solidariamente em casa de parentes e amigos antes de entrar em trabalho de parto, para que já permaneça perto do hospital.

Diante desse cenário apresentado, que levanta problemáticas intersetoriais e interdisciplinares, escolheu-se compreender aspectos das transformações sócio-históricas, discutindo questões que possam indicar através de seus discursos, as relações estabelecidas e ações que levaram as parteiras a não exercerem mais sua função na comunidade assim como o deslocamento da referência do cuidado pelos membros da comunidade.

No ano de 2000 foi lançado o Programa do Ministério da Saúde, Trabalhando com Parteiras Tradicionais que tem os seguintes objetivos:

- Reconhecer, valorizar e resgatar o trabalho das parteiras tradicionais na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, no parto e nascimento domiciliar.
- Articular o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais ao SUS, garantindo as condições materiais, apoio logístico e rede de

referências necessárias para o exercício de tal prática com segurança e qualidade.

- Garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das populações rurais, ribeirinhas, de floresta, residentes em locais de difícil acesso e para as populações tradicionais quilombolas e indígenas.
- Melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde para as populações em situação de exclusão social e isolamento geográfico, bem como para populações com especificidades étnico-culturais.
- Qualificar e humanizar a atenção ao parto e nascimento domiciliar.

Dez anos após o lançamento do programa, o Ministério reuniu em uma publicação<sup>2</sup> as experiências exemplares com parteiras tradicionais citando a capacitação realizada no ano de 2001 na comunidade Kalunga como uma delas e também divulgou um material audiovisual com essa experiência<sup>3</sup>. Esse material é de grande importância para o presente estudo tanto para situarmos na relação tempo e espaço da situação de parto da comunidade quanto para trazer à tona contradições acerca das ações voltadas ao incentivo ao parto domiciliar.

No atual modelo de assistência médica, o parto domiciliar é desaconselhado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo associado às práticas culturais de comunidades isoladas, dificuldade de acesso e falta de recursos econômicos(13) assim como, a figura e presença da parteira é reduzida à funcionalidade de minimizar a mortalidade materna e infantil em regiões escassas em recursos e insumos médicos, não considerando a cultura, ancestralidade e o valor das tradições de parto.

Vieira(14) em "A medicalização do corpo feminino", analisa o processo histórico sobre a medicalização do parto, a estigmatização das parteiras pela categoria médica e como o paradigma obstétrico hospitalocêntrico se constitui como norma até os dias de hoje levando a reflexões sobre até que ponto é possível associar as constatações históricas à comunidade Kalunga? Até que ponto as políticas voltadas para comunidades tradicionais incentivam e valorizam o saber local não apenas no discurso? Como ampliar as fronteiras da atenção às

---

<sup>2</sup> Ver Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares

<sup>3</sup> O documentário encontra-se disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=jV1WMfOHISA>>.

comunidades tradicionais dentro de um processo de trabalho instituído e protocolar de atenção ao parto?

Muitas foram as questões levantadas para que se chegasse ao objetivo desse trabalho que consiste em conhecer as percepções das mulheres, parteiras e famílias da comunidade Kalunga sobre o processo gestacional vivenciado, as escolhas relacionadas ao tipo do parto verificando em que medida se relacionam com as percepções e práticas dos profissionais de saúde da região.

As comunidades quilombola Kalunga desde a década de 1960 com as primeiras intervenções em saúde vivenciam dois movimentos sincrônicos e complementares: um de adesão e o outro de agregação do saber biomédico às suas práticas de saúde. No entanto, como essas formas de adesão e agregação foram estabelecidas serão discutidas adiante com mais profundidade, partindo desde a compreensão das negociações que permeiam fronteiras da intermedialidade, chegando até os mais densos e delicados terrenos da expropriação da saúde<sup>4</sup> que podem elucidar a questão Kalunga.

A obstetrícia praticada nos centros urbanos enfrenta hoje uma tensão paradigmática, desde o começo da década de 1990 cresce o movimento de mulheres que lutam pelo protagonismo de seus próprios partos questionando procedimentos médicos mecanicistas e abrindo o espaço para a discussão sobre a violência obstétrica. Excesso de intervenções, uso indiscriminado de indutores de parto e conseqüentemente cesáreas que poderiam ser evitadas, estão na pauta das discussões.

Inclui-se também, ambiente inapropriado, profissionais com tratamentos hostis, falta de autonomia da gestante e o desrespeito à Lei do Acompanhante de parto. Muitas vezes mulheres são obrigadas a parir sozinhas em instituições que não permitem que a pessoa de confiança da gestante esteja presente nesse momento, transformando o que seria um evento familiar em um procedimento altamente técnico carregado de fetiches tecnológicos oferecidos pelos sistemas de saúde, impedindo o direito de escolha da mulher e família.

É conflitante perceber que as condições hospitalares oferecidas são, na maioria dos casos, contrárias às necessidades do desenvolvimento de um parto que respeita tanto a fisiologia quanto o universo simbólico da mulher, esse foi o ponto de

---

<sup>4</sup> Referência à obra de Ivan Illich "A expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina", que aborda a prática da colonização médica sobre a vida.

partida para que em minha trajetória profissional dentro da enfermagem, pudesse buscar outras formas de promover saúde.

Durante a graduação, iniciei os acompanhamentos de parto, exercendo a função de doula<sup>5</sup>. Inserida em redes de movimentos de humanização do parto, realizando encontros, vivências, diálogos e interação com parteiras tradicionais, aprendizes de parteira, outras doulas com diferentes atuações e aptidões, pude expandir o conhecimento das formas de gestar e parir que diferem profundamente das concepções biomédicas em obstetrícia.

Muito além do acompanhamento de parto, ser doula, permitiu penetrar na intimidade de mulheres e homens que compartilharam dores, medos, expectativas e alegrias, conheci fragilidades e fortalezas de mulheres que lutaram para ter um parto com respeito. Escutei histórias de amor, dramas, genealogias, segurei em mãos que rezavam tanto para Nossa Senhora Aparecida, quanto para Oxum ou Afrodite, acompanhei bebês que nasceram na “força” da Ayahuasca e também ao toque de tambor.

A doula tornou-se uma complexa representação, amada e odiada. Ainda é tida como uma ameaça pelos profissionais dentro do serviço de saúde, vista como alguém que quer ocupar um nicho preestabelecido, interferir no processo de trabalho ou até mesmo como uma espiã delatora.

Mesmo com o crescente número de publicações nos últimos cinco anos sobre a doula, sua presença e benefícios para o trabalho de parto, o futuro presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia<sup>6</sup> que empossado em janeiro de 2016 questiona “quem é a doula?” tece críticas e reforça a hierarquia médica, demonstrando que apesar do intenso trabalho dos movimentos direcionados à humanização do parto, é preciso muito mais.

Ainda relata que criou-se a idéia de que a doula é a “guardiã” que protege a mulher do “obstetra bandido”. Portanto, nesse contexto, se o obstetra é considerado pela sociedade um bandido, é preciso verificar quais “roubos” ele<sup>7</sup> vem cometendo

---

<sup>5</sup>A Associação de Doulas da América do Norte (DONA) define a doula como: uma mulher treinada e experiente em prestar apoio, com capacidade de fornecer contínuo suporte físico, emocional e informativo durante o trabalho de parto e nascimento.

<sup>6</sup> Entrevista concedida ao Jornal Folha de São Paulo publicada no dia 27 de setembro de 2015. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2015/09/1687087-criou-se-a-ideia-de-medico-bandido-e-doula-guardia-afirma-ginecologista.shtml>>.

<sup>7</sup> “Ele” nesse sentido como representação de um paradigma obstétrico intervencionista de forma geral que sustenta uma estrutura historicamente construída e legitimada pela medicina.

historicamente. E um deles certamente, é o do protagonismo da mulher em seu trabalho de parto.

Em 2011 aconteceu em Brasília o encontro internacional das 13 Avós Nativas chamado "A voz das avós". Estas são mulheres, anciãs e lideranças comunitárias de povos tradicionais de diversos locais do mundo, que se reuniram pela primeira vez em 2004 na cidade de Nova York para fundar esse movimento em forma de "conselho", que tem como finalidade a preservação da cultura dos povos tradicionais e dos locais sagrados.

Há duas representantes brasileiras nesse conselho que mantém aquecidas as propostas de organização e fortalecimento das redes de mulheres conhecedoras das tradições ancestrais, parteiras, benzedeiras. No Brasil há a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais coordenada pela Parteira Suely Carvalho de Pernambuco, que articula pautas importantes como a integração da parteira ao Sistema Único de Saúde e a regulamentação da profissão de parteira tradicional.

E foi através da apresentação de trabalhos e iniciativas da Rede Saúde e Cultura<sup>8</sup> em umas das mesas redondas do evento, que despertou o interesse em direcionar os estudos acadêmicos para a compreensão de relações entre saúde e cultura.

O conhecimento sobre a comunidade Kalunga veio através da Prof. Dra. Juliana Luporini do Nascimento, orientadora do projeto, que ao me receber no departamento de Saúde Coletiva, iniciamos uma jornada unindo minha aptidão na temática aplicando-a ao povo Kalunga, justificando-se pelo conhecimento das práticas de parturição das parteiras da referida comunidade

Retomo ao primeiro parágrafo da introdução salientando algumas observações sobre a união entre a Saúde Coletiva e as Ciências Sociais ainda que fecunda, não deixa de apresentar os desafios da complexidade em transitar por esses campos, sendo a Saúde Coletiva, o lugar de encontro tanto do cientista social

---

<sup>8</sup>A Rede Saúde e Cultura é uma rede sócio-técnica que articula práticas e políticas de promoção e atenção à saúde àquelas de produção, criação e difusão cultural por meio do diálogo entre o Estado, a sociedade civil e a comunidade acadêmica. Nascida de uma parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Cultura, tem como objetivo a implementação de ações estratégicas e tecnologias sociais para a integração e fortalecimento das experiências, ações, projetos e iniciativas da saúde e da cultura e sua contribuição e integração com as redes do Programa Cultura Viva, nas práticas de promoção da saúde. Disponível em <<http://www.redesaudecultura.fiocruz.br/>>.

que entra no campo da saúde, quanto do profissional da saúde que entra no campo das ciências sociais.

Sendo este lugar, um “entre lugar” em que confrontos são vitais para a consolidação do campo da Saúde Coletiva, sobretudo das Ciências Sociais em Saúde:

A minha hipótese é que as teorias e disciplinas reagirão de modo não-teórico e não-disciplinar quando forem objecto de questões não previstas por elas. A manipulação ortopédica que elas exercem sobre a realidade de nada lhes servirá no momento em que forem assim questionadas. A resposta não será ortopédica. A imaginação epistemológica, filosófica e sociológica do nosso tempo exercita-se privilegiadamente identificando as questões que descompõem as teorias e disciplinas e as obrigam a confrontar-se com o impensado que habita o seu pensamento(15).

Em entrevista<sup>9</sup> realizada pela FIOCRUZ, a socióloga Maria Cecília Minayo relata que as ciências humanas têm oferecido à saúde uma reflexão disciplinar e crítica que desnaturaliza os temas, processos e cuidados vistos sob a ótica clássica da área médica. Segundo Nunes (16) "*Travou-se um debate frente à crise dos modelos das explicações totalizantes*" e permitiu abordar micro aspectos sociais, subjetividade, construção de identidades coletivas, utilização de conceitos que permitem mediar estruturas e ações.

As narrativas dos sujeitos adoecidos começaram a ter visibilidade e os aspectos simbólicos passaram a ser temas relevantes, aumentando a produção das pesquisas qualitativas em saúde(16).

Reformulações ou sínteses teórico-metodológicas propostas ao passar do tempo, exige dos pesquisadores um diálogo crítico com os conceitos já estabelecidos, as teorias "tradicionais" passam por reavaliações de forma que possam abrir espaço para outras correntes do pensamento social(17). Segundo Souza(15) é preciso "*ocupar as teorias e as disciplinas em desrespeito pelos seus proprietários, referindo-se às necessidade de fazer ciência a partir do nosso próprio tempo*".

A partir disso, observa-se tendência de se buscar em outras concepções teóricas, sobretudo às teorias compreensivas, um diálogo que se aproxima

---

<sup>9</sup> Revista Radis nº107 (2011). Entrevista disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/107/reportagens/entrevista-maria-cecilia-minayo>>

das diversas concepções do social, não sendo esta uma tendência apenas dos estudos sócioantropológicos em saúde mas sim, na ciência de modo geral(17).

A discussão entre saúde e cultura na antropologia tornou-se especialidade a menos de quatro décadas, porém, desde o início do século XX, o inglês W.H.R. Rivers, médico e antropólogo, pesquisou a medicina de culturas não europeias, intituladas pelo pensamento eurocêntrico de “primitivas”(18).

Na América Latina, desde a década de 1920 antropólogos contribuem para o entendimento de temas de saúde, realizaram uma trajetória ascendente nos anos de 1940, mas a partir de 1960 entrou em declínio(19).

Outro médico antropólogo americano, Erwin Ackerknecht (considerado o fundador da antropologia médica) realizou publicações sobre a "medicina primitiva" partindo de uma perspectiva culturalista e em seus argumentos relacionava idéias e práticas de saúde/doença aos contextos culturais, expandindo limítrofes do olhar restritamente biológico(18).

Os antropólogos aos iniciarem os estudos sobre as práticas terapêuticas no começo do século XX se inclinavam para a compreensão dos processos de saúde e doença pela concepção mágico-religiosa e decodificação simbólica, em contraste com as pesquisas médicas que concebiam saúde como um processo físico e objetivo, por isso, predominava a tendência de se distanciar a antropologia da biomedicina(18).

Uma das práticas terapêutica de resistência à dor no partejar das parteiras Kalunga, era de que o parto deveria ser realizado por no mínimo quatro parteiras, com o sentido de que a parturiente poderia extravasar suas dores coletivamente(11) e são para esses sentidos que o modelo biomédico permanece dormente.

Relatos de experiências de intermedicalidade ao exemplo Venezuela, em que o hospital de referência dos índios Waynū adaptou em sua estrutura os *chinchorros* (espécie de rede de tecido) em substituição às macas para que as índias junto com suas parteiras pudessem se acomodar para realização dos partos e permanência no pós parto<sup>10</sup>, ainda são poucos.

A antropologia da saúde traz riquíssimos conceitos que os processos de saúde e doença devem ser entendidos a partir noções das práticas de:

---

<sup>10</sup> PORTAL SAHUM - Gobierno Bolivariano de Venezuela - Ministerio del poder Popular para la Salud. Reportagem do dia 15 de abril de 2014. Disponível: <http://www.sahum.gob.ve/10294-sahum-saoi-representan-uno-de-los-avances-interculturales-mas-importante-de-america-latina/>

"autoatenção, intermedicalidade, autonomia, coletividade, agência e práxis em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista e a-histórica"(18).

Pretende-se no capítulo 1, abordar a história e identidade do sentido de "quilombo", sua formação histórica dentro do contexto português, seu significado a partir dos africanos e também, trazer a formação do quilombo Kalunga que está diretamente ligado à formação do estado de Goiás e à expansão do Brasil com o advento dos bandeirantes.

No capítulo 2 será descrita a metodologia, expondo o percurso metodológico dividido em etapas, mesclando os registros de diário de campo com conceitos trazidos a partir dos fundamentos teóricos que embasam esse estudo.

No capítulo 3 será abordada a medicalização do parto dentro de um panorama histórico buscando aproximações com o processo histórico das práticas das parteiras Kalunga e também serão apresentados os cenários e trajetos realizados pelas mulheres para realizarem seus partos.

No capítulo 4 serão evidenciadas as vozes que construíram esse estudo e através delas tecidas as análises que respondem aos objetivos evidenciando as fronteiras desses discursos.



## **2. OBJETIVO GERAL**

Conhecer as percepções das mulheres e parteiras da comunidade Kalunga do Vão de Almas sobre o processo de nascimento vivenciado e verificar se em alguma medida se relacionam com as práticas e percepções dos profissionais de saúde que atendem a comunidade.

### **2.1 Objetivos Específicos**

1. Conhecer e registrar os saberes e símbolos presentes nas práticas das parturientes, parteiras e profissionais de saúde.

2. Compreender a dinâmica das transformações sócio-históricas das práticas de saúde relacionadas à parturição dentro da comunidade, segundo as mulheres, as parteiras da comunidade Kalunga e os profissionais de saúde.

3. Compreender como as mulheres Kalunga do Vão de Almas são atendidas pelo sistema de saúde e o que querem em relação ao protagonismo de seus partos.

### 3.CAPÍTULO I – HISTÓRIA E IDENTIDADE DO QUILOMBO KALUNGA



“Ao chegarem pelas águas salgadas na terra de Santa Cruz encontraram águas amargas, mas as águas doces dos rios goianos trouxeram a força geradora da continuidade da vida, nas águas nasceram, pelas águas viveram e às águas hão de retornam ao grande mar dos antepassados: o Kalunga.”

### 3.1. Formação dos Quilombos

#### 3.1.1 O quilombo pelos africanos

O quilombo é seguramente uma palavra originária dos povos de línguas bantu, habitantes da região que hoje representa Angola e Zaire, sua presença e seu significado no Brasil relaciona-se com a vinda de ramos desses povos<sup>11</sup> trazidos para compor a estrutura escravocrata brasileira e colonial(20).

Baiocchi(1) e Leite(8) definem quilombo a partir da etimologia da palavra em *bantu* que significa “acampamento guerreiro na floresta”, Munanga(20)<sup>12</sup> traz elementos para compreensão do termo a partir do conteúdo da formação do quilombo como organização social e instituição.

Embora a palavra quilombo seja de língua *Umbundu* (bantu), a instituição teria pertencido aos *Jaga* aliados aos *Lundas* adotando *quilombo* como forma de organização, dotado de um exército poderoso constituído de guerreiros nômades conhecidos como *Imbangala*(20).

A forma de se organizar em quilombos no Brasil, já era de certa forma conhecida, ainda que existam lacunas e imprecisões, a tradição oral continua sendo uma grande fonte de informação sobre a história da África e seus povos, Munanga(20) conta a história da formação do quilombo na África através de um mito dos povos Luba com os Lundas no qual reproduzo de forma sintetizada:

*A história acontece no império Luba no Zaire no final do século XVI após a morte de seu governador Kalala Ilunga Mbidi, cuja morte criou conflitos de sucessão entre filhos herdeiros do trono. Um dos príncipes tido como perdedor era o caçador Kimbinda Ilunga, que partiu com seus seguidores em busca de novo território. Em seu percurso avistaram ao longe uma aldeia e se aproximaram para pedir bebida e comida. O rei desse grupo acabava de morrer e foi substituído por sua filha, a rainha*

---

<sup>11</sup> São exemplos os povos Lunda, Ovimbundu, Umbundu, Kongo, Imbangala

<sup>12</sup> Foram escolhidas especificamente as referências de MUNANGA por condensarem elementos importantes para a compreensão do histórico dos quilombos em coesão com materiais citados por Mari Baiocchi, consideremos essa referência como ponto de partida para maiores compreensões em estudos posteriores.

*Rweej que se encantou pela beleza e nobres maneiras do príncipe caçador e o pediu em casamento. Entre os Lunda, como em todos os povos bantu, a tradição proibia a rainha de governar durante seu ciclo menstrual, pois, simbolicamente morta como a lua, ela contaminaria negativamente o país e seu povo. Aproveitando-se dessa tradição, quando entrou em seu período menstrual a rainha Rweej convocou as lideranças de linhagens e apresentou-lhes seu marido Luba como novo chefe dos Lunda, colocando-lhe o bracelete (rukan), símbolo do poder. O casamento causou descontentamento Kinguli, irmão da rainha, partiu com seus simpatizantes em direção a Angola, região que anteriormente havia sido invadida pelos povos Jagas ou Imbangala e que ao se juntarem aos povos Suku organizaram inúmeras chefias e imprimiram sua marca de superioridade militar em toda a costa angolana.*

O cenário africano foi marcado por conflitos interétnicos e rompimentos de linhagens em que lideranças opositoras junto com seus seguidores, faziam percursos em busca de um novo território e uma nova forma de organização. Essa característica de luta e resistência contra opressões dentro de suas próprias etnias possibilitaram a formação de quilombos nas terras brasileiras como forma de resistência cultural e política.

O quilombo africano, no seu processo de amadurecimento, tornou-se uma instituição política e militar transétnica, centralizada, formada por sujeitos masculinos submetidos a um ritual de iniciação. A iniciação, além de conferir-lhes forças específicas e qualidades de grandes guerreiros, tinha a função de unificá-los e integrá-los ritualmente, tendo em vista que foram recrutados das linhagens estrangeiras ao grupo de origem. Como instituição centralizada, o quilombo era liderado por um guerreiro entre guerreiros, um chefe intransigente dentro da rigidez da disciplina militar(20).

### **3.1.2 O quilombo pelos portugueses**

A primeira definição de quilombo pelos portugueses encontra-se no corpo da legislação colonial e imperial, abarcando nesse instrumento repressivo o maior número de situações, bastando para sua caracterização a reunião de cinco (colonial) ou três (imperial) escravos fugidos formasse eles ranchos permanentes (colonial) ou não (imperial)(5).

Em 1740, reportando-se ao rei de Portugal, o Conselho Ultramarino apropriou-se da legislação para definir o quilombo como: “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele(21).

A construção do conceito de quilombo a partir dos brasileiros foge ao sentido adscrito<sup>13</sup> pelos africanos e descendentes. As representações refletem a ideologia da época que classificava o escravo fugido como “elemento provocador”, criminoso, “um perigo para o país” e “um atentado ao reino português”(1).

Esta caracterização descritiva permaneceu como definição clássica do conceito em questão e influenciou uma geração de estudiosos da temática quilombola até a década de 1970, como Artur Ramos e Edson Carneiro atribuindo aos quilombos um tempo histórico passado, cristalizando sua existência no período em que vigorou a escravidão no Brasil, simplificando esse movimento apenas como expressão da negação do sistema escravista(21) não levando em consideração todo o simbolismo construído através das gerações, descendência, miscigenação e as contínuas transformações sociais e espaciais.

Pelo conteúdo, o quilombo brasileiro é, sem dúvida, uma cópia do quilombo africano reconstruído pelos escravizados para se opor a uma estrutura escravocrata, pela implantação de uma outra estrutura política na qual se encontraram todos os oprimidos. Escravizados, revoltados, organizaram-se para fugir das senzalas e das plantações e ocuparam partes de territórios brasileiros não-povoados, geralmente de acesso difícil. Imitando o modelo africano, eles transformaram esses territórios em espécie de campos de iniciação à resistência” campos esses abertos a todos os oprimidos da sociedade (negros, índios e brancos)(20).

Segundo Skinner *apud* Poutignat(22) os grupos étnicos formavam-se e transformavam-se a partir de interações comerciais, migrações, conquistas e a identidade tinha um caráter relativo e mutante referindo-se aos grupos africanos pré-coloniais, sendo a identidade étnica desses grupos tão problemática e dinâmica quanto nas sociedades modernas.

---

<sup>13</sup> Adscrição é um termo utilizado por Barth (1976) para designar o valor auto atribuído de reconhecimento de si e de um membro do grupo.

### **3.1.3 O quilombo brasileiro como grupo étnico**

Os grupos étnicos, na maioria das vezes, não se reconhecem dentro do que a historiografia aborda, a autoatribuição é tão efetiva que não há como não considerá-la como um fato relevante e socialmente produtivo para a compreensão adequada de grupos rurais descendentes de negros como remanescentes de quilombos(5).

As comunidades quilombolas constituem grupos mobilizados em torno de um objetivo, em geral a conquista da terra, e definidos com bases em uma designação (etnônimo) que expressa uma unidade coletiva, reivindicada com bases em fatores pretensamente primordiais, tais como uma origem ou ancestrais em comum, hábitos, rituais ou religiosidade compartilhados, vínculo territorial centenário, parentesco social generalizado, homogeneidade racial, entre outros. Nenhuma dessas características, porém, está presente em todas as situações, assim como não há nenhum traço substantivo capaz de traduzir uma unidade entre experiências e configurações sociais e históricas tão distintas(5).

Desde o início da ocupação e exploração do território, índios e negros se aliavam nas lutas contra a expropriação de seus corpos, bens e direitos(8). Para Barth(4) as diferenças étnicas não dependem da ausência de interação social e também não conduzem à liquidação do grupo, eles podem manter suas características apesar do contato interétnico e interdependência.

A legitimidade, do negro em se apropriar de um espaço e se organizar conforme suas práticas culturais foi mais questionada do que a apropriação do espaço pelos índios, considerados "da terra"(8). Arruti(5) evidencia essa questão ao trabalhar com demarcação de terras da comunidade de remanescentes de quilombos Mocambo em Sergipe.

### **3.2 Fatores Históricos da Formação do Quilombo Kalunga**

A entrada do negro na província de Goiás iniciou-se com as bandeiras colonizadoras. Em 1722 Bartolomeu Bueno, o Anhanguera e João Leite da Silva

Ortiz começaram a colonização e a implantação do ciclo minerador das Minas dos Goyazes, recebendo respectivamente os títulos de superintendente das minas e Ortiz, como guarda mor(23). A migração se deu de forma desordenada principalmente por mineiros e baianos que buscavam além do ouro terras para pastagem de gado, as populações indígenas foram retiradas de suas terras e até mesmo destruídas (1).

Para a província goiana vieram escravos dos portos de Santos, Salvador e Rio de Janeiro, chegavam em comboios, eram tratados como mercadorias, sua identidade étnica servia apenas para designar a origem das “peças”, pois chamavam-lhes de “peça da África, de Angola, de Guiné”(24).

Segundo Palacin(23)dez anos após, havia 10.263 escravos negros trabalhando nas minas de Goiás, essa forma se constituiu o estado, sob o símbolo do ouro e da escravidão africana abarrotando os cofres da coroa portuguesa e demais coroas européias(1).

Segundo Arthur Ramos *apud* Baiocchi (1) são poucos os documentos históricos acessíveis sobre os negros do planalto goiano, um desses registros foi realizado por André J. Antonil que registrou tanto a presença no ano de 1722 quanto suas origens: congos de São Tomé, Angola, Cabo Verde e Moçambique, ou seja, em quase sua totalidade povos bantus.

É importante ressaltar que esses registros, ainda que poucos, condizem com os dados historiográficos trazidos por Munanga(20) referentes à África pré-colonial no que se refere ao período e a origem dos povos. Pesquisas em cartórios e arquivos a partir do ano de 1982 demonstram que os Kalunga possuem diversidade étnica de predominância Bantu coincidindo com as assertivas de Arthur Ramos (1).

Os arraiais de Cavalcante e Santo Antônio do Morro do Chapéu hoje denominado Monte Alegre, foram fundados em 1740 e 1769 consecutivamente, abrigaram casas de fundição de ouro permitindo uma grande concentração de escravos. Confraternizavam com os indígenas que ocupavam a região sendo essas interações extremamente vitais para ambos os grupos(1).

A existência dos Kalunga era narrada em forma de lenda pelos moradores das cidades próximas, em 1962 no jornal "4º Poder" de Goiânia realiza uma matéria com a seguinte chamada: "A margem da exploração aurífera Quilombo é atração em Auromina" do Ministro da Agricultura da época, o engenheiro Manoel Passos, que se refere aos Kalunga da seguinte forma:

Com o nome de Calungueiro fica designados os habitantes da região do Calunga, um pequeno quilombo que se estabeleceu às margens do rio Paranã, constituído dos negros fugidos dos duros trabalhos da extração do ouro das minas de Arraias, Monte Alegre e Cavalcante(25).

Motivados por essa "lenda" da existência de um povo, a antropóloga Mari de Nasaré Baiocchi coordenou uma expedição até o território dos Kalunga, o que possibilitou a o desenvolvimento do projeto “Kalunga - Povo da Terra”, a visibilidade dos Kalunga se deu em um momento oportuno pois estavam prestes a perder seu território às forças de posseiros e fazendeiros, até hoje o território encontra-se em processo de desintrusão<sup>14</sup>.

As marcas são profundas, o medo instalado em uma memória longínqua vem à tona no encontro do povo Kalunga com os primeiros pesquisadores<sup>15</sup> a chegarem à região, a hostilidade inicial vem de um imaginário no qual uma nova escravidão seria possível, alguns moradores se escondiam e um clima tenso permeou esse encontro realizado no ano de 1982(1). No entanto os laços de amizade foram criados a partir de um testemunho de uma moradora de que não se esperava um “povo desses” chegar ali “e se chegô foi por Deuzo” devido à tamanha dificuldade em acessar o território. O vínculo foi favorecido também devido ao relato de umamoradora respeitada na comunidade, de que já havia sido avisada através de um sonho sobre a chegada dos pesquisadores(1).

Segundo Schumacher & Vital Brazil(24)as mulheres mocambeiras em meados de 1800 em alguns quilombos representavam a ligação com as divindades, através de suas práticas litúrgicas nutriam um sentimento de proteção ao quilombo e fortalecia o espírito guerreiro dos habitantes, em seus transe espirituais previam a aproximação de patrulhas inimigas.

### **3.3 Mulheres Kalunga**

Na diáspora africana, as nações formadas constituíam na confluência de vários grupos étnicos embarcados em um porto em comum, geralmente o número de mulheres era 20% menor do que o de homens, as mais valorizadas eram chamadas

---

<sup>14</sup> Desintrusão é um termo jurídico, que consiste na negociação de reintegração de posse.

<sup>15</sup> Projeto Kalunga – Povo da Terra coordenado pela antropóloga Marie de Nasaré Baiocchi

pelos escravocratas e comerciantes de "molecas" ou "peito em pé", por exemplo: "Uma negra mina de peito em pé foi avaliada em cem mil réis por ser jovem e ter aparência saudável"(24).

O papel da mulher na comunidade quilombola sempre foi fundamental tanto na manutenção da dinâmica prática com o abastecimento de provisões, confecção de roupas e utensílios, quanto na preservação de valores culturais e religiosos(24).

As mulheres escravas relacionavam-se intimamente com as Casas Grande, vivenciam o cotidiano dos senhores, trabalhavam na cozinha, cuidavam das senhoras brancas (sinhá) e de seus filhos, muitas vezes davam-lhe de mamar sendo chamadas de amas de leite:

No terreiro dos engenhos e das fazendas, as escravas criavam os frangos para fazer o caldo que a senhora do engenho tomava, quando estava de resguardo, depois do nascimento de uma criança. Eram elas que engordavam os porcos e faziam o chouriço, guardando a banha para temperar a comida. Cuidavam do fogão de lenha, do forno de barro, faziam os doces e assavam as broas de milho e os bolos de mandioca que todos comiam na casa-grande. Muitas teciam no tear o pano de suas roupas, que elas próprias costuravam. E ainda, como mucamas, tinham de cuidar da sinhá. Era preciso lavar, engomar e passar suas roupas, pentear seus cabelos. As escravas também cuidavam dos filhos pequenos da sinhá. Eram elas que amamentavam as crianças, que davam banho nelas, que cuidavam de suas roupinhas e preparavam sua comida. Mas o filho da escrava já nascia escravo. Assim que crescia um pouco mais, o moleque ia ajudar na plantação ou na lida do gado e fazia todo tipo de pequenos serviços na casa. E quando o sinhô ou a sinhá quisesse, podia vender o moleque, ou dá-lo de presente a algum conhecido, porque ele era uma cria da escravidão, um crioulo. E ninguém se importava com sua mãe escrava, que ficava com a família do senhor para cuidar dos filhos dele (7).

O papel da mulher na comunidade quilombola sempre foi fundamental tanto na manutenção da dinâmica prática com o abastecimento de provisões, confecção de roupas e utensílios, quanto na preservação de valores culturais e religiosos(24). Muitas das funções exercidas pelas mulheres negras na casa grande permaneciam

no quilombo, no entanto, eram práticas voltadas para a autonomia do grupo, resistência e liberdade.

As mulheres quilombolas Kalunga quando viviam estritamente na comunidade rural, dominavam a técnica do tear, confeccionavam suas próprias roupas, redes e cobertas, cozinhavam em fogão à lenha, cuidavam da criação de animais, buscavam plantas no mato para fazerem seus remédios, rezavam em voz alta as ladainhas de um catolicismo popular tão próprio, conheciam as rezas, os benzimentos, dançavam a sussa para pagarem suas promessas, tocavam a bruaca<sup>16</sup>, preparavam as festas, contam histórias de seus antepassados, se casavam na fogueira de São João e batizavam seus afilhados no “batismo da lua”.

As mulheres Kalunga se destacavam nas funções de tecelagem, muitas ainda sabem processar o algodão e fiar, mantém seus teares, mas com a perda de terras e com pouca produção de algodão, foram deixando de fazer(7).

Diferente do homem, que após cumprir suas atividades de plantio na roça, permanecelivre de atividades que exigem sua presença em casa e por isso, buscam outras atividades em fazendas ao redor ou viagens em busca de trabalhos e comercio, a mulher Kalunga está fortemente vinculada a casa, é ela quem busca a água, cuida dos filhos, lava a roupa e vasilhas e cozinha(26).

Hoje a mulher Kalunga tem maior autonomia e mobilidade, muitas jovens trabalham por temporadas nas cidades vizinhas, que ao receberem muitos turistas, também dependem de trabalhadores e trabalhadoras em atividades de comércio, pousadas e restaurantes, sendo essa atividade anteriormente, estritamente masculina.

Apesar do rompimento da mulher Kalunga em relação ao seu lugar social determinado pelas condições históricas, sua saída abre a possibilidade de se pensar relações ambivalentes, por um lado, a liberdade de se viver outros modos de vida que não os da família e do grupo, por outro, haverá de enfrentar a estigmatização da mulher negra e enfrentar todos os obstáculos de uma sociedade capitalista, classista e excludente.

Silva(26) realiza considerações importantes acerca da divisão do trabalho entre homens e mulheres assim como algumas condutas morais que regem o grupo, cabe às mulheres além das atividades domésticas diárias, cuidar dos doentes e das

---

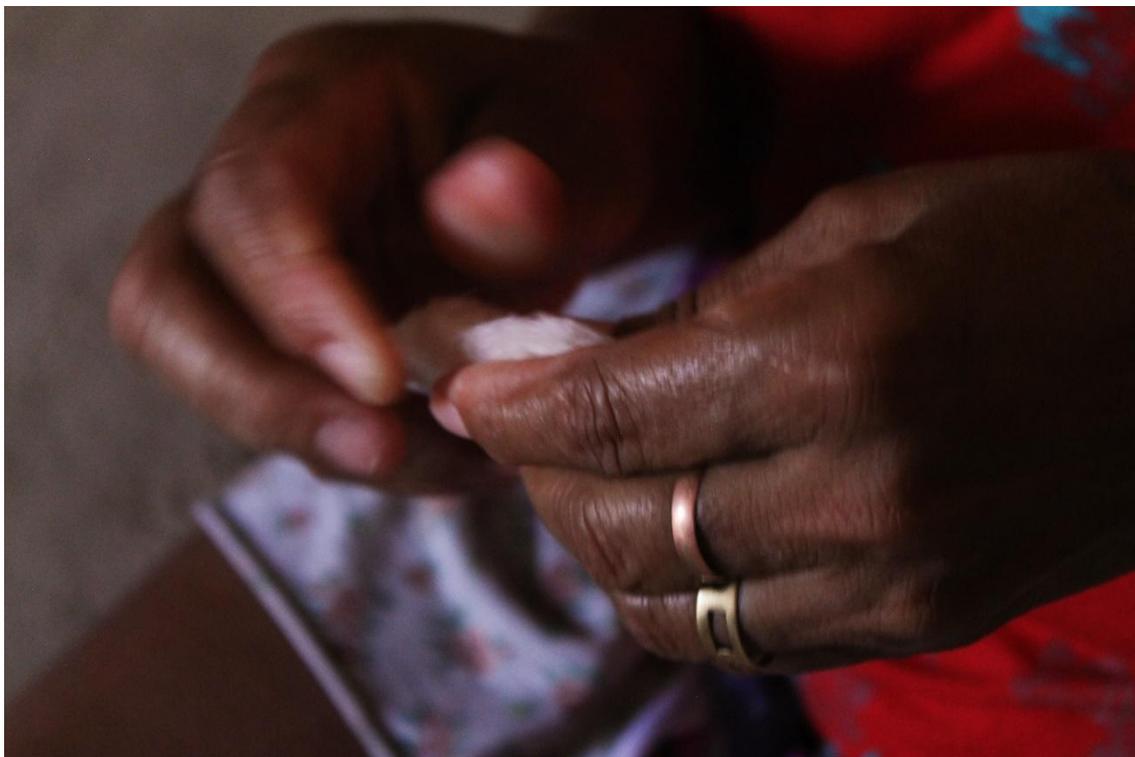
<sup>16</sup> Caixa de couro que serve tanto para carregar utensílios quanto para bater com as mãos e produzir som parecido com tambor.

mulheres que dão à luz, quando a mulher vai realizar uma atividade que supostamente seria uma tarefa masculina, como por exemplo, pescar, ela vai sozinha, assim como um homem que vai buscar água, ele não deve ir com outra mulher.

A única atividade em que ambos os sexos trabalham juntos é na colheita e na ralação de mandioca, na colheita devido à urgência em colher os produtos e na ralação, pela grande quantidade de mandioca que ao ser ralada deve ser torrada no mesmo dia, ainda que haja essa flexibilidade, tradicionalmente, o homem rala a mandioca e a mulher torra para fazer a farinha(26).



#### 4. CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLOGIA



**Figura 2.** O movimento das mãos no ato de descaroçar o algodão

Compreendendo a complexidade das interrelações que integram esse estudo, foi possível considerar três "movimentos" essenciais no campo teórico. Pretende-se conferir uma dinâmica nesse trabalho, por isso, a consideração dos "movimentos" o primeiro se dirigindo ao passado, o segundo movimento ao presente e o terceiro movimento ao futuro.

1. **Nós / Eles:** O primeiro movimento, dirige-se ao passado, à compreensões da formação de grupos étnicos e de conceitos cabíveis à temática quilombola, para tal utiliza-se o texto fundamental de Fredrik Barth(4): "Os grupos étnicos e suas fronteiras", pautando-se nas teorias da etnicidade.

2. **Tempo/Espaço:** O segundo movimento, traz a questão da "modernidade", dirigindo-se ao contexto atual, para compreender como as populações tradicionais se alteram, a velocidade com que se alteram e sua relação como espaço, o contato com ofertas de consumo e políticas públicas, especialmente voltadas para saúde e

como todas essas questões se relacionam com o processo de parto na comunidade Kalunga e que compõem um conjunto de estruturas que indicarão a dinâmica das transformações sócio históricas.

3. **Superando dualidades:** No terceiro movimento pretende-se uma projeção futura, e que através do conceito de Intermedicalidade seja possível aprofundar na reflexão de modelos de atenção, partindo do conhecimento das práticas e percepções das próprias parteiras, gestantes e profissionais de saúde entrevistadas.

#### 4.1 Movimento 1 - Etnicidade e relações "Nós/Eles".

Despontam na literatura embates conceituais sobre etnicidade e grupos étnicos, trazidos principalmente pelas escolas antropológicas da França, Inglaterra e Estados Unidos. Em 1974 foi lançada a revista americana *Ethnicity* aumentando em grande escala a produção acadêmica nessa temática, Rinaudo et al, na pesquisa apresentada em 1991 "Recherche documentaire sur l'ethnicité" aponta um período divisório na aplicação do conceito pelos antropólogos datando a década de 1970(22).

No entanto o marco da ruptura epistemológica encontra-se na publicação do trabalho de Fredrik Barth "Grupos Étnicos e suas fronteiras" em 1976(27) no qual o autor aponta as lacunas da classificação de unidade étnicas feitas por Narrol<sup>17</sup> e que segundo Leach apud Poutignat (22) são absurdas descrições taxonômicas<sup>18</sup>.

Minha principal objeção é que tal formulação impede-nos de entender o fenômeno dos grupos étnicos e seu lugar na sociedade e na cultura humana. Isso acontece porque ela foge de todas as questões problemáticas: pretendendo propiciar um modelo ideal típico de uma forma empírica recorrente, ela implica um ponto de vista preconcebido a respeito dos fatores significativos quanto a gênese, estrutura e funções de tais grupos<sup>19</sup>(4).

---

<sup>17</sup>"Ethnic Unit Classification"

<sup>18</sup>Classificam os grupos étnicos como qualquer classificação botânica ou zoológica, evidenciando o pensamento Darwinista Social.

<sup>19</sup>Utilizaremos o texto "Grupos étnicos e suas fronteiras" contido no livro Teorias da Etnicidade de Poutignat (22) pela tradução do Inglês de Elcio Fernandes.

Barth(4)define grupo étnico como: “categorias de atribuição e identificação realizadas pelos próprios atores e, assim, têm a característica de organizar a interação entre as pessoas” esse conceito expande e rompe com a subserviência da análise às tipologias de formas (num sentido estático de cultura) e pretende-se compreender os processos envolvidos na geração e manutenção do grupo.

Arruti (5) considera que o conceito seja algo além de uma alternativa para análise, mas apropriado campo de exercício da disciplina antropológica voltada ao estudo das populações e que segundo Leite(8) exigiu uma mudança na forma de pensar dos pesquisadores.

A interpretação da antropologia sobre o fenômeno quilombola enfatiza a característica organizacional desses grupos, sua auto-atribuição e a forma pela qual eles constituem seus próprios limites sociais<sup>20</sup> com relação a outros grupos, independentemente de um ou uma lista de traços de natureza racial ou cultural originada da interpretação historiográfica sobre quilombos, nessa afirmação de Arruti(5) reforça-se a idéia de que grupos étnicos não podem ser classificados em forma de contrassenso tabulado<sup>21</sup>.

A Etnicidade é um conceito entrelaçado à definição de grupos étnicos, sendo esta uma forma de organização social, baseada na atribuição categorial e que se valida na interação social através da ativação de signos culturais socialmente diferenciadores, essas diferenças Barth (1976) nomina *dicotomização Nós/Eles* que é a base para o desenvolvimento da concepção de fronteiras “*Ethnic boundary*”: “[...] *elas nunca são oclusivas, e sim mais ou menos fluidas, moventes e permeáveis*”(5).

A problemática está na complexidade em estabelecer critérios de alteridade a partir do momento em que se considera a existência de uma linha que demarca, através de traços culturais, os limites em que os membros se consideram pertencentes ou não de um grupo. São as fronteiras étnicas e não o conteúdo cultural interno que define o grupo étnico (4).

---

<sup>20</sup> Barth(4)enfatiza a questão das fronteiras (*boundaries*) entre os grupos, no entanto Poutignat (22)utiliza o termo *limites* para as “fronteiras”.

<sup>21</sup> A Encyclopedia of the American Ethnic Group, definiu 14 traços para identificar e designar um grupo étnico(22).

Na concepção barthiana, a manutenção das fronteiras necessita da organização de trocas entre os grupos, e da ativação de uma série de proscricções e prescrições regendo suas interações. Segundo Keyes (1976), essa estruturação das relações inter e intragrupos implica as três formas fundamentais de troca definida por Levi-Strauss: a troca de mulheres, regulamentadas pelas prescrições matrimoniais grupais, a troca dos bens e dos serviços estruturando as transações entre grupos e a troca de mensagens delimitando as situações culturalmente significativas de comunicação(22).

As fronteiras de Barth representaram um desafio para as teorias anteriores envolvendo etnicidade, sobretudo os conceitos de aculturação, assimilação e mudança cultural que não deixaram ser legítimos, mas repensados em suas aplicações levando a antropologia “para além das fronteiras”.

Para Cardoso de Oliveira(28) etnicidade consiste em *“espaço social, interno a um determinado país, onde as etnias existentes mantem relações assimétricas; sendo nesse sentido, ‘essencialmente uma forma de interação entre grupos culturais operando dentro de contextos sociais comuns’”*. Acrescenta que, uma dessas etnias desfrutaria de um poder emanado de um estado, de cuja constituição tal etnia participaria de forma majoritária.

O termo etnicidade de uma maneira mais simples pode tratar de modalidades de interações menos complexas, *“forma de interação entre grupos culturais atuando em contextos sociais comuns”*(28), contudo, por mais simples que possa ser essa concepção de etnicidade, ela deve conter dois aspectos teórico importantes salientado pelo antropólogo norueguês Thomas H. Eriksen no artigo de 1991 “The cultural contexts of ethnic differences” publicado na Royal Anthropological Institute em que a etnicidade trata-se de uma formação social e um aspecto de interação e ambos podem ser compreendidos em níveis e que as diferenças étnicas envolvem diferenças culturais que possuem impacto comparativamente variável sobre a natureza das relações sociais(28).

Esses dois aspectos tem a capacidade de tornar mais sensível ou sofisticada a clássica definição do Fredrik Barth sobre o caráter contrastivo da identidade étnica,

no entanto, o mais importante é considerar que interações sociais desse teor tem sido observadas em todo o mundo nas mais variadas modalidades de interação e que o mundo moderno privilegia a observação dessas interações em que a articulação entre identidade, etnicidade e nacionalidade permite uma investigação que seja possível elucidar mecanismos de identificação tanto pelos outros quanto pela autoidentificação.

#### **4.1.1 Movimento 2 - Relação Espaço/Tempo**

*"Durante a maior parte da sua história, a modernidade reconstruiu a tradição enquanto a dissolvía" – Anthony Giddens*

Não é possível direcionar o olhar para comunidade Kalunga hoje sem recorrer aos conceitos de "modernidade", a idéia não é entrar em discussões acerca da modernidade ou pós-modernidade, mas sim se alinhar à corrente da modernização como reflexividade, abrindo um "terceiro lugar" nessa discussão fazendo emergir as concepções modernas do caráter autoreflexivo da sociedade, na capacidade de autodestruição criativa e sobretudo à destradicionalização<sup>22</sup>.

Giddens(29) aborda as transformações dos modos de vida moderno em termos de extensão e intensidade, e que elas são mais profundas do que em períodos anteriores na história, em termos de extensão é pelo alcance global da interconexão social e em termos de intensidade por alteraram profundamente as características íntimas cotidianas.

Esse conceito aplica-se às rápidas transformações ocorridas da comunidade Kalunga em um curto período de tempo, Marinho(30)ressalta que a partir da visibilidade e reconhecimento da comunidade, surgiram novas atividades e compromissos como ir à cidade para receber a aposentadoria, as cestas básicas, auxílios governamentais, reuniões com políticos locais, visitas médicas e cursos de capacitação, dessa forma, coma ampliação da renda e o contato com as cidades, suas práticas de consumo passam por processos de ressignificação assim como a relação de cidadania.

---

<sup>22</sup> A destradicionalização não se trata da ausência de tradições, pelo contrário, a destradicionalização trata das tensões sofridas pelas tradições em contextos pós-modernos e como os grupos ressignificam os sentidos das suas práticas.

Retomando a citação de Poutignat (22) de que as fronteiras "*nunca são oclusivas, e sim mais ou menos fluidas, moventes e permeáveis*", é possível perceber atualmente<sup>23</sup> maior permeabilidade na interação dos grupos étnicos às ofertas da modernidade, gerando transformações identitárias, novas interpretações dos sentidos e normas que regem o grupo causando principalmente conflitos entre gerações acerca das tradições.

Segundo Hall(31), a identidade é formada na interação entre o eu e a sociedade, ainda que haja um núcleo ou uma essência, este se forma no constante diálogo com os mundos culturais exteriores, sendo esta uma "celebração móvel" transformada continuamente em relação às formas pelas quais os indivíduos são representados nos sistemas culturais e definida historicamente, não biologicamente.

Para entender o que significa viver em uma ordem pós tradicional, temos que considerar duas questões: o que é tradição, realmente, e quais são as características genéricas de uma "sociedade tradicional". Ambas as noções tem sido, em sua maior parte, usadas como conceitos não avaliados - na sociologia, em razão de terem sido contrapostas à primeira preocupação com a modernidade; e, na antropologia, porque a repetição, uma das principais implicações da idéia de tradição, muito frequentemente tem sido mesclada à coesão. A tradição, digamos assim, é a cola que une as ordens sociais pré-modernas; mas uma vez que se rejeite o funcionalismo, não fica claro o que mantém seu poder de fixação. Não há nenhuma conexão necessária entre repetição e coesão social, e o caráter repetitivo da tradição é algo que tem de ser explicado, não apenas suposto (32)

Giddens(32) considera tradição como algo ligado à memória, sobretudo a memória coletiva<sup>24</sup> que envolve ritual, está ligada a *noção formular de verdade*<sup>25</sup>, concentra uma força de união combinando conteúdo moral e emocional e há "guardiões", que são pessoas de referência para manutenção da mesma.

Complementa, que a tradição é um meio organizador da memória coletiva e sua integridade não depende apenas da sua persistência no tempo, mas sim de um

---

<sup>23</sup> Referindo-se à afirmação de Giddens de que as transformações são mais profundas do que em tempos anteriores da história.

<sup>24</sup> Conceito de Maurice Halbwachs

<sup>25</sup> Consiste na atribuição de eficácia causal ao ritual.

trabalho ativo e contínuo da interpretação pelo grupo, da identificação dos laços que ligam o presente ao passado, sendo o ritual uma forma prática de garantir a preservação.

As parteiras da comunidade Kalunga são as "guardiãs" dessa sabedoria ancestral, seus sistemas de conhecimento foram repassados por gerações e à partir década de 1990 os efeitos intervenções biomédicas começaram a modificar suas relações de cuidados em saúde e conseqüente, ao sistema de parturição.

Para Giddens (29) a modernidade é inerentemente globalizante e que devemos lidar com o extremo dinamismo desse escopo globalizante das instituições modernas e explicar a natureza das suas "descontinuidades" em relação às culturas tradicionais, uma das descontinuidades de que Giddens se refere é desintegração do "espaço do tempo":

O advento da modernidade arranca crescentemente o espaço do tempo fomentando relações entre outros "ausentes", localmente distantes de qualquer situação dada ou interação face a face. Em condições de modernidade, o lugar se torna cada vez mais fantasmagórico: isto é, os locais são completamente penetrados e moldados em termos de influências sociais bem distantes deles. O que estrutura o local não é simplesmente o que está presente na cena; a "forma visível" do local oculta as relações distanciadas que determinam sua natureza (29).

Como é o caso da medicalização do parto na comunidade, a mulher Kalunga é inserida em um contexto alienado do próprio sistema de cuidados tradicionais, estabelecem outras relações com a forma de gestar e parir, outros sentidos são atribuídos e a prática biomédica se sobrepõe à tradicional partindo de um discurso sobre riscos<sup>26</sup>.

Os fundamentos teóricos aqui combinados tem o intuito de trazer a realidade não estática dos grupos étnicos, situá-los dentro de um tempo globalizado e que a tecnologia e a aquisição de bens materiais tornam-se muitas vezes fetiches e sua apropriação surge tanto como forma de compensar um histórico de exclusão social e

---

<sup>26</sup> Giddens (29) aborda em "Consequências da Modernidade" a relação Confiança vs Risco que será abordada na análise dos dados da dissertação.

racial como também para aumentar a autonomia e mobilidade do grupo, pois quando estão na cidade, alguns moradores de comunidades distantes se organizam via aplicativos de celular, horários e combinados para seus transportes em caminhões "pau de arara".

A forma de gestar e parir da mulher Kalunga advém de processos de interações étnicas desde a sua chegada ao Brasil, seu sistema foi desenvolvido a partir da interação com indígenas e também com os portugueses constituindo(24) um sistema de partejo próprio, dentro de um espaço privilegiado em que foi possível manter suas diferenças.

As festas desempenham um papel cíclico muito importante na comunidade, muitos nascimentos ocorriam nos festejos e um desses locais de concentração, ocorre até hoje na comunidade do Vão de Almas, no espaço sagrado dos Kalunga denominado Capela, na Capela ocorre a festa mais importante, a Romaria de Nossa senhora da Abadia padroeira da comunidade, são 12 dias de festa em que os parentes distantes podem se reencontrar, as comadres, compadres e afilhados se reveem, acontecem as rezas, as danças e manifestações culturais particulares como a coroação do Império Kalunga<sup>27</sup>.

Para Giddens (32) a tradição se concentra nos contextos da origem ou dos locais centrais do grupo, as sociedades de caça não estabelece essa relação fixa com o local porém há uma área dentro da qual o grupo circula e que se harmoniza com qualidades sagradas, as "grandes tradições" criaram diásporas culturais que compreendem áreas muito extensas, como exemplo do cristianismo e islamismo, que apesar de abranger grandes territórios, há uma diápora centralizada, um ponto de concentração como Roma e Meca, da mesma forma, para os Kalunga, há a romaria para a Capela.

#### **4.1.2 Movimento 3 – Intermedicalidade: superando dualidades**

---

<sup>27</sup> Festa ritualística em que acontece a coroação do rei e da rainha Kalunga escolhidos pela comunidade.

O conceito de Intermedicalidade é definido por Greene (33) como “*a contextualized space of hybrid medicines and sociomedically conscious agents*”. A autora Maj-Lis Föllera *pub Oliveira* (34) baseia-se na definição de Greene (33) que define esse espaço contextualizado de medicina híbridas e agentes como “zona de intermedicalidade<sup>28</sup>” e que no discursocolonial de poder, dominação e conhecimentos médicos legítimos esse discurso é enfatizado à favor da biomedicina, no entanto, a intermedicalidade engloba confrontos, oposições e conflitos entre saberes tradicionais e biomédicos. No entanto, não é só de conflito que se estabelece a intermedicalidade, mas também de acordos e consensos visando a saúde do indivíduo.

São frequentes<sup>29</sup> os estudos de intermedicalidade voltados para a população indígena<sup>30</sup> devido à crescente atenção biomédica na região Amazônica, o estudo da relação entre a biomedicina e o xamanismo tem recebido destaque nas pesquisas antropológicas sobre saúde indígena (35), no entanto, poucos são os trabalhos na temática quilombola que abordam a intermedicalidade.

Para que esse referencial fosse utilizado fez-se necessário as idas a campo para observar de que forma a intermedicalidade se manifesta e se de fato ela se manifesta na comunidade Kalunga e foi possível perceber as zonas de intermedicalidade principalmente em relação ao “resguardo” realizado pela mulher Kalunga, portanto, a intermedicalidade deve ser entendida e analisada em níveis de interação.

Segundo Perez Gil *pub Scopel* (35) “*o sistema biomédico se torna aqui uma entre as diferentes opções num campo terapêutico mais amplo, não detendo, sequer um papel destacado*”. A relativização da hegemonia biomédica abre espaço para que estudos sobre a pluralidade de formas de atenção e possibilidades terapêuticas sejam desenvolvidos sem que o enfoque central seja o olhar biomédico.

Pode-se conceber a intermedicalidade como a interação de práticas de saúde, no entanto, cada prática em particular tem uma origem e está inserido dentro de um sistema de cuidados mais amplo.

---

<sup>28</sup> Scopel (35) utiliza o termo “zona de contato”

<sup>29</sup> Ainda que mais frequentes os estudos de intermedicalidade voltados para a população indígena, estudos sobre intermedicalidade em geral ainda são escassos.

<sup>30</sup> No Brasil destacam-se os estudos coordenados pela Prof.<sup>a</sup> Jean Langdon

Ainda que inúmeras críticas sejam concisas a respeito das teorias de Arthur Kleinman, considero especialmente sua teoria de “sistema de saúde<sup>31</sup>” como adequada para pensarmos as interações intermédicas, pois para Kleinman(36) os sistemas de saúde são construídos a partir da visão cultural em que o aspecto simbólico traduz a doença como um processo, e uma experiência individual:

Kleinman observou que em todas as sociedades as atividades de atenção/cuidado à saúde são mais ou menos interrelacionadas, devendo ser estudadas de maneira holística como respostas socialmente organizadas à doença, constituindo um sistema cultural especial: o chamado "sistema de saúde"(37)

Greene(33) discorre sobre relações assimétricas de poder entre sistemas culturais, exemplifica a relação da etnobotânica financiada por indústrias farmacêuticas, que em busca de novos medicamentos, pesquisadores vão às comunidades, recolhem dados sobre determinada planta ou outro elemento, utilizando-se dos saberes tradicionais dos grupos étnicos para se beneficiarem economicamente sem realizar qualquer tipo de devolutiva.

Para Singer *apud* Diehl(37), a herança colonialista com os países em desenvolvimento, resulta na montagem de um sistema de saúde que mantém uma ligação com o núcleo capitalista, sobreposto à real melhoria da saúde de suas populações e que as intervenções estatais, muitas vezes, servem mais para a manutenção de relações sociais desiguais do que para desafiá-las.

Essa herança colonialista eurocêntrica / etnocêntrica que polariza as relações, e nesse sentido, leva-nos a pensar as relações tensionais entre o “moderno” e o “tradicional”, os esforços da antropologia se direcionam em desnaturalizar preconceitos envolvidos no imaginário de que o moderno é superior ao tradicional, dentro desse imaginário também se compõe o mito de que a ciência e tecnologia estabelecem os critérios de “verdade”(35).

A zona de intermedicalidade compreende um espaço de coexistência de práticas distintas, o modelo biomédico não deve sobrepor às práticas tradicionais, mas que seus agentes façam o uso desses recursos oferecidos por ele, para

---

<sup>31</sup> “*Health care system*”

potencializar autonomia do grupo em relação à sua cultura e escolhas, cito um exemplo de uma relação de zona de intermedialidade:

O campo da saúde na comunidade passa a ser agora composto por pajés (kay) e técnicas de enfermagem. Estas com conhecimento da medicina ocidental cientificista, legitimadas pela nossa sociedade em seu saber para tratar do corpo e da saúde. E o pajé, legitimado e reconhecido pela sociedade indígena, pelo seu saber tradicional de cura e sua relação com o sagrado. Esses dois agentes sociais estão situados num campo comum, o campo do conhecimento sobre a saúde/cuidado/enfermidade: o campo da cura, havendo sutis confrontos entre os agentes (34).

Scopel (35) apresenta o conceito de Bartolomé, que consistem o processo de “dinamização e atualização étnica”, estes são processos pelos quais o grupo sustenta, criam e recriam os símbolos que reforçam seus valores e identidade étnica e fortalecem tanto o sentimento de pertencimento ao grupo quanto o reconhecimento de que se distinguem<sup>32</sup> das demais coletividades.

Precisamente, por dinamizar e atualizar identidades étnicas, este processo permite aos sujeitos definir e redefinir estratégias de “transfiguração cultural”, no sentido de adoção ou não de traços materiais e simbólicos da sociedade envolvente e a “revitalização étnica e unificação política”, com a emergência de novos sujeitos coletivos orientados por objetivos que podem estar ou não relacionados às políticas públicas, ou ainda, entre outros processos, permite a “reconstrução histórica” por meio da “simbolização compartilhada”, na qual antigos símbolos são ressignificados e adquirem a função de “emblemas” (35)

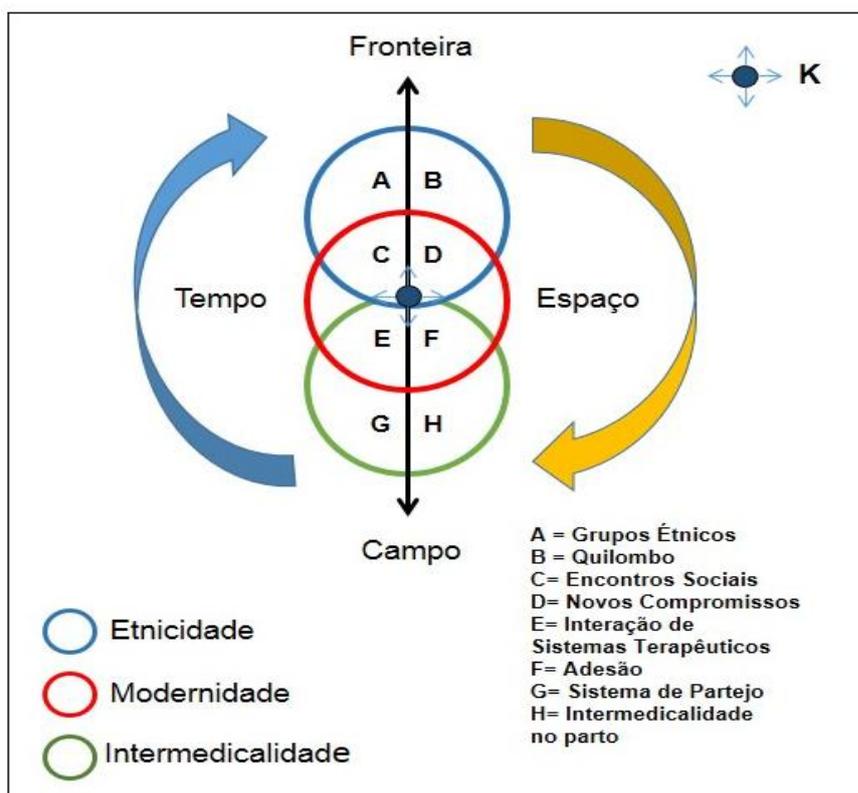
Como é o caso do movimento quilombola que aliado ao movimento negro e outros coletivos formam frentes de luta e resistência para a valorização de suas culturas, identidade e formas de viver. O quilombo Kalunga tem uma associação e através dela se articula, tanto para receber recursos públicos quanto participar de projetos de cunho privado que beneficia de maneira geral a comunidade.

---

<sup>32</sup> Retorna ao conceito de Barth(4) sobre adscrição.

E assim, na saúde, a intermedicalidade nesse trabalho, fundamenta como um “movimento” em direção ao futuro, em que será possível propor ações e modelos de atenção ao parto da mulher Kalunga em que os sistemas de saúde possam interagir de forma que as tradições de parto da mulher Kalunga sejam recolocadas em prática assegurando um nascimento digno e um parto respeitoso à mulher.

Dentro desses três conceitos, dois quais denominei "movimentos" há um ponto em comum entre eles, sendo possível traçar uma linha transversal. Essa linha liga tanto um fundamento teórico ao outro como toda a fundamentação aos achados de campo e permitem elucidar questões relativas às transformações no tempo e espaço não engessadas em suas condições, mas propondo "movimentos" e relações de "fronteiras", portanto, essa linha transversal que transpassa o trabalho desde o início e retorna em si é a concepção de Fronteiras. Vejamos a figura abaixo<sup>33</sup>.



**Figura 3.**Conjuntos Teóricos e Eixo Transversal

Partindo da “Teorias dos Conjuntos” da matemática e aplicando ao referencial teórico, podemos representar as relações entre os conceitos, como as relações entre

<sup>33</sup> Segue em anexo para melhor visualização

os conjuntos e que ao unir um conjunto ao outro, obtemos um espaço interno comum denominado intersecção, que no caso são os espaços de intersecção entre as teorias propostas.

Cada círculo representa um “conjunto”, ou seja, um conceito utilizado, e as letras correspondem aos espaços de intersecção, esses espaços de intersecção representados pelas letras, são os aspectos relevantes levantados através observação participante e registros em diário de campo.

O primeiro círculo é a teoria da Etnicidade em que “A” contido na "etnicidade" representa o espaço ocupado pelos grupos étnicos de foram geral (podem ser os grupos étnicos indígenas, ciganos, grupos migratório ou remanescente de quilombos) do outro lado da linha de fronteira representado em "B" está a especificidade desse grupo étnico para o estudo: os remanescentes de quilombo como grupo étnico.

O segundo círculo é a Modernidade, quando a "modernidade" se encontra com a "etnicidade" temos uma intersecção “C” que se refere ao encontro do grupo étnico com outros sistemas sejam eles médico, econômico ou moral. Do outro lado da fronteira está "D" que consiste nos "novos compromissos" adquiridos pela comunidade que após esse encontro estabelece novas relações com o espaço e formas de se relacionar.

O círculo da modernidade é o ponto de encontro entre os "movimentos" portando deixo a explicação do ponto K por último.

Prosseguindo, a interação do círculo da "modernidade" com o círculo da "intermedicalidade", envolve as questões focalizadas na temática de saúde, sendo "E" a representação do sistema terapêutico de cuidados desenvolvido pelos Kalunga ao longo do tempo com o sistema biomédico e que em "F" representa a adesão<sup>34</sup> da comunidade ao sistema biomédico e as transformações obtidas nesse encontro de sistemas.

Sempre em um sentido do mais amplo para o específico, no espaço contido em "G" no círculo da intermedicalidade está representado o sistema de partejo Kalunga e passando a fronteira, em "H" está representada intermedicalidade no partejo Kalunga, finalizando a proposta do "terceiro movimento".

O ponto K é o mais importante, que é a comunidade Kalunga que com sua riqueza cultural, como grupo étnico vivendo em contexto pós-moderno, vivencia de

---

<sup>34</sup> Não se pretende nesse momento discorrer de que forma acontece esta adesão.

forma complexa todos esses movimentos, transita na fronteira, e é o ponto que não tem limites, ele não apenas transita na linha transversal da fronteira como também tem a liberdade de circular e circundar todos os lugares da ilustração, portanto, em cada lugar que esse ponto "parar" podemos à partir dele, tecer explicações acerca de determinado processo.

Na linha transversal, em uma extremidade está "fronteira" e na outra está "campo", é um lugar ambivalente, que pode ser entendido como uma linha fronteira da relação sujeito e pesquisador que se estabelece em campo, onde ocorrem as ações interpretativas que também são desenvolvidas relações de limites e fronteiras.

As setas externas tem a conotação de movimento de um lado "tempo", do outro "espaço" as setas são abertas, amplas e mantêm uma relação interativa com a linha transversal, mantendo o equilíbrio dinâmico que resulta na permeabilidade das fronteiras.

Até o momento, pouco foi abordado diretamente sobre o parto na comunidade justamente por não se tratar de uma ação isolada, ainda serão abordados assuntos como o deslocamento e acesso, escolas de ensino médio fora da comunidade, transporte, ausência de um centro de saúde, ausência de equipe de saúde e, sobretudo a casa na cidade, que são aspectos que levam a compreender as mudanças estruturais que ocorrem para a manutenção de um processo civilizador<sup>35</sup> quanto à manutenção do pensamento biomédico hospitalocêntrico.

A partir dos fundamentos teóricos que embasam este estudo, parte-se para a forma de apresentação do material de campo obtido através da observação participante e diário de campo, demonstrar a clareza da sua relação com os fundamentos teóricos, justificar sua escolha como referencial e, como as Etapas da pesquisa são coerentes ao caminho quadripolar metodológico de Bruyne.

Sinteticamente, na Etapa 1 (pré campo), foi possível contemplar o pólo epistemológico, em que pesquisador exerce a função de filósofo e levanta questionamentos rumo à objetivação do trabalho, na mesma etapa, contemplou-se o "pólo teórico" que trata-se do momento em que é possível determinar o "movimento da conceitualização"(38).

---

<sup>35</sup>Utiliza-se o termo fazendo alusão à construção teórica de Norbert Elias em "O processo civilizador" que demonstra a construção de caráter processual, historicamente construído do que se considera comportamento civilizado.

Na Etapa 2 e 3 contemplou-se o “pólo técnico”, que consiste no controle da coleta dos dados, constata a possibilidade de encontro com os fundamentos teóricos. A Etapa 2 permitiu a construção do instrumento de campo utilizado na Etapa 3 em que foi possível aplicar e avaliar o instrumento utilizado em campo.

O “pólo morfológico”, refere-se a “arquitetura” do trabalho, como será exposto, como determinado fato poderá ser considerado pivô de desfechos, este, será demonstrado no decorrer da dissertação por se tratar do momento mais refinado da análise e por ser o ponto de encontro entre todos os outros pólos, ainda que, como ressalta Bruyne(38) a interação dos pólos se constituem de maneira dialética, tratando-se de um modelo topológico e não cronológico.

## **4.2 Metodologia**

A pesquisa foi realizada, dentro do Sítio Histórico do Patrimônio Cultural Kalunga - SHPK (ANEXO I) no estado de Goiás. O sítio histórico compreende as cidades de Monte Alegre, Cavalcante e Teresina de Goiás. Várias comunidades, ou povoados, com nomes e características próprias compõem o SHPK, sendo escolhida para este estudo a comunidade "Vão de Almas" por ser a mais longe da cidade e ter o acesso mais dificultoso. O acesso por automóvel se dá pela cidade de Teresina de Goiás, no entanto seu território pertence ao município de Cavalcante.

A anuência para entrada em campo foi solicitada ao Presidente da Associação Kalunga que permitiu minha entrada e permanência no território do Sítio Histórico e Patrimônio Kalunga, tendo a ciência dos instrumentos de pesquisa que os voluntários estariam submetidos. As voluntárias foram mulheres gestantes e/ou que passaram pela experiência de parto hospitalar, parteiras e moradores da comunidade envolvidos na temática da pesquisa.

Como também, foi solicitada autorização da secretaria de Saúde do município de Cavalcante-GO para que os profissionais que respondem à essa secretaria possam ser entrevistados. Sendo estes, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Essas solicitações fazem parte dos cumprimentos das normas relativas ao Comitê de Ética, sendo este projeto aprovado sob o número de parecer 1.046.451 e CAAE: 43831314.0.0000.5404. Cada participante recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e devido aos registros audiovisuais, foi emitida a

Autorização do Uso de Imagem e Som e serão identificados nesse estudo aqueles que autorizaram a identificação, assegurando o anonimato aos demais.

### 4.3 Uma “trama” chamada metodologia

*A metodologia deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos mas antes de fecundidade na produção dos resultados– Paul de Bruyne*

Algumas mulheres Kalunga se dedicam à arte de tecer, antigamente, realizavam todo o processo desde colher os flocos de algodão, descaroçá-los, e colocar a matéria bruta no pau de fuso para que pudessem formar as linhas e assim, utilizavam os fios para costura e confecção de roupas, tapetes, mantas e redes. Além disso, tingiam suas peças com os corantes que a natureza proporcionava permitindo expor sua criatividade e expressar a beleza através de suas criações.

A pesquisa social, qualitativa, assim como o trabalho das tecelãs, para que se penetre nessa dimensão fecunda da produção dos resultados, é preciso deixar com que as "formas e cores" do campo moldem com beleza e espontaneidade os movimentos dessa trama que se compõe no andamento, é preciso encontrar a matéria bruta e "descaroçar" os dados, para retirar seus fios.

A metodologia é a mesa do tear que conduz e ordena esses fios que se cruzam e se interpenetram, as páginas a seguir reconstróem esses "próprios processos" interpenetrando diário de campo com reflexividade teórica, divididos em etapas.

Como relatado na introdução, a proposta inicial era realizar uma etnografia na comunidade Kalunga, obter a descrição dos saberes e práticas terapêuticas utilizadas pelas parteiras em todo o processo gestacional, porém ao tomar conhecimento de que não estão ocorrendo partos na comunidade, avaliou-se, que para a melhor compreensão dos processos e dinâmica das alterações sócio-históricas relacionadas ao processo de nascimento e parto na comunidade Kalunga, o mais adequado para esse estudo qualitativo seria a utilização da técnica da observação participante, registro em diário de campo e entrevistas semi-estruturada.

### 4.4 Etapa 1: Pré campo- “Descaroçando o algodão”

Meu primeiro e assertivo contato para início das atividades de campo foi com a professora Tatiana Novais, docente do curso de Saúde Coletiva e coordenadora

do projeto de extensão da Universidade Federal de Goiás intitulado "Curso de Extensão Saúde da População Negra - Comunidade Kalunga" que me convidou para acompanhar um dos módulos do curso junto com mais três pesquisadores que ministraram as oficinas.

A primeira ida à Cavalcante teve como objetivo, tanto participar do módulo do curso, quanto estabelecer o primeiro contato com o Presidente da Associação Kalunga para apresentar o projeto de pesquisa e solicitar sua autorização para entrada e permanência no território Kalunga informando que será necessário ter acesso aos moradores para realização de entrevistas.

O pré-campo teve duração de quatro dias (2 a 6 de novembro de 2014) dois dias dedicados ao curso e dois dias dedicados ao diálogo com as lideranças comunitárias, moradores das comunidades rurais que estavam na cidade durante o referido período, com agentes comunitários de saúde e com outros informantes que foram essenciais na produção de dados que direcionaram o andamento da pesquisa.

#### **4.4.1 Diário de Campo da Etapa 1:**

Cavalcante, Novembro de 2014

A distância entre Goiânia e Cavalcante é de aproximadamente 580 km, nossa viagem durou cerca de sete horas. A paisagem se transformando gradativamente do urbano para o rural nos indicava a proximidade com as serras, intercalavam na estrada pequenas cidades e vilarejos. Ao entrar no território da Chapada dos Veadeiros, a vegetação do cerrado se mostrava em toda sua magnitude arbustos, troncos retorcidos, palmeiras, alguns cactos e bromeliáceas espinhosas.

Árvores de pequi, fruto amarelo de sabor marcante símbolo do estado de Goiás e também as Guarirobas, espécie de palmito de sabor amargo, são possíveis de serem encontradas no trajeto.

Por entre os morros, rochas irregulares se misturam à vegetação, parecem formar belas "cidades de pedras", no entanto, a deslumbrante paisagem se apresenta nas majestosas serras de chapada, que nos envolvem a cada quilômetro que atravessamos por entre seus vales.



**Figura 4.** Rodovia GO-118 trecho que liga Teresina de Goiás à Cavalcante

O município de Cavalcante é uma das três cidades que compõe o território do Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga (SHK), foi fundada em 1736<sup>36</sup> pelo garimpeiro Julião Cavalcante que junto a seus companheiros buscavam por ouro na região.

Através dos dados do IBGE de 2010, a população estimada para o município em 2014 é de 9747 habitantes, sendo grande parte moradores da zona rural. A cidade é cercada pelas serras, as placas indicam a direção das comunidades Vão de Almas, Vão do Moleque e Engenho, sendo as duas últimas o acesso mais fácil pelo município de Cavalcante.

Em Cavalcante reside o Presidente da Associação Quilombo Kalunga (AQK) que abrange os três municípios, pois cada município possui sua representação, há a Associação Kalunga de Cavalcante (AKC) que é composto por outro "corpo presidencial". Esse primeiro encontro teve como objetivo solicitar a autorização para a realização da pesquisa, acesso aos moradores e permanência dentro do Sítio Histórico.

---

<sup>36</sup> Dados de 2004 segundo o site da Prefeitura de Cavalcante:<<http://www.cavalcante.go.gov.br/historia-da-cidade>>

No centro da cidade, há uma praça com a igreja de Nossa Senhora Santana e por chegarmos no dia 2 de novembro, Dia de Finados, estava movimentada com fluxos de saídas e chegadas. Haviam restaurantes simples, pequenos comércios fechados por ser domingo, as casas seguem um mesmo padrão de arquitetura em sua maioria, pequenas, retas, com porta e janela, rebocadas e pintadas de duas cores.

Há um clima de muita tranquilidade, as portas e janelas abertas, crianças brincando na rua, mangueiras carregadas de manga fazia o intervalo das pessoas que passavam caminhando, por ser uma cidade turística nossa presença, ou seja eu e os pesquisadores, não causava muitos estranhamentos apenas alguns olhares desconfiados, mas também pessoas passavam sorrindo e cumprimentando com naturalidade.

A poeira de cor vermelha subia, as avenidas centrais tem calçamento, mas as laterais não, essa cor tingia as paredes das casas misturando ao seu colorido, formando certa uniformidade. A cidade atrai turistas que usufruem de passeios ecológicos e esportes radicais, a comunidade Kalunga também se beneficia financeiramente, a cachoeira mais procurada é a Santa Bárbara que fica nas proximidades da comunidade Engenho.



**Figura 5.** Foto da Igreja e praça no centro de Cavalcante

Nesse período aconteceu mais um módulo do projeto de extensão da Universidade Federal de Goiás chamado "Curso de ExtensãoSaúde da População

Negra – Comunidade Kalunga", o curso tem como público alvo trabalhadores da saúde e educação dos três municípios que compõem o SHK, também são convidadas as lideranças Kalunga para integração. Os Agentes Comunitários de Saúde tem destaque em número de participação, sendo eles moradores e representantes das suas comunidades.

Esse módulo teve um intuito de ampliar o conceito de saúde trazendo a arte e aspectos subjetivos da identidade do negro para as discussões, os participantes aprenderiam a confeccionar as bonecas Abayomis.

As Abayomis são bonecas negras, feitas com retalhos de panos e significa "encontro precioso"<sup>37</sup> ou "meu presente"<sup>38</sup> e que na história, mulheres negras rasgavam parte de sua roupa para confeccionarem as bonecas para as crianças brincarem nos navios negreiros e que era mais do que uma boneca, mas um amuleto que se pedia saúde e prosperidade.

A oficina aconteceu na Casa do Aprendiz, pólo do programa Universidade Aberta do Brasil em Cavalcante. Começaram a chegar os participantes da oficina, alguns tímidos com olhares assustados e aperto de mão suave, alguns abertos e sorridentes que se apresentavam apertando firmemente a mão, dizendo seu nome e também a comunidade de origem.

---

<sup>37</sup> Retirado do site da Secretaria da Educação do Governo do Estado do Paraná <<http://www.cuzeitdestenorio.seed.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=92>>

<sup>38</sup> Retirado do site "Bonecas Abayomis" <<http://www.bonecasabayomis.com>>.



Segundo Guber(39) a gravação ou a filmagem promove total fidelidade, no entanto há o fator inibição, portanto nessa interação a escolha foi por não tomar notas absolutas mas sim descrever o encontro reconstruindo os acontecimentos, tendo a ciência de que cada um desses sistemas de registros geram efeitos particulares.

Para construir uma atmosfera acolhedora, o facilitador iniciou a oficina com música e prosseguiu a roda de conversas de maneira que potencializasse a participação e expressão dos participantes, trabalhou com o conceito de “ressignificação”<sup>39</sup> que permeou toda a oficina.

As bonecas são parte desse processo de ressignificação da cultura e identidade uma vez que o discurso historicamente construído da inferioridade dos negros afeta diretamente a autoestima do grupo. Esse aspecto foi evidenciado quando relataram de que forma caracterizam a si mesmos, buscando alternativas para não se autodeclararem negros, atribuindo a si e aos outros, várias gradações de "moreno" ou pardo.

---

<sup>39</sup> Ressignificação como atribuição de valores positivos aos elementos de sua própria cultura e ancestralidade.

Foi pedido a eles que atribuíssem três qualidades a si mesmos e que partilhasse ao grupo, as qualidades que mais se destacaram foram: *trabalhador, responsável, humilde, "amigo" e solidário*. Através da autoatribuição de qualidades, pode-se compreender alguns valores que regem o grupo, o trabalho e a responsabilidade são centrais e nessa ocasião, com a oficina, poderiam exercer o trabalho com mais descontração, priorizando processos artesanais e manuais que tem como potência trazer a ação criadora e criativa.

Abordaram a escassez de bonecas negras e as que existem são "assustadoras" a ponto de deixar as crianças com medo. Portanto com as Abayomis, ao confeccioná-las, é possível a identificação com elas, podem confeccionar a própria família e amigos, em um aspecto subjetivo das possibilidades: "é possível confeccionar as relações" e dar novo significado à existência.

Os homens atribuíam às bonecas nomes de suas esposas, filhas e namoradas. Faziam pensando em presenteá-las, ou simplesmente pensavam nelas, olhavam para as bonecas com afeto, evidenciando a intenção em cada ação. Eram muito atenciosos e cuidadosos, pediam ajuda as mulheres, algumas tinham afinidade com tecidos e costura. Eram essas mulheres que "assumiam" a mesa que ficavam os materiais, manuseavam com segurança e familiaridade, escolhiam as combinações, cortavam os tecidos com perfeição, cobravam-se por beleza nas composições.

O grupo foi composto por 24 pessoas sendo 9 mulheres e 15 homens, dentre eles 22 agentes comunitários de saúde, uma fisioterapeuta, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem. Não haviam apenas agentes comunitários de saúde Kalunga, contavam com a presença de agentes de outras comunidades rurais do entorno, os outros profissionais citados, residiam na cidade.

Ao final da oficina fotografei cada participante com suas respectivas bonecas, ao fotografar perguntava o nome delas, alguns respondiam imediatamente e diziam quem era, outros não sabiam, olhavam para elas como quem procura um nome, para alguns surgia naquele momento.



boneca Abayômi.

Em especial, houve um diálogo com um dos participantes, que deu o nome de sua mãe à boneca, eu exclamei pela beleza do nome e ele disse que apesar do nome bonito, ela tinha um apelido pela qual era conhecida na comunidade. Quando ele falou seu apelido, remeti a memória às reportagens sobre os Kalunga e ali estava o filho da "Rainha dos Kalunga" da comunidade Vão das Almas, demonstrei o interesse em conhecê-la e contei-lhe que a conhecia por reportagens. Naquela ocasião, ela estava passando uma semana na cidade e que se fosse da minha vontade, ele me levaria até ela mais tarde ou no dia seguinte.

Esse encontro aconteceu no mesmo dia, mas antes, estabeleci o primeiro contato com o presidente da Associação, devido ao pouco tempo disponível da parte dele, tive que ser breve. Após minha apresentação e a apresentação da pesquisa, se posicionou com neutralidade e certa desconfiança.

Solicitou outro encontro para que eu pudesse apresentar o projeto à secretária de políticas para as mulheres. Salientou que os pesquisadores fazem pesquisas sem respeito algum com os Kalunga e entram nas comunidades sem pedir permissão, por isso a associação está elaborando um comitê de avaliação de pesquisas e projetos dirigidos à comunidade.

Essa constatação leva à discussão sobre a relação sujeito e pesquisador, ainda que amplamente discutida no campo das Ciências Sociais, sobretudo na

antropologia, caminha vagarosamente no campo da saúde. Por mais que o termo de consentimento livre e esclarecido seja o resguardo ético para o participante da pesquisa, seu teor interfere diretamente, gerando tensão na relação e evidenciando a autoridade do pesquisador ao realizar a pesquisa.

Reflexões sobre a autoridade<sup>40</sup> de entrar na vida íntima de uma comunidade e pesquisá-la(40) permeiam meu cuidado para realizar a entrada em campo, no entanto, o lugar social de uma mulher, graduada, enfermeira, pesquisadora, branca, descendente de portugueses, moradora do estado de São Paulo se inserindo em uma comunidade rural, de população majoritariamente negra, descendentes de africanos que foram escravizados, beneficiários de programas sociais no nordeste de Goiás obtendo dados para a "sua" pesquisa, não pode deixar de ser evidenciado<sup>41</sup>, e é desse lugar social que parte o olhar da pesquisa mas com o intuito de minimizar essa relação de poder.

É de direito que a comunidade aprecie o resultado daquilo que se produz através dela, contudo é preciso que o comitê proposto seja para a abertura de espaços democráticos, que abram possibilidades de debates e réplicas no caso de discordância.

Mais tarde fui ao encontro da Rainha dos Kalunga, era uma casa típica da cidade, como descrita anteriormente, a luz fraca iluminava conjuntamente a sala e a cozinha da casa sem reboco interno fazia-se uma penumbra, a televisão ligada na novela e os dois grandes sofás cobertos com mantas trazia simplicidade e aconchego. Ela me recebeu ríspida, perguntando o que eu queria dela. Disse que queria conversar, ela me perguntou se eu era jornalista e que não me receberia se eu estivesse com equipamentos. Aos poucos fui compreendendo essa fala inicial.

Apesar da desconfiança, me convidou para entrar e sentar, ela é uma negra alta, robusta, de olhar terno apesar da rispidez, usava um lenço branco na cabeça, camisa regata, saia e chinelo. Pedi-lhe a benção, como é o costume dos Kalunga para se tratar os mais velhos e nesse caso, a "Rainha".

Perguntou novamente, em que ela poderia ser útil. Disse a ela que queria conhecer a comunidade, conhecer como é a vida dos Kalunga, mas principalmente

---

<sup>40</sup>Ver Betweene talk: Decolonizing Knowledge Production, Pedagogy, and Praxis. "Who gives the authority to ask question?"(40).

<sup>41</sup>Diversi &Moreira (40)salientam a importância de evidenciar o lugar social do pesquisador.

queria saber como nascem as crianças na comunidade.

Ela disse que tem as parteiras, mas que as mulheres hoje tem muito medo de terem seus bebês na comunidade "*levam logo pra cidade, até mesmo antes da dor*", as mulheres não querem mais aprender o partejo. Disse que ela mesma teve 8 filhos, "pegava menino" sozinha, contou também das mulheres que tem as cesáreas na cidade para fazer laqueadura.

De onde vem esse medo? Qual a influência dos profissionais de saúde nesse processo? Como foi construído esse medo? De fato, o que querem as mulheres Kalunga? Porque querem? Quais as opções que elas têm? Estava ali diante de uma rica problemática evidenciada por uma informante especialista<sup>42</sup> e unida às conversas com agentes comunitários de saúde que relatavam a mesma situação, indicavam novos caminhos para a pesquisa por suscitar novas perguntas que conduziram a novos objetivos.

A minha apresentação a ela veio aos poucos, primeiro disse que era enfermeira, fato que mudou nossa relação, ela relaxou e o medo de que eu fosse uma jornalista é proveniente de inúmeros casos de reportagens sobre a comunidade e promessas de benefícios que nunca retornaram.

Mas a indignação maior foi com o programa da Ana Maria Braga em que houve grande visibilidade e repercussão, no entanto, nenhum benefício foi concedido à comunidade. Ela disse que chegavam jornalistas de vários lugares e ficavam esperando por ela na porta de sua casa gerando muitos inconvenientes.

Percebe-se um conflito, ao mesmo tempo em que estão exaustos de pesquisadores e jornalistas, há uma esperança em cada pessoa de fora que se interessa pela comunidade, que esta traga recursos e possa "dessa vez" ajudar de verdade, pois os pesquisadores somem depois de realizarem suas pesquisas.

A "Rainha" discorreu sobre inúmeros problemas da comunidade, como a falta de escola, posto de saúde e acesso. Disse que o acesso melhorou mas é preciso fazer mais. A maior demanda no momento na questão do acesso é uma ponte, pois em épocas de cheias, só se atravessa de canoa e é preciso levar muitos mantimentos que se compra na cidade. Indigna-se com a associação, segundo ela, a associação não envia recursos para o Vão das Almas e Moleque, direciona-se para o Engenho.

---

<sup>42</sup> Segundo Brandão (41) o informante especialista é o sujeito que produz dados populares com muita precisão por compreender o tema com profundidade e discursar como um especialista.

Falava com muito pesar do sofrimento dos Kalunga, por várias vezes colocava a mão no rosto, nos olhos, encolhia os ombros, arcava as costas e se lamentava profundamente. Mas havia um brilho nos olhos e um discurso de esperança quando a postura corporal retornava ao seu eixo, saía desse lugar emocional cujo corpo demonstrava o sofrimento e a nossa conversa prosseguia, aos poucos a minha presença deixou de ser estranha, ela queria saber mais sobre mim, me escutava interessada e sorria.

Aos poucos falei da pesquisa e da minha preocupação com as mulheres e crianças Kalunga, não há promessas que posso fazer à comunidade, mas há um comprometimento de levantar as demandas das mulheres, parteiras e gestantes e para isso, necessitava conhecer as comunidades, modo de vida, sentimentos e vontades.

A conversa durou pouco mais de uma hora, mas com muitas interrupções. Quando fui me despedir, ela pediu meu telefone, disse que queria conversar mais comigo. Que queria contar mais coisas sobre "o Kalunga".

O estabelecimento desse vínculo foi muito significativo, uma vez que os laços de confiança se fortaleceram, a pesquisa pode discorrer de fato "com" a comunidade e não simplesmente "da" comunidade<sup>43</sup>.

Outra pessoa, informante especialista<sup>44</sup>, que me recebeu foi a secretária de políticas para a mulher e igualdade racial do município, ela é Kalunga e com nossa conversa, pude ampliar um pouco mais os horizontes.

"O diálogo saiu de uma esfera formal em seu escritório para um 'bate papo' na cozinha após me oferecer um chá, contou do seu trabalho de conclusão de curso na UnB sobre as rezadeiras do Vão das Almas, me ofereceu estadia em sua chácara quando eu fosse a campo, relatou o descaso dos profissionais de saúde em relação ao "resguardo" da mulher no pós-parto hospitalar, das dificuldades das mulheres em se locomoverem para realizar o pré-natal, do dinheiro gasto por elas para o transporte, de saírem de suas casas para virem para a cidade antes de entrar em trabalho de parto, a do medo que elas têm de parir na comunidade, realizou outros desabafos relacionados à saúde e previdência social e ainda fez sugestões para minha pesquisa (Resumo de Diário de Campo – Pré Campo).

---

<sup>43</sup> Idéia de coprodução e colaboratividade com o intuito de minimizar as assimetrias de poder(40,44)

<sup>44</sup> Apesar dessa informante ser da Secretaria de Política para as Mulheres, considero-a uma informante especialista por não me relatar dados do seu processo de trabalho na secretaria, mas sim por me relatar uma realidade vivenciada e por ser nascida na comunidade Vão de Almas.

Dentro do pólo epistemológico da pesquisa o objeto científico é produzido ao longo de um processo de objetivação, de conceitualização, de formalização e de estruturação:

Existe pois um processo de objetivação, de produção dos fatos e dos objetos científicos que é a progressão da formação, da estrutura e do recorte dos fatos até o procedimento de coleta da informação. A objetivação é o conjunto de métodos e técnicas que elaboram o objeto de conhecimento ao qual se refere a investigação. Esse objeto é transcendente a toda consciência, só se dá "por esboços, sempre incompletos, mas sempre captados numa presença(38).

Portanto, essa ruptura da realidade objetivada trazida por um discurso científico anterior para a realidade vivida, foi fundamental na desconstrução do projeto etnográfico para outra abordagem, que contemplasse um sujeito histórico, um processo dinâmico também histórico, que pudesse trazer os fios que ligam essas relações intrínsecas a fatores extrínsecos e quem ou o quê seriam cada um deles, dessa forma, a alteração da etnografia para observação participante, registros em diário de campo e entrevistas semi-estruturadas, ainda que sejam instrumentos consagrados na etnografia favoreceu, junto aos referenciais teóricos uma maior mobilidade para compreender os aspectos das modificações ocorridas no tempo e no espaço.

A experiência do trabalho de campo redefine projetos, hipóteses e abordagens metodológicas(41) com essa reformulação foi possível conduzir a segunda entrada em campo com os recortes estabelecidos.

As pesquisas qualitativas na área de Ciências Sociais em saúde evidenciam os significados, motivações, valores e crenças dos sujeitos, não cabendo à abordagem quantitativa a compreensão desses aspectos particulares de cada grupo étnico(42). Para Minayo(19) essa abordagem se aprofunda no mundo dos significados dos sujeitos, permite trazer à tona uma realidade invisível das relações estabelecidas pelo grupo e que o pesquisador tem o desafio de expor e interpretá-las.

A técnica da observação participante, segundo Minayo(19) permite que a própria seleção do problema de investigação apareça da discussão entre pesquisador e a população, como ocorreu nesse estudo.

Essa técnica de obtenção de informações supõe que a presença (percepção e experiência direta) frente aos fatos da vida cotidiana do grupo pesquisado garante por si só a confiabilidade dos dados recolhidos, sendo a experiência e o testemunho a fonte de conhecimento do pesquisador, pois ele está ali(39).

A convivência com o grupo permite que o pesquisador compreenda aspectos que se afloram no decorrer da pesquisa, esses registros possibilitam vincular os fatos às suas representações de maneira coerente, desvendando contradições entre normas, regras e práticas do cotidiano(19).

A observação participante se distingue da observação informal ou da observação comum, essa distinção ocorre a partir da integração do investigador ao grupo investigado, o pesquisador passa a fazer parte ativamente do grupo ampliando seu olhar a partir da própria convivência e não apenas como um observador externo(42).

De acordo com Holy *apud* Guber (39) há uma tensão própria da técnica, em que a todo o momento, se participa para observar e se observa para participar e que "envolvimento" e "investigação" não são opostos mas sim, faces de um mesmo processo do conhecimento social rompendo com o discurso histórico e consensual sobre neutralidade e distanciamento do pesquisador na pesquisa.

Na observação participante, o principal instrumento de trabalho é o diário de campo nele estarão descritas as vivências diárias do pesquisador, para Weber (43) o diário de pesquisa de campo permite não apenas descrever e analisar os fenômenos estudados e vivenciados, mas também compreender os lugares que serão relacionados pelos atores ao observador e esclarecer a atitude "destes" interagindo com "aqueles".

Escolheu-se trabalhar com roteiro de entrevista semiestruturado com o intuito de traçar uma relação dessas vozes e discursos envolvidos e para tal, seria necessário conduzir as perguntas não de forma engessada mas buscando profundidade e explorando o recurso dos espaços que permitem tal formato de entrevista.

#### **4.5 Etapa 2: Um campo para definir o campo – “Girando o pau de fuso”**

A primeira ida à campo permitiu a definição do recorte, após recolher os dados iniciais e trabalhar na reestruturação do projeto, em março de 2015 realizei a segunda entrada em campo, um campo que fosse possível definir concretamente onde realizar entrevistas, como se locomover no território e quais acessórios levar. Quem me possibilitou todas essas informações necessárias foi a secretária de políticas para mulheres e o presidente da Associação Kalunga em conversas de fim de tarde, regada de acolhimento da parte deles e partilhas de visão de mundo.

Esta segunda entrada durou dez dias, sendo seis dias na cidade de Cavalcante e quatro dias na comunidade Engenho II. A proposta era realizar as entrevistas nas duas comunidade, no Vão de Almas, pela presença de um *ethos*<sup>45</sup> fortemente ligado à uma herança do passado e no Engenho II por se tratar da comunidade mais próxima da cidade com melhor acesso e recursos, e assim, estabelecer comparações nos processos vividos por essas duas comunidades.

Mas devido ao tempo restrito inerente ao mestrado e às dificuldades de locomoção em campo, optou-se por concentrar na comunidade Vão de Almas que ainda vive um processo de transição em relação ao parto, diferente do Engenho II que a norma médica hospitalar já está estabelecida, o ultimo parto ocorrido na comunidade e ainda por "acidente", como relata uma moradora, aconteceu a seis anos atrás.

Com a reestruturação do projeto, compreendeu-se que um novo sujeito deveria ser evidenciado: o profissional de saúde, uma vez que essa voz seria fundamental para o entendimento das transformações ocorridas na comunidade. Ainda nesse campo, foi possível identificar os profissionais de saúde, obter um primeiro contato, dialogar, apresentar a pesquisa para a secretaria de saúde, solicitar a autorização para entrevistar os profissionais que respondem à ela e visualizar os processos de trabalho em saúde voltados para a comunidade.

#### **4.5.1. Diário de Campo da Etapa 2**

Cavalcante, março de 2015

---

<sup>45</sup> Geertz (58) define "ethos" como os aspectos morais e estéticos de uma determinado grupo, trata-se de os elementos valorativos: "O *ethos* de um povo é o tom, o caráter e a qualidade de sua vida, seu estilo moral e estético, e sua disposição é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que na vida reflete.

A distância de São Paulo a Cavalcante é de 1300 km, me desloco de avião do estado de São Paulo para Brasília e em Brasília, vou até Cavalcante com um transporte denominado "lotação". A lotação é um carro de passeio que com R\$60,00 um motorista leva passageiros em Alto Paraíso, Teresina de Goiás e Cavalcante. A primeira vez que me ofertaram a "lotação" eu estava dentro da rodoviária interestadual de Brasília, causou-me grande estranhamento essa ação ilegal, posteriormente, foi possível compreender a organização que se estabelece em relação a mobilidade nas cidades mais afastadas da capital e do Distrito Federal e as formas alternativas de dinamizar os trajetos uma vez que não há ônibus direto para Cavalcante, apenas para Teresina de Goiás em horários, ou muito cedo, ou muito tarde, sendo impossível chegar em Cavalcante se não pegar o ônibus para Teresina que parte de manhã.

Relato esse deslocamento por representar o primeiro deslocamento, o espacial. Sair do estado de São Paulo, especificamente, de dentro da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas e ir até o nordeste de Goiás, divisa com Tocantins buscar conhecer novas formas de viver e se produzir saúde reflete algo mais do que uma característica pessoal como pesquisadora, reflete um sistema biomédico saturado que opera na lógica de um corpo objeto<sup>46</sup>

É nesta saturação que envolve outro deslocamento, o deslocamento da lógica, da lógica de um olhar que para se pensar saúde, é preciso conhecer a história, os costumes, a configuração familiar, os hábitos, as contradições, a relação saúde e doença do grupo que contrasta não apenas com a técnica biomédica mas sobretudo com moral biomédica.

Minayo(19) discorre sobre aspectos da grande contribuição da antropologia e sua tradição de compreensão da cultura para se pensar saúde, salientando que os instrumentos trazidos pela antropologia permitem compreender o caráter de abrangência das visões dominantes numa determinada sociedade ou sobre determinado problema, a especificação dos sistemas culturais e elementos microssociais como a família, a vizinhança e grupos etários, elementos condicionantes na visão de mundo como a participação social, político e religiosa, relações que reatualizam as estruturas e suas representações sociais assim como

---

<sup>46</sup> Termo utilizado por Jane Russo no capítulo "Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico" In: Souza e Pitanguy (orgs.) Saúde, Corpo e Sociedade, Editora da UFRJ, 2006

as sutilezas imponderáveis da vida social que podem passar despercebidas nas análises de evidências mas decisivas para todo o grupo, interpretações dos diferentes atores sociais, de acordo com sua posição e seus interesses.

Complementa que ao conceber a cultura para interpretar estruturas sociais e também as relações de saúde e doença, a antropologia demarca um espaçamento radical e que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo mas que possui uma objetividade que tem a espessura da vida e por ela passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário, é também o lócus da interação, conflitos, tradições e mudanças, é onde tudo ganha sentido, ou sentidos, não havendo humano sem significado, assim como, a inexistência de apenas uma explicação para os fenômenos.

O Engenho Il fica a 27km do centro de Cavalcante, apesar da íngreme serra e pequenos riachos que cruzam o trajeto, é possível acessar a comunidade em carros de passeio, a minha ida foi com um ônibus particular que faz o trajeto até a comunidade pelo valor de R\$ 10,00. Minha entrada se deu como turista, me hospedei na casa ao lado dos líderes comunitários, visitei as cachoeiras, almocei nos restaurantes e me alimentava na lanchonete. Essa estrutura foi construída para receber os turistas que visitam as belíssimas cachoeiras do território. A cachoeira Santa Bárbara é considerada uma das mais bonitas do Brasil.

Passava a o fim de tarde conversando, conhecendo os moradores, brincando com as crianças, espantando as galinhas e também, conhecendo os turistas hospedados. Não demorou para que eu recebesse convites para café e até almoço com os moradores.

Ocorreu um fato, fui acometida de uma dor nas costas, devido as caminhadas extensas com mochila pesada. Ao relatar a dor à moradora que me hospedava, ofereceu-me uma tintura de Arnica com Milome. Ainda que eu conheça algumas plantas medicinais, *milome* era novidade, no entanto, ao refletir um pouco mais, associei ao Cipó de Mil Homens e que ao modo de falar do Kalunga, *milome* pode ser entendido como "mil homens". Ela me deu a tintura com um maço de algodão natural e utilizei por três dias passando várias vezes ao dia e obtendo resultado.

Esse cuidado que a moradora estabeleceu comigo foi essencial para desenvolver conversas sobre saúde e assim pude introduzir questões relacionadas ao parto, perguntei a ela desde quando não havia mais parto, ela disse que desde

quando "começou a chegar a saúde, que ai leva para o hospital". Haviam momentos que ela relaxava e contava mais à vontade, outros momentos, recuava, uma certa desconfiança tomava conta, outra fala marcante foi a seguinte: "*As parteiras já ouviram tanta coisa de médico, que pararam, é muita responsabilidade sobre elas*".

Complementa que as parteiras ficaram triste por perderem sua função, relata com muito pesar em sua fala, deixava a entender que havia mais por falar mas não aprofundou. Essa informante especialista trouxe nessas duas frases, informações importantes que servirão posteriormente para a análise e

No Engenho II há uma Unidade Básica de Saúde que antes da implementação do Programa Saúde da Família, a unidade recebia o nome da parteira mais antiga da comunidade, após a implementação, passou a se chamar PSF III. A mesma equipe de Saúde da Família que presta serviços dois dias por semana na Unidade Básica do Engenho é que atende as outras comunidades Kalunga. Aguardei a chegada da equipe de saúde na comunidade, conversei com um de seus membros.

O profissional que me recebeu foi muito solícito e receptivo, me apresentei e apresentei a pesquisa, ao terminar, o profissional questionou se existem parteiras na comunidade. Respondi que sim, mas que não atuam, causando admiração. Discursou sobre a importância de conhecer o saber local mas até que ponto esse discurso transforma efetivamente as práticas de saúde e as relações entre os saberes tradicionais e biomédicos? Esse profissional se colocou à disposição para me auxiliar no que precisasse na pesquisa e relatou alguns aspectos da realidade do local.

Voltei para a cidade de carona na caminhonete da equipe de saúde tendo a oportunidade de saber mais sobre a equipe e dinâmica do sistema de saúde local. Durante minha estadia na comunidade, pude além de realizar os registros no diário de campo, começar a estruturar as entrevistas. Após a vivência com os profissionais foi possível fazer uma primeira versão do instrumento, sendo refinado posteriormente e ainda, adaptado à medida que forem ocorrendo as entrevistas da terceira entrada em campo.

#### **4.6 Etapa 3: Descrição do Campo - "Primeiros fios"**

A terceira entrada em campo ocorreu em maio de 2015, logo após o II Encontro de Pesquisadores Kalunga na Universidade Federal de Goiás, em Goiânia, nesse encontro foram apresentados trabalhos de diversas áreas o que proporcionou a oportunidade de conhecer outros processos e fenômenos sociais que a comunidade vivencia e ter um olhar ampliado para a chegada em campo, evidenciando cada vez mais as fronteiras da modernização.

Primeiro exemplo são as fronteiras do território, considero o campo não apenas a inserção dentro da comunidade rural especificamente, mas considero o campo a cidade de Cavalcante, inserida no território do Sítio Histórico e Patrimônio Kalunga, pois as famílias, geralmente, mantêm além de suas casas nas comunidades rurais, uma casa na cidade alternando a sua permanência de acordo com suas necessidades. A casa na cidade é de uso comum da família e dos "compadres" sendo um espaço mantido coletivamente, essa extensão e deslocamento faz parte da dinâmica atual de vida dos Kalunga.

A terceira entrada em campo teve a duração de quinze dias, sendo dez dias em Cavalcante e 5 dias na comunidade Vão de Almas, sendo a comunidade escolhida para o estudo, como já citado anteriormente, por ainda vivenciar um processo de transição em relação ao parto.

Cada comunidade ou povoado Kalunga tem sua própria identidade influenciado tanto pelas condições geográficas do local quanto pelo histórico de ocupação. O Vão de Almas é o povoado que tem o acesso mais dificultoso devido ao relevo acidentado, serras íngremes e grandes rios tanto do entorno quanto os que cruzam o território sendo esta a mais distante da cidade.

O acesso ao Vão de Almas por meio de automóveis é possível via cidade de Teresina de Goiás embora seu território pertença ao município de Cavalcante. Este trajeto de aproximadamente 70km, sendo 30km por asfalto e 40km por estrada de terra, é realizado em 4 horas pelo transporte local, o conhecido "pau de arara"<sup>47</sup>.

Outros caminho são possíveis de serem realizados através das "cavaleiras" que são estradas estreitas que atravessam as serras e que dão acesso à outros povoados, geralmente esses trajetos são realizados a pé ou à cavalo, justificando a nomenclatura pelos moradores, assim como a estrada de automóveis chama-se "rodagem".

---

<sup>47</sup> Caminhão utilizado para transporte de pessoas que consiste na adequação de bancos de madeira e carroceria coberta com lonas.

O caminho para o Vão de Almas é de uma beleza exuberante, as serras da Chapada dos Veadeiros podem ser vistas em praticamente sua totalidade e todo esse complexo montanhoso que envolve a comunidade faz parte da Reserva Natural Serra do Tombador.

A caminho do Vão de Almas há acesso para outras duas comunidades Ema e Ribeirão dos Bois, estas localizam-se antes da Serra do Pouso do Padre sendo este o término dos visíveis postes que abastecem de energia essas comunidades, encerrando ao pé do morro, a visualização da fiação que não chega ao Vão de Almas.



**Figura 8.** Vista do alto da serra do Pouso do Padre

Estes são elementos que caracterizam e diferenciam a comunidade do Vão de Almas de outras comunidades Kalunga: estradas de terra íngremes e esburacadas cuja manutenção é realizada pelos moradores e motoristas do caminhão, falta de energia elétrica e ausência água encanada.

Há outro fator, que são os rios. Durante o tempo de seca é possível atravessar os rios com automóveis utilitários mas durante o tempo de chuva "nas águas" como os moradores dizem, o transporte é realizado apenas até alguns locais, pontos específicos em que é necessário a utilização de canoas para prosseguir o trajeto, sendo os rios Gameleira e Almas os principais da região.

O transporte "pau de arara" é realizado por dois motoristas Kalunga, um deles é proprietário do caminhão, cobra-se um valor de R\$25,00 por pessoa para realizar o trajeto. Ao entrar em contato com o motorista, combina-se um ponto de encontro no município de Cavalcante e ele passa pelos bairros buscando os passageiros com destino ao Vão de Almas. Geralmente os moradores solicitam o transporte ao menos uma vez por mês para irem até cidade fazer compras.



**Figura 9.** Imagem interna do caminhão que realiza o transporte dos moradores



**Figura 10. Plantação diversificada observa-se na imagem mandioca, mamona e gergelim**

As roças são organizadas pelas famílias, cada família produz o que é possível dentro das condições do ambiente e também da configuração familiar. Os alimentos mais comuns encontrados são arroz, feijão, milho, mandioca, abóbora, gergelim e cana de açúcar. Há variedades de coco na região como o babaçu, macaúba e daiá, em que é possível extrair o óleo utilizado na culinária e na terapêutica.

Na interação com os moradores e conversa dentro do pau de arara, um morador relatou que hoje em dia a subsistência não é mais uma realidade, é preciso complementar a alimentação com produtos comprados. Outra moradora, relata que em sua roça há também jiló, berinjela, quiabo, pimenta e abobrinha para o dia a dia porque ela gosta de plantar e cuidar mas nem todos tem a mesma disposição.

O ponto central do Vão de Almas, é um local chamado "Capela", nesse espaço tido como "espaço sagrado" acontece a mais tradicional festa dos Kalunga: a Romaria de Nossa Senhora da Abadia. Essa festa que ocorre anualmente no mês de agosto, tem como objetivo reunir diversos povoados, as pessoas deslocam-se de muito longe para rever os familiares e amigos, é nessa festa que ocorre a coroação do "Império Kalunga", o giro da Folia de Nossa Senhora da Abadia e as tradicionais danças como a Sussa e a Curraleira.

Há duas escolas de alvenaria no Vão de Almas e outras cinco "de palha" espalhadas pelo território, os professores geralmente são moradores da comunidade que completaram o ensino médio na cidade e retornaram para darem aulas. Após a oferta do curso de ensino superior de Educação no Campo, vários alunos ingressaram na Universidade de Brasília com cotas para quilombola e as escolas Kalunga estão gradativamente inserindo professores de nível superior. No Vão de Almas, atende-se até o ensino fundamental, há alunos que chegam a percorrer 5km de caminhada ou de bicicleta para assistirem as aulas e no tempo em que os rios sobem, a dificuldade das crianças em se locomoverem e chegarem até a escola aumenta, assim como, o caminhão de distribuição de merendas, não raro faltam alimentos para a merenda e assim, os alunos são dispensados.

A equipe de saúde que atende o Vão de Almas é a mesma que atende Engenho II e Vão do Moleque, que são outros povoados Kalunga. A equipe é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. No momento, o médico que assiste a comunidade faz parte do programa do governo "Mais Médicos" e sua nacionalidade é cubana. A equipe de saúde deveria realizar ao menos um atendimento por semana, estabelecendo-se em a cada ida em algum local diferente do extenso território do Vão de Almas, no entanto, no período de março a maio, não houve nenhum atendimento na comunidade, devendo os moradores se deslocarem até a cidade para serem atendidos.



**Figura 11. Capela do Vão de Almas**



**Figura 12. Vista Externa da Escola Santo Antônio**

#### **4.7 Etapa 4 – Finalizando o Campo – “Arremate”**

A Etapa 4 refere-se à última entrada em campo que ocorreu no final de outubro até a primeira semana de novembro com duração de oito dias. Minha estadia na comunidade foi na casa da parteira entrevistada no último campo, nesse estadia, tive a oportunidade de conviver com outra família Kalunga em outra região da comunidade, na primeira estadia permaneci às margens do rio Gameleira e agora, às margens do rio de Almas ou Rio Branco, como chamam os moradores.

O Rio Branco é volumoso mesmo em época de seca, o que proporciona melhores condições aos moradores do entorno. Dona Maria Helena e seu marido me receberam com muita alegria em sua casa, nela, residem além do casal, dois filhos, um genro e quatro netos, totalizando nove moradores. Dormi na rede da sala, a sala é o lugar em que as visitas dormem, praticamente todos os dias há sobrinhos e afilhados que procuram um “pouso” ou porque foram visitar outros parentes, ou trabalhar na roça longe de casa.

Novamente, a vivência com as crianças foi muito intensa, elas requerem muita atenção, perguntam bastante sobre mim e a todo momento me traziam pequi, manga e diversos tipos de coco, elas comiam o dia todo. O peixe é o alimento principal, raramente há carne de vaca e a carne de tatu é de grande apreço.



**Figura 13. Casa Kalunga**



**Figura 14.** Secando o peixe



**Figura 15.** Chegada do tatu no barco

Nessa região, há vizinhos mais próximos uns dos outros, pode-se dizer que se trata da região central do Vão de Almas, tendo como referência a capela, com isso as atividades da lida com a mandioca e o arroz são ações coletivas e as trocas de alimentos são constantes, aumentando a diversidade de insumos para o dia a dia.

Foi possível durante a estadia participar da festa do Dia de Todos os Santos que acontece em 1º de novembro. Há um calendário de festas já indicando as pessoas responsáveis, transfere-se a responsabilidade em oferecer a festa quando é o caso de pagamento de promessas, nesse ano, quem ofereceu a festa foi um casal que o filho caiu de uma ponte e quase amputou a perna, quando o caso é grave, a promessa é feita para “todos os santos” o rapaz conseguiu se recuperar sem sequelas. Oferecer a festa traz prestígio à família.

No dia seguinte da festa, Dona Maria Helena me levou à casa da parteira reconhecida como a mais experiente da comunidade, ela não quis conceder uma entrevista e essa situação será abordada especialmente no capítulo III junto com as entrevistas das parteiras.

Ao retornar à cidade, busquei nas instituições (secretaria de saúde, hospital, unidade básica de saúde) dados quantitativos que pudessem trazer mais objetividade às leituras qualitativas no entanto, poucos dados foram disponibilizados e de forma precária não sendo possível sistematizar de forma que auxiliasse na análise, a subnotificação de eventos e a não alimentação dos sistemas de informação é uma fragilidade da gestão.

Para finalizar a explanação das etapas de campo, retomo de forma sintética aos fundamentos teórico-metodológico “arrematando” e justificando a escolhas dos conceitos utilizados.

O polo teórico da pesquisa foi construído concomitantemente ao pólo epistemológico, a fundamentação teórica teve como ponto de partida o conceito de "Etnicidade" e grupos étnicos, destaca-se a comunidade Kalunga por corresponder aos critérios de identificação como um grupo étnico e que a atenção que devemos dedicar para compreendermos determinado fenômeno social está não apenas nos limites do território e características culturais, mas na sua interação com outros grupos.

Os Kalunga tiveram grande interação com indígenas locais e à medida com que foram se instalando, saíam do seu território para realizar trocas comerciais nas

redondezas, trocavam farinha de mandioca por sal e querosene e a partir da década de 1960 é que as relações de cidadania começaram a se modificar estruturalmente ganhando velocidade e intensidade com os processos globalizantes, principalmente após o ano 2000.

Depois de verificadas tais transformações na primeira ida à campo e ao deparar com a realidade obstétrica do local, a necessidade de trabalhar conceitos sobre "modernidade" fez-se claro e necessário, a modernidade é o ponto crucial para a compreensão de eventos atuais sobre "tradição", sentido simbólico das práticas do grupo e ressignificação.

E nesse processo de ressignificação insere-se o conceito de "intermedicalidade", sendo esta uma zona de contato, relações que se estabelecem em fronteiras a partir da interação de sistemas terapêuticos, relativizando a hegemonia biomédica sobre outros sistemas.

#### **4.8 Análise dos Dados**

Para lidar com os conteúdos da observação participante, Creswell(44) indica a realização de resumos de notas de campo, o que permite uma escolha cuidadosa do material a ser analisado, sendo este o primeiro refinamento de um material extenso e amplo das vivências de campo.

Nas Etapas 1 e 2 os resumos de Diário de Campo permitiram a contextualização dos Kalunga, na Etapa 3 foi possível aprofundar a vivência com a comunidade e trazer aspectos que vão ao encontro dos objetivos do trabalho. A etapa 4 reforça a Etapa 3 que além de reforçar conteúdos encontrados nas etapas anteriores levanta problemáticas diferentes como a recusa das mulheres em conceder entrevistas e a dificuldade de encontrar dados quantitativos nas instituições de saúde.

Foram produzidos sete resumos de diário de campo cujo conteúdo utilizado durante a análise será citado por títulos:

- 1-Conversas de pau de arara e encontro nas trilhas Kalunga
- 2- Conversa de Comadre
- 3- Convivendo com uma família Kalunga
- 4- Café e Prosa
- 5- A casa da parteira
- 6- A festa do dia de todos os Santos

## 7- Em busca dos fatos

As entrevistas em um campo extenso podem se tornar uma das maiores dificuldades para a realização da pesquisa, dessa forma, o número de entrevistados foi definido à medida que vivenciava o campo:

“Sentei ao lado do motorista, fomos conversando, contei a ele do projeto e perguntei se ele sabia onde moravam as parteiras, uma delas é tia dele. Aproveitando a proximidade, perguntei se ele podia me dizer onde, na cidade, ela estaria hospedada e eis a notícia que ela havia retornado para a comunidade. Esse foi o segundo momento de frustração, o primeiro foi de saber que as parteiras estavam na cidade enquanto eu estava na roça, o segundo, foi em saber que essa parteira mais velha e indicada pelos membros da comunidade, já tinha retornado e eu estava voltando para Cavalcante. Eu poderia ter pedido a ele que me deixasse na casa dela, mas não foi possível por dois motivos, um deles foi a informação que recebi de outros pesquisadores de saúde da dificuldade das parteiras em dar entrevistas, tive o receio de não ser atendida, precisar montar a barraca para pernoitar, pois além da entrevista, necessitaria de um lugar para ficar.

Outro motivo foi a questão dos alimentos, em três dias acabaram os alimentos que eu havia levado para pelo menos uma semana, as crianças descobriram a minha sacola e ficou impossível negar a elas as caixinhas de água de coco e outros alimentos práticos para lugares sem energia, como por exemplo, o leite em pó preferido delas. Então, além de entrevistar, pedir pouso deveria também, pedir comida” (Resumo de Diário de Campo - Conversas de Pau de arara e encontros nas trilhas do Kalunga Junho/15).

Foram realizadas o total de 10 entrevistas: 3 mulheres da comunidade, 2 parteiras, 2 médicos e 3 Agentes Comunitários de Saúde. Não é necessário que todas as falas sejam apresentadas, devido a própria dimensão sociocultural das opiniões e representações de um grupo seguirem certa conformidade<sup>48</sup>, após as transcrições, foi possível agrupar quatro categorias de representação denominadas “vozes”:

- **Vozes do Saber:** As vozes do saber referem-se às duas parteiras entrevistadas. A descrição de suas práticas de cuidado serão trabalhadas especificamente no capítulo III.

---

<sup>48</sup> Salienta-se que essa “conformidade” trata-se de uma referência de um primeiro nível de análise, no entanto contradições e incoerências deverão ser apontadas em níveis mais profundos.

- **Vozes das Mulheres:** Essas são as vozes de mulheres que passaram pela experiência do parto hospitalar e vivenciam o transitar dos cuidados tradicionais e biomédicos.
- **Vozes Biomédicas:** Refere-se ao discurso médico, suas práticas e experiências com a comunidade Kalunga.
- **Vozes da Fronteira:** As vozes dos agentes comunitários de saúde se destacam para compreendermos a dinâmica das transformações no tempo e espaço, na comunidade.

De acordo com Gomes(45) as análises e interpretações em pesquisas qualitativas ocorrem em todo o processo, o que reforça o caráter topológico segundo as investigações em ciências sociais teorizadas por Bruyne. Os próprios resumos de diário de campo, ao serem produzidos trazem em si o exercício reflexivo, a construção do entendimento da interpretação ao reviver a experiência através da segunda escrita.

Para Minayo(46) em um trabalho de campo proveitoso, o pesquisador constroi um relato compondo depoimentos pessoais e a visão subjetiva dos *entrevistados* “em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações”(46). E dessa forma se desenvolvem as análises desse estudo, tecendo essa rede de compreensões integrando nos relatos a descrição, a reflexividade da observação participante e as vozes dos entrevistados.

## 5. CAPÍTULO III – MEDICALIZAÇÃO DO PARTO NA COMUNIDADE KALUNGA



“Caminhando no final da tarde com as pernas já cansadas pisando no solo arenoso, mascava coco xodó e carregava pesados sacos de manga, a parteira me contava sobre o último parto que amparou, sendo este, dentro do hospital. Ela “pegou” seu neto pois havia chamado os profissionais e eles não apareceram, ele nasceu empelicado, contou-me que sua tia, parteira antiga, já sabia que seria um menino homem e que se ele tivesse nascido na roça, dentro da bolsa das águas, seria o maior curador desse tempo, mas como nasceu na cidade tem interferência”. (Resumo de Diário de Campo: ‘A casa da parteira’ novembro/2015)”

## **5.1 Processo de naturalização do corpo feminino como objeto da medicina**

O que é o corpo? Mais especificamente, o que é o corpo feminino? Esse corpo tão ameaçador para a estabilidade moral e social regulado por normas de distintas naturezas(14).

Esse corpo condenado ao sofrimento gravídico e multiplicado suas dores do parto<sup>49</sup> como castigo à transgressão. Corpo estigmatizado. Corpo que contém um útero, lugar misterioso, que em várias sociedades antigas fora concebido como criatura animada alocada no corpo feminino e que segundo Shorter apud Vieira(14) era capaz de manifestações sobrenaturais.

O medo do corpo feminino foi atenuado, desmistificado e desvendado pelas verdades trazidas, no século XIX, com o advento da fisiologia. Para Canguilhem (2010) a fisiologia teria como papel fundamental determinar o conteúdo das normas nas quais a vida consegue se estabilizar e não simplesmente definir normas rígidas daquilo que é normal ou patológico, essa fronteira deve ser avaliada pelo indivíduo em sua condição.

Além disso, buscava compreender, se é a medicina que converte e também, como converte, os conceitos puros da fisiologia em ideais biológicos e como os torna norma absoluta da prática médica(47).

Quanto mais se conhecem os elementos biológicos, mais se consolida a medicalização e o controle desse corpo e seus fenômenos determinados pelas normas sociais pautadas pelo modelo médico(14).

A rigidez das normas médicas traduz a necessidade intensa de ordenar e organizar a medicalização do corpo feminino. No século XIX, é através do discurso médico sobre a sexualidade e a

---

<sup>49</sup> Excerto bíblico contido na "Gênese" 3:16 – Versão da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

reprodução que se coloca esse corpo como campo subordinado ao controle médico(14).

Dessa forma, o processo natural, íntimo e familiar do nascer, foi transformado progressivamente na história da obstetrícia em um procedimento médico altamente técnico, carregado de fetiches<sup>50</sup> tecnológicos em que a mulher é expropriada de seu processo de parturição(47,14).

A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia(14).

*Artes Obstétricas* era o nome dado à cátedra de obstetrícia nas primeiras faculdades de medicina europeia, o partejar era de domínio das parteiras e o médico era solicitado apenas em caso de distócias(14),essa divisão é considerada por Maia (48) como a primeira divisão do trabalho na obstetrícia.

À medida que a medicina e a ciência avançavam e agregavam cada vez mais instrumentos<sup>51</sup> e práticas intervencionistas<sup>52</sup> rumo à hospitalização, as parteiras eram marginalizadas e associadas à sujeira pelo discurso higienista do século XIX.

E assim se reproduz na obstetrícia essa relação de definição do que é normal e patológico<sup>53</sup>, para sustentar a medicalização, promover a “doencificação” e gerar mais dependência para o consumo de insumos e serviços médicos.

Claude Bernard apud Canguilhem(47) salientou que a norma, não se deduz da experiência obtida da fisiologia, mas sim pelo próprio fisiologista que, por meio de sua escolha, introduz a norma na experiência de fisiologia.

---

<sup>50</sup> Fetichismo surge da relação entre mercadoria e o valor de atribuído ao produto do trabalho que não estabelece necessariamente relação com sua natureza física. São fantasias projetadas em cima da mercadoria trazidas pelas relações sociais conforme utilidade do objeto.

<sup>51</sup> Fórceps, pelvímetro, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos (Instrumento usado na embriotomia, a prática da retirada do embrião com perfuração do crânio para facilitar a extração).

<sup>52</sup> Parteiras eram controladas pelos médicos e proibidas de utilizarem seus instrumentos, por outro lado, muitos médicos detinham os instrumentos e não detinham conhecimentos práticos(14).

<sup>53</sup> “O Normal e Patológico”, título do livro de Georges Canguilhem (47) que discorre sobre a linha tênue de atribuição da medicina ao que é normal e o que é patológico

Como por exemplo, a história registra que o primeiro parto em que a mulher se deitou foi o de Madame de Montespan, amante do Rei Luís XIV que pariu em um posição adequada para que ele pudesse assistir ao nascimento do seu filho(49).

A partir desse evento, foi estabelecido na prática obstétrica do século XVIII que deitar é o mais adequado para as mulheres distintas parirem, em detrimento à posição verticalizada que se tem registro desde 5000 a.C.(49).

Portanto, o interesse particular de uma classe específica, influenciou a obstetrícia dali em diante que por sua vez precisou desenvolver artifícios para sustentar uma convenção que foi além dos fenômenos biológicos. Essa influência exercida da sociedade sobre a prática médica, se define, de acordo com Canguilhem (47) como *norma social*.

Na Europa Ocidental havia uma antiga tradição de mulheres sábias que eram as parteiras, curandeiras e herboristas, o Estado e a Igreja a fim de monopolizar o saber acerca da cura das doenças e legitimar o saber médico com a construção de universidades no período renascentista, extinguíram-nas e as retiraram da “prática médica”(14).

Contudo, a mesma parteira estigmatizada pelo saber médico é valorizada e reconhecida dentro da comunidade que habita e desenvolve suas funções de maneira “artesanal” promovendo um cuidado integral e horizontal com os membros da comunidade, sendo uma “ameaça” às normas científicas.

Pode-se relacionar e conceber os mesmos atributos que Bolstanski(50) dá ao *Curandeiro*<sup>54</sup>, esse “concorrente ilegal e clandestino”, às parteiras:

De maneira mais geral, ao que, aos olhos das classes populares, confere ao curandeiro o essencial de seu valor é que mesmo sendo um especialista qualificado para identificar e curar a doença, ele é ainda assim um membro das classes populares, de cujo modo de vida e pensamento ele participa. E de fato, contrariamente ao médico, o curandeiro pertence à mesma classe que o doente, na maior parte do tempo exerce como ele uma profissão manual, frequenta o mesmo meio social, e é frequentemente recrutado dentro da família ou no círculo de relações(50).

Essa assistência integral e o grau de envolvimento com os processos subjetivos que a parteira oferece a família e aos membros de sua comunidade é

---

<sup>54</sup>As classes sociais e o Corpo – Parte I - Relação médico doente. 5. O curandeiro(50).

inconcebível ao modelo cartesiano de assistência médica obstétrica, construído no iluminismo, que concebe o corpo como máquina e o médico seu mecânico que conserta(48).

Segundo Martin apud Maia(48), na percepção do corpo como máquina, o objeto principal de atenção do obstetra passa a ser o útero e seu produto em detrimento à mulher como um todo, assim o parto se resume ao trabalho mecânico de contrações involuntárias do útero. Esse produto é incorporado a uma assistência que tem um modelo de produção fabril no qual mulher e o corpo gravídico foi submetida(48).

A fragmentação do processo produtivo descrito por Marx encontra-se também na estrutura do processo de trabalho do médico/instituição dentro do modo de produção Taylorista, ou seja, o processo de trabalho manual da parteira integrado de forma *sistêmica* é trabalho não alienado, em contraste ao parto hospitalizado executado pelo obstetra, este que é mais um componente de uma produção *sistematizada*, que realiza seu trabalho de forma alienada como uma linha de montagem:

[...] primeiro no leito de admissão; depois no de pré-parto, fora do centro cirúrgico, até o fim do período de dilatação; para durante a delicada fase chamada de transição [fim da dilatação] a mulher ser rebocada para a sala de parto, no centro cirúrgico; depois do qual para uma maca num corredor ou uma sala de recuperação/pós operatório; em seguida para o leito de puerpério.(14)<sup>55</sup>

Esse trecho retrata a mulher grávida dentro da instituição transferida a vários setores para cada intervenção diferente. Semelhante às fábricas e as esteiras que dão o ritmo à produção, está a maca circulante nos corredores dos hospitais com a mercadoria humana, que não tem voz nem vontade(51).

A parteira depende de sua força emocional, intelectual, criativa e espiritual para desenvolver seu ofício, é inserida em um contexto de trocas mútuas, fortalecimento de vínculos afetivos e comunitários, estão sujeitas às dificuldades relativas de seu próprio modo de vida e condições da classe.

Devido à distância de uma casa a outra no território Kalunga, as parteiras

---

<sup>55</sup>Diniz apud Vieira(14)

permaneciam longos períodos na casa da parturiente, chegava com antecedência para evitar que não desse tempo de chegar e retornava à sua casa, depois de alguns dias após o parto pois também auxiliava a mulher e a criança recém nascida, o pagamento ou “agrado” era com cortes de carnes, galinhas, utensílios úteis ao dia a dia ou até mesmo, algum tipo de serviço de roçado ou na casa, que o marido podia realizar.

No entanto, dentro da lógica moderna capitalista, “*cada homem especula sobre como criar uma nova necessidade em outro homem a fim de forçá-lo a um novo sacrifício, colocá-lo em uma nova dependência, e incitá-lo a um novo tipo de prazer*”(51), esse conceito altamente aplicado às ciências médicas de criação de necessidades e dependência vem desde as “Teses Inaugurais” da medicina:

José Belizario de Lemos Cordeiro (1876) em sua tese inaugural sobre o uso de anestésicos durante o parto normal, afirma que a urbanização e progresso, que ele denomina civilização, criam pra as mulheres ricas o hábito do luxo, do bem-estar, da cultura, da inteligência, aperfeiçoando-lhes a sensibilidade e propiciando maior disposição à dor: “A mulher civilizada, por essas mesmas condições de vida que passa, afastando-se de sua natureza, afasta também a função do parto do seu curso natural(14).

Esse discurso ilustra o direcionamento das intervenções médicas de acordo com o estrato social, o recurso da anestesia está disponível para aqueles que podiam pagar os honorários e o projeto médico disciplinador dos corpos criavam padrões de normalidade científica para a questão da “natureza feminina” fortalecendo o mito da fragilidade não aplicado às mulheres da classe trabalhadora cuja carga horária de trabalho era de quatorze horas(14).

Boltanski(50) evidenciou em sua pesquisa, dentro das diferentes classes sociais e gêneros uma disposição maior de consumos médicos por mulheres de classe alta, na qual a relação de força em oposição à sensibilidade constrói, dentro do *habitus* corporal desse grupo uma imagem da fragilidade da mulher.

Maia(48) reforça a idéia de que as representações do parto são estruturadas pelos sujeitos de acordo com a classe social de quem utiliza os serviços, relacionando o parto a um ato “instintivo” para as mulheres das classes populares e mais relacionada a um ato “cultural” para as mulheres das classes elevadas em que

a cesárea é a marca do seu status social, demonstrando ainda hoje que conceitos instaurados pela medicina desde as “Teses Inaugurais” estão incrustados na formação médica contemporânea.

E dentro dessa lógica, com as primeiras intervenções em saúde na comunidade Kalunga, junto com a saúde, chega também a idéia do progresso e da civilização, estabelecem-se parâmetros cristalizados sobre população “atrasada” e a adesão aos sistemas ditos “civilizados” acontece de forma gradativa.

Segundo Tornquist(52) No início do século XIX no apogeu higienista, ao selar a aliança entre estado e medicina é que surge a associação entre parteira e sujeira, conseqüentemente, relacionadas também ao risco. Esse estigma continua recaindo sobre as parteiras tradicionais, estabelecendo divisões simbólicas entre grupos populares e rurais e entre camadas médias das elites urbanas.

Com isso a comunidade Kalunga é submetida ao gradativo “obedecer às ordenações” das relações espaço/tempo pós modernas trazidas por outros ausentes nas descontinuidades<sup>56</sup>, favorecendo com que a chegada da ciência ortodoxa via sistema biomédico de saúde na comunidade traga uma oferta.

Essa oferta provoca o deslocamento da referência de cuidado alterando as relações de “confiança” estabelecidas na comunidade ao que se refere às práticas de cuidado das parteiras, toca-se nas entranhas da relação de saúde/doença e no enfrentamento da morte, pois no momento do parto toda a dimensão da vida passa de alguma forma pela morte e o “perigo” é iminente.

O risco implica em perigo sendo o antídoto do perigo, a segurança, ou seja, são estabelecidas novas relações de confiança através da “segurança” ofertada pelos “sistemas peritos” em que a promessa da manutenção da estabilidade da vida se apresenta de forma a garantir a vida.

A partir do momento em que a figura da parteira é associada à risco e tensionada a relação de confiança dentre os membros da comunidade, abre-se um espaço de disputa entre os saberes e a hegemonia biomédica impõe-se de modo a invisibilizar os que estão “do outro lado”, impedindo a “co-presença”:

O pensamento moderno ocidental é um pensamento abissal. Consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que estas últimas fundamentam as primeiras. As distinções invisíveis são

---

<sup>56</sup> Retomando à ideia de Giddens(29) explicitada no capítulo II sobre as descontinuidades.

estabelecidas por meio de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos :o 'deste lado da linha' e o 'do outro lado da linha'. A divisão é tal que 'o outro lado da linha' desaparece como realidade, torna-se inexistente e é mesmo produzido como inexistente. Inexistência significa não existir sob qualquer modo de ser relevante ou compreensível. Tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção de inclusão considera como o 'outro'. A característica fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da co-presença dos dois lados da linha. O universo 'deste lado da linha' só prevalece na medida em que esgota o campo da realidade relevante: para além da linha há apenas inexistência, invisibilidade e ausência não-dialética(53).

Essa co-presença se sustenta dentro dos conceitos de intermedicalidade, em que a constante troca, aceitação e também resistência, são movimentos essenciais para o estabelecimento das fronteiras, possibilitando a visualização através do espaço e do tempo, das transformações ocorridas em meio a modernidade, confiança, risco e segurança.

Giddens(29) apresenta a definição de "confiança" contida no dicionário *Oxford English*, sendo esta, uma crença ou crédito em alguma qualidade ou atributo de uma pessoa ou coisa, como também a verdade de uma afirmação com o teor de "fé". Explicita que essa fé contém um elemento pragmático baseado na experiência de que tais sistemas tem um funcionamento pré determinado e são essas forças reguladoras que "protegem" aos que aderem ao sistema perito.

E assim, gradativamente, a noção de ser "bem cuidada", para os agentes comunitários de saúde Kalunga, passa a ser sinônimo de estar no hospital não importando de qual forma esse cuidado é oferecido, a crença agora é no valor simbólico atribuído à esse lugar e a fé de que a parturiente estará ausente do perigo.

Entende-se por sistemas peritos: "[...] *sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje*"(29).O hospital é um grande exemplo de sistema perito, o leigo não conhece os códigos de conhecimento utilizados pelos técnicos, no

entanto, confia-se na competência e a autenticidade do conhecimento ali exercido, não estando ao alcance do leigo questionar sua autoridade.

Illich(54) afirma que “O dispendioso ritual da medicina alimenta o mito de sua eficácia. Qualquer ataque à instituição médica suscita angústia”. O autor discorre sobre o mito da eficácia na medicina levantando os riscos aos quais são submetidos os pacientes dentro desse sistema, ou seja, a “oferta” para sanar um determinado tipo de risco impõe-se a outros que são invisibilizados e facilmente justificados pela própria técnica, chegando facilmente ao nível de violência, sobretudo na obstetrícia.

Dessa forma, serão evidenciadas no próximo tópico esses “outros riscos” aos quais as mulheres Kalungas são submetidas para terem seus partos no ambiente hospitalar.

## **5.2 Violências institucionais, sociais e obstétricas.**

As mulheres Kalunga, na hora do parto auxiliavam as parturientes a extravasar suas dores coletivamente, tradicionalmente, quatro mulheres conduziam o partejo, parteira do "buraco", que tem a função de amparar o bebê e a única a ver a genitália feminina, a do "suspiro", que é quem que segura a mulher e realiza massagem, a da "banda", providencia o material necessário (água quente, chás , banhos e prepara os caldos) e também a do "consolo" que encoraja e acalma a gestante em períodos avançados do trabalho de parto(24).

Motivada por encontrar esse sistema de parturição descrito acima, motivada pela busca de modelos de gestar e parir que divergem do biomédico, e por uma expectativa de encontrar um sistema de parturição que respeita a fisiologia e as representações simbólicas da mulher, encontro algo muito distante, me deparo com um triste relato de violência obstétrica vivenciada dentro do hospital:

*Quando a gente ta com dor eles faz é amarrar a gente assim, disse que já morreu três minino, a muié fica em pé na hora da dor, o menino nasce de cabeça pra baixo e cai no chão, racha a cabeça. (Mulher 1)*

São inúmeras as violências que sofrem as mulheres Kalunga a começar pela violência do preconceito por ser mulher, negra e moradora da zona rural, com esses

três elementos separados pode-se abrir um leque de discussões sobre gênero, raça/cor e classe social, no entanto a representação aqui abordada será a mulher, negra, quilombola, moradora da zona rural e gestante.

Até pouco tempo atrás, era possível encontrar na comunidade uma configuração de partejo próxima a descrita acima, a parteira entrevistada reconhece esse sistema e relata em arquivo audiovisual essa divisão de funções no momento do parto, a seguir, apresento a realidade vivenciada atualmente pelas mulheres Kalunga do Vão de Almas para realização de pré-natal e parto, iniciando pelo trajeto.

### **5.2.1 O deslocamento**

Quando a mulher Kalunga se descobre grávida ou desconfia da gravidez a partir da percepção de seus sintomas, seu primeiro contato com o serviço de saúde é através do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que agendará a consulta na unidade de saúde da cidade de Cavalcante, se confirmada a gravidez, o ACS deverá avisar a mulher previamente para que não se perca as consultas seguintes.

O transporte de pau de arara não tem dia certo para transitar, há temporadas que faz a viagem todos os dias, outras temporadas em dias alternados e as vezes pode de ficar até três dias sem passar, por isso a gestante necessita ir com antecedência para a consulta e permanecer na cidade.

As condições de viagem exigem muito, permanecer de quatro a cinco horas em uma estrada perigosa, em um transporte que além de balançar intensamente, há trechos em que os passageiros devem descer do veículo e caminhar pela estrada repleta de buracos e abismos. O tombar do caminhão pode ser fatal mesmo estando dentro da cabine e não na extensão de lona com bancos duros de madeira.

O valor do transporte é de R\$50,00 ida e volta se ela for sozinha, supondo que um casal faça esse trajeto, serão R\$ 100,00 despendidos para a realização de uma consulta de pré-natal de uma mulher cuja família recebe o benefício de R\$200,00 mensais (per capita) de Bolsa Família. Mas não se gasta apenas com transporte, há um custo de permanência na cidade, supondo que esse casal

permaneça na casa de uma família, ou da própria família, deverá arcar também com custos de alimentação.

Na cidade de Cavalcante, não há ginecologista nem obstetra no momento, a consulta de pré-natal é realizada pelo médico de família, muitas vezes não há médicos na unidade e a gestante volta para o Vão de Almas sem a realização da consulta. É encaminhada novamente para o mês seguinte, correndo o risco de acontecer novamente a ausência de médico. Outra situação que pode ocorrer é a remarcação da consulta para o dia seguinte ou mesmo para a mesma semana, em todos os casos há um prejuízo além do financeiro pois muitas vezes, as mulheres deixam seus outros filhos na comunidade com parentes para que ela possa se deslocar.

*Já vi caso de gestante que chega aqui, de repente, não consegue fazer o pré- natal no dia, porque a enfermeira viajou, num tem enfermeira, num tem enfermeira de plantão. Se ela foi hoje e não aconteceu o pré- natal, fala: “volta amanhã” ela não vai voltar, já marcou<sup>57</sup> pra voltar embora amanhã, ela não vai querer esperar, “você volta amanhã as 8 horas” o carro sai daqui as 7 horas. E ela não vai, e é desse jeito, agora ta mais fácil que tem o carro. (ACS 1)*

Não há na cidade aparelho de ultrassonografia (US) apenas o sonar<sup>58</sup>, devendo a gestante ser encaminhada à cidade de referência mais próxima, Campos Belos - GO, que fica a 138 km de distância. Para realizar o US a gestante deve agendar no serviço social ou na secretaria de política para mulheres, tanto a consulta quanto o transporte, ou seja, além de marcar a consulta deverá contar com o dia que o transporte da prefeitura estará disponível, caso contrário, deverá arcar com a despesa de transporte público até Campos Belos.

Há outro fator, os horários de ônibus são escassos, correndo o risco da gestante não ter como retornar e precisar pernoitar em Campos Belos, esse pernoite ocorre, infelizmente, nos bancos da rodoviária

Um ACS relatou que sua mulher realizou o US em clínica particular em Cavalcante, sendo possível realizá-lo pagando a quantia de R\$180,00. Algumas famílias têm condições de arcar com essas despesas, no entanto, apresento a

---

<sup>57</sup> Refere-se à reserva do transporte (pau de arara) para retornar.

<sup>58</sup> Aparelho para ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

situação que enfrenta uma família de lavradores que dependem exclusivamente da rede pública de serviços e do pau de arara.

Quando não se consegue a realização de exames pela referência de Campos Belos, a gestante é transferida para Brasília-DF (320 km de distância) ou até mesmo Goiânia (580 km de distância). Segue o trecho da entrevista do ACS 1 que relata os custos e o deslocamento quando necessário:

*Negócio é o seguinte, tem uma coisas pro pré-natal aqui, as vezes precisa de uma radiografia, alguma coisa e que aqui não faz. Quando é talvez um caso que precisa, pode mandar para Campos Belos, mas quando não tem... faz particular. Ultrassom é lá, e parto, aqui não faz, tem que ir pra lá e tem que ir por bolso. Até pra Goiânia que não se ta gestante, às vezes tem um problema de apareia, ou de utero, alguma coisa a secretaria consegue marcar em Goiânia, mas talvez não dá no dia, é assim, no dia que o carro da mundial vai eles manda, tem o carro manda, e quando não tem, o cara tem que se virar, daqui pra Goiânia se não tiver subido, vai com acompanhante pra ir e voltar é R\$ 440,00 fora a despesa. (ACS 1)*

### **5.2.2 A Relação Pré-Natal e Salário Maternidade**

É direito de toda mulher gestante, o salário maternidade, no caso, o salário maternidade rural. Para que a gestante receba esse benefício, é preciso apresentar o Cartão de Gestante<sup>59</sup> com no mínimo seis consultas de pré-natal além dos documentos requeridos pela previdência social.

O salário-maternidade<sup>60</sup> é um benefício oferecido às trabalhadoras rurais, mediante comprovação da atividade de “lavradora”, em caso de parto e aborto espontâneo, estende-se também ao adotante nos casos de adoção ou guarda judicial.

*Primeira parte, é difícil começar pré-natal no primeiro trimestre, que sempre começa o pré natal quando tá quase pulando a criança na barriga. As veiz a mulher, vamo supor, as veiz, ela passa ai um mês, dois sem menstruação, mas custa muito chegar esse tempo de acolher pra saber, no momento que a gente sabe ou então se elas conta algum sintoma pra gente a gente vai e encaminha pra secretaria pra fazer um exame, um*

<sup>59</sup> Cartão de controle de pra natal emitido pela unidade de saúde

<sup>60</sup> Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/salario-maternidade/>

*teste de gravidez quando é aprovado Vai acompanhar os Cartão e orientar o pré natal, ver como ta a vacina dela, pré natal, ver como ta a marcação das consulta que não pode falhar, até hoje essas mulher tem um programa de maternidade, eu falo pra muié, principalmente porque é difícil a mulher fazer nove consulta, mas se ela começa no segundo ou no terceiro, ela fica com nada, nada seis consultas pré natal pra ter direito na 'maternidade' (ACS 1).*

A fala do ACS na última linha, "[...] pra ter direito na maternidade" refere-se ao salário maternidade, segundo ele, muitas mulheres engravidam somente para receber esse benefício no valor de aproximadamente três mil reais recebidos após o parto.

Essas interrelações inserem-se em que Deleuze *apud* Costa(55) define como sociedade de controle em que através da interpenetração dos espaços e ausência de limites definidos por uma rede em que os indivíduos são inseridos, instaura-se um tempo contínuo no qual os indivíduos estariam sempre enredados numa espécie de formação permanente, de dívida impagável, sendo essas relações uma espécie de modulação constante e universal que atravessa e regula as malhas do tecido social.

### **5.2.3 O momento do parto**

O momento do parto é de grande tensão para as famílias Kalunga é um momento de grande incerteza, o último parto realizado na comunidade foi em dezembro de 2014, foi solicitada uma ambulância para buscar a gestante que havia iniciado o trabalho de parto, mas o carro não chegou a tempo, chegou após o nascimento da criança e o parto foi conduzido por duas parteiras.

No hospital de Cavalcante há uma sala de parto que está desativada por falta de recursos e de obstetra, as gestantes que dão entrada no hospital em trabalho de parto inicial são transferidas para Campos Belos ou até mesmo, Brasília.

As mulheres Kalunga perceberam que ao darem entrada em período avançado de trabalho de parto no hospital de Cavalcante, o parto é realizado ali mesmo<sup>61</sup> sem a necessidade de transferência, no entanto, foi relatado por informantes que não raro as crianças nascem dentro dos transportes, dessa forma, para evitar mais um deslocamento e evitar o risco de seus bebês nascerem no

---

<sup>61</sup> Há um protocolo emergência obstétrica que impede a transferência de parturientes que dão entrada com mais de cinco centímetros de dilatação.

trajeto, as mulheres desenvolveram uma conduta de resistência e repassam essa orientação entre elas, de "chegar parindo" no hospital de Cavalcante, para não precisarem viajar.

Duas das mulheres entrevistadas relataram que a mulher permanece sozinha em trabalho de parto no hospital e que não é permitida a entrada de outra pessoa no quarto.

*[...]Lá no hospital joga ocê lá, e se chega lá dá o toque: 'minino num ta na hora de nascer não' ai joga ocê lá pra dentro do quarto sozinha, dor vem, num tem ninguém qui oce iscora, e lá não<sup>62</sup>, tem uma muié com dor, ocê ta aqui ela ta aqui agarrada no cê ó, segura. (Dona Maria Helena, parteira)*

O parto domiciliar Kalunga é repleto de cuidados, as mulheres oferecem suporte físico e afetivo para a parturiente, a fala da parteira demonstra o estranhamento com a prática hospitalar e a falta atenção dos profissionais.

Segundo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013) caracteriza-se violência obstétrica (no parto) qualquer ato ou procedimento que incidam sobre o corpo da mulher que não seja por ela consentido e que cause dor ou dano físico, como por exemplo, exames de toque sucessivos, soro com ocitocina para acelerar trabalho de parto por conveniência médica, episiotomia e imobilizações (braços e pernas), assim como toda ação verbal ou comportamental sofrida pela equipe de saúde ou funcionários que cause na parturiente sentimentos de inferioridade, medo, acuação, perda da integridade, dignidade e prestígio

A gestante Kalunga relatou que em seu parto anterior ela deu entrada no hospital em trabalho de parto, foi colocada no quarto sem acompanhante e não era permitido deambular<sup>63</sup>, assim, amarraram-na com uma borracha na cabeceira da maca, um braço para cada lado, com infusão intravenosa de ocitocina para acelerar as contrações.

A Lei Nº 12.895 de 18 de dezembro de 2013 assegura que toda parturiente tem direito a um acompanhante em seu trabalho de parto, assim como, no estabelecimento deve estar visíveis informativos sobre esse direito.

---

<sup>62</sup> Na zona rural, comunidade.

<sup>63</sup> Termo técnico hospitalar para se referir à locomoção do paciente.

No momento da descida da criança, o cóccix se movimenta afim de que o crânio do bebê se encaixe dentre os ossos pélvicos, o corpo grávido pede movimento, mas está deitado e submetido às dores mais intensas, pois esse corpo em posição horizontal realiza uma resistência contrária à contração, contrária às forças gravitacionais.

Sozinha e com dores intensas, a gestante chamou a enfermeira, que ao realizar o exame de toque, disse que não estava na hora ainda de nascer, a gestante salientou que quando solicita a atenção dos profissionais de forma desesperada e aos gritos, é agredida verbalmente, chamada de “frouxa” e outros adjetivos que ferem sua dignidade, se pede atenção a equipe, mas não está com fisionomia demonstrando dor, então é deixada novamente sozinha por serem que se não está com fisionomia de sofrimento, “cara limpa” como ela diz, não está na hora do bebê nascer.

Poucos minutos após o exame de toque, ganhou seu bebê, sozinha, restrita ao leito: *“Eles só vem na hora que a gente gritou que já ganhou”*. A presença do médico não foi relatada, apenas a presença da enfermeira.

Apesar de viver uma situação de extrema violência obstétrica, relatou que em seu pós-parto que as enfermeiras trataram-na muito bem, oferecendo suporte na amamentação, auxiliando quando o bebê chorava e também relatou que o bebê permaneceu com ela a todo o momento. A maior objeção foi com a alimentação oferecida pelo hospital, pois o resguardo da mulher Kalunga grande parte é realizado com restrição de alimentos.

O resguardo é a prática de autoatenção mais preservada pelas mulheres, o resguardo refere-se ao período de quarenta dias após o parto, elas aderem à prescrição médica, mas quando retornam à comunidade retomam as práticas de saúde aprendida na comunidade, se medicam com plantas, tomam garrafadas e fazem a dieta do resguardo.

O resguardo influencia a saúde da mulher como um todo, quebrar o resguardo pode gerar tumores e perturbações, pois as “idéias da mulher ficam abertas” nesse período, até determinados cheiros podem “perturbar”, salienta que a mulher que quebra o resguardo pode não sentir os efeitos atualmente, mas sentirá quando for idosa. Demonstrando uma concepção cíclica de que as ações de agora, influenciam o seu futuro e que o resguardo é um cuidado para a vida toda.

Na atual conjuntura, a prática das parteiras e a autoatenção dos cuidados de parturição sofreu um deslocamento trazido pelas ofertas dos sistemas peritos, não apenas médico mas judiciário e governamental, no entanto esse mesmo sistema não está assegurando os direitos mínimos dentro de diretrizes seguras para o parto normal. Tampouco o respeito às tradições de parto Kalunga ainda que hajam manuais técnicos voltados para a saúde de povos tradicionais.

### 5.3 O partejar Kalunga – Vozes do Saber



**Figura 16.** Dona Maria Helena, Parteira do Vão de Almas

Onde está o parto da mulher Kalunga? Será que apenas na memória de algumas mulheres? O quão viva se tornam essas memórias quando relatadas?

Para iniciar qualquer conversa sobre parto com os moradores, é preciso dizer que se quer saber sobre “pegação de menino”, parteira ou parteiro é qualquer pessoa que já “pegou” menino. “Menino” refere-se à criança distinguindo entre “menino-homem” e “menino-mulher”.

A prática do parto é majoritariamente feminina mas há relatos de homens parteiros que ajudam a segurar a mulher no parto, estes são rezadores e os curandeiros, homens conhecedores de ervas e benzimentos.

É evidente que cada mulher, parteira, desenvolve sua maneira de partejar. Dona Amância relata não saber rezar, diferente da Dona Maria Helena que discorre sobre sua prática envolvendo rezas, benzimentos e simpatias.

Início esse tópico trazendo as práticas de partejo por Dona Maria Helena, sua hospitalidade tanto em conceder entrevista quanto em hospedar-me na sua casa no Vão de Almas, permitiu recolher e trazer mais conteúdos de uma mesma fonte devido ao maior tempo de convívio com a mesma.

Em seguida, trago o relato de Dona Amância e com essas duas falas, é possível construir relações de pontos em comum, sendo essa constância das mesmas práticas em diferentes contextos é que se pode pensar sistematicamente em uma coluna fundamental da parturição Kalunga e a partir dela, investigar a peculiaridade da origem de cada técnica em estudos futuros.

Dona Maria Helena me explica com muita dedicação, enérgica e com uma fala ligeira, se expressa com intensidade, seus olhos me fitavam profundamente e através do seu olhar e gestos, as palavras se soltavam demonstrando a segurança da sua prática.

Ela me recebeu em sua casa na cidade, uma casa de tijolos sem reboco, um quarto, sala e cozinha, no momento, estavam hospedados na casa oito pessoas entre cunhada, filha, netos e outros parentes, dormiam em local comum com colchões sobrepostos ao chão de terra. Sentamos fora de casa, na tábua escorada por tijolos, era fim de tarde, o café é sempre oferecido e servido à vontade. Ali iniciamos nossa entrevista, gostava de apresentar o seu saber, gostava de ter alguém para lhe ouvir. (Resumo de diário de campo – Casa da Parteira, novembro/2015)

Desde menina demonstrava curiosidade em assistir trabalhos de parto, aos doze anos acompanhou o primeiro parto e desde então não parou mais, sua avó Cassiana era parteira e gradativamente foi inserindo a neta como acompanhante e ensinando-lhes os cuidados com as mulheres e bebês. Recorda que em meados de 1985 haviam muitas parteiras e os partos eram repletos de mulheres que auxiliavam de várias maneiras, sorria ao recordar que trabalho de parto na presença de várias mulheres é bom, pois todas ajudam, enquanto uma está fazendo comida, outra realizando massagem, e assim cada uma buscando a cooperação no que estiver ao alcance.

Os cuidados iniciam na gestação, se intensificam no período que se inicia o trabalho de parto e se completa no resguardo, ciclo que se encerra até mesmo um ano após o nascimento da criança.

*Tem cuidado durante a gestação, o cuidado da gestação é vestir roupa comprida pra tampar a barriga, tampar as pernas pra não ta tomando friagem, fazer saia de cóis, cordão pra marrar aqui pra fazer cintura pra criar menino embaixo, pra não criar menino na boca do estômago, pa num te trabalho na hora de nascer... isso é os cuidado, não deixar arriba peso, num deixa... ter cuidado pra caminhar e nao escorregar, pa num cai, pa num machuca. (Dona Maria Helena, parteira)*

Apesar da ênfase de que a barriga não deve ser exposta, no mesmo contexto de entrevista, estava sua filha vestindo bermuda curta e um “top” exibindo tranquilamente a barriga gestante. Ela aponta para a filha e lamenta: “*hoje ta tudo assim*”.

Salienta que o uso de calças de cóis baixo prejudica na hora do parto, pois o bebê fica sem espaço para descer e a mulher fica sem “passagem”, faz-se uma saia de cóis com um cordão acima do fundo do útero, que é para o bebê ter espaço para crescer. A parteira se levanta, demonstra com as mãos onde deve ser colocado o cordão, na parte superior do abdome abaixo dos seios, além disso, as mulheres não utilizavam qualquer tipo roupas íntimas para evitar apertar o corpo e não atrapalhar o crescimento do bebê.

Devido à extensão do território, as parteiras iam para a casa das mulheres gestante com antecedência, o que permitia uma grande aproximação da parteira com as famílias, também auxiliavam no serviço doméstico dedicando-se integralmente.

*Antigamente era assim quando tinha muié gestante, acontece que quando já era o último mês dela ganha, o pai da criança apanhava a parteira, um mês, levava pra casa da gestante, já ficava lá, quando a muié dava dor, a parteira já tava lá, hoje não, já busca a parteira na hora que a muiá ja ta com dor, por isso tem muito de que quando chega, a muié ja ganhou. (Dona Maria Helena, Parteira)*

A ocorrência de pequenos sangramentos são eventos tidos como naturais, exigem repouso e ingestão de sumo de algodão até o reestabelecimento da condição, se não for possível tratar na roça, leva para a cidade e assim definem como gestação de risco, sendo este um parto que não acontecerá na roça.

A mulher que apresenta os primeiros sinais de que está em trabalho de parto começa a ser estimulada:

*A sequência lá é assim, quando nós ta com a muié gestante, lá a gente ta vendo que vai ganhar mas ta com a dorzinha fria né, ai nós coloca essa muié de cócora, pra te força, coloca uma corda e põe pra ela segurar nessa força e ainnnnn, descer pra ter força! Outra hora a muié ta ai com dor ai a gente coloca uma bruaca no meio da casa e canta: "E a cana tá madura tá de fazer rapadura, e cana ta de vez ta de moer outra vez, a cana ta inchada ta de fazer cachaçada e a cana ta madura ta moer outra vez." E pega essa muié e da imbigada nela! E da imbigada nela! Pra esquentar a dor ter que movimentar, vamo andar e anda e anda e roda muié e pega essa muié e dança, é ruim mais é bom. Ai tem os binzimento de zóio, binzimento de queimadura e ai tudo tem. Os banho é casca de baru, jatobá, caju, maejericão, mentraz, lagramina, quina... isso tudo pra ir mais rápido, acelerar, pra aumentar a dor é bom folha de pequi com folha bruta. Ai eu vou te dizer proce, e ai canta: "Você diz que vai, vai, eu também queria ir, você diz que não vai mais e eu também já risuivi... eu vou sabiá, sabiá eu vou, você vai mais eu ahhh, vou sabiá sabiá eu vou... a painha desta dessa casa toda dela tem "ventudo" eu louvando o dono dela louvei toda geração, eu vou sabiá, sabiá eu vou, oce vai mais eu oiaaa eu vou sabiá sabia eu vou".*

Esse trecho traz ricos elementos para a compreensão do partejar Kalunga, após os cuidados gestacionais a “dor” é o sinal mais claro que se iniciou o trabalho de parto, utilizam o termo “deu dor” e qualificam essa dor em fria e quente. Dor fria é dor branda, dor de início de trabalho de parto, ou até mesmo de pródromos, para verificar se entrou em trabalho de parto efetivo, é servido um caldo de alho, o alho é utilizado para aumentar a dilatação, sendo colocado até mesmo em forma de pasta na cavidade vaginal. Esse período é classificado na obstetrícia com fase latente.

Quando a “dor esquenta” ou “apimenta”, identifica-se a fase ativa do trabalho de parto, em que as contrações tem maior duração e intensidade, a parteira conduz de forma a manter a gestante em movimento, a bruaca é uma mala feita de couro e que sua acústica permite que seja utilizada como instrumento musical assemelhando-se ao som de um tambor.

O movimento que a gestante realiza é acompanhado de um ritmo, há um tempo específico de compasso a ser seguido na entoação da “sussa”. A sussa é música e dança, dança em que as mulheres giram, balançam o quadril e marcam o

ritmo com os pés. A concepção de que o movimento faz parte da fase ativa da parturiente está presente como prática de cuidado.

Além da sussa, recitam ladainhas direcionadas à Nossa Senhora do Bom Parto, Nossa Senhora Auxiliadora, Nossa Senhora da Abadia, Nossa Senhora das Neves e Nossa Senhora do Livramento, principais santas de devoção do catolicismo Kalunga.

A contração precisa ser “curtida”, quando as dores da contração se manifestam, a parteira indica: “*curte, curte, curte*” ou “*curte essa danada aí*” indicando que é preciso aceitar a contração e a dor extravasada junto com outras mulheres “dando o apoio”, “acudindo” e também realizando massagem.

Amarra-se uma corda nos pilares da casa, de um canto ao outro atravessando a casa, de modo que a mulher possa caminhar e ao sentir a contração, se agarrar à corda e puxar para baixo com força, afim de que seu corpo todo se solte e a força gravitacional da contração se cumpra sem oposição, mantendo o corpo na posição vertical.

Utiliza-se também o pilão de socar arroz, soca-se o arroz de maneira ritmada, Dona Maria Helena exemplifica com o corpo e com a seguinte onomatopeia: “de três! Tep, tep, tep” com a finalidade de mexer os braços e quadris.

No momento em que a mulher entra na fase de transição, que trata-se do momento final da fase ativa para o período expulsivo, canta-se:

*Nasce logo menino que sua mãe quer ver sua cara (repete).  
Que nós tudo ta aqui com pratinho de bolo procê (repete).*

Essas são técnicas do corpo desenvolvidas pelas mulheres Kalunga para seu processo de parturição pois segundo Mauss(56) cada sociedade tem seus próprios hábitos e que toda técnica tem sua própria forma, nesse exemplo, o “*Ato-técnico, ato físico, ato mágico-religioso são confundidos pelo agente*”(56) sendo toda a ação coordenada para um sentido, minimizar as dores e efetivar sem demora o nascimento do bebê.

A mulher escolhe a posição que deseja parir, sendo mais comum o parto de cócoras, a parteira do “buraco” se coloca à frente da mulher para amparar o bebê, diz-se que as parteiras sabem previamente o sexo da criança, mas não pode contar aos pais<sup>64</sup>, assim, dona Maria Helena relata:

---

<sup>64</sup> Abre-se a possibilidade de compreensão de um código ético na prática das parteiras.

*A do buraco é a que toma mais a frente né, e a da banda é a que fica do lado só ajudando e dando massagem, a do consolo é aquela que ta ali passando a mão na cabeça da muié e aí: ‘calma senhora, a dor não é assim não!’ E a do suspiro é: Força minha filha, força mesmo assim grrrrrrr põe força! Assim é que eu faço ó! Pra baixo! Só pra baixo! Não puxa o fôlego pra cima não é só pra baixo.*

Após o nascimento anunciava-se o nascimento seguido de estouro de foguetes pelos homens presentes:

- *Viva minha nossa senhora do parto o nascimento de um rapaz!”*
- *Viva! - Como é que chama?*
- *(Responde-se o nome)”*

A amamentação é realizada no momento que o bebê nasce, é preciso que a mulher “sinta cólica para a placenta nascer”, também há uma técnica de assoprar a garrafa para que a força exercida, auxilie a saída da placenta, mas quando ela fica “garrada” é feita uma simpatia, pede-se ao pai da criança que vista a camisa e o chapéu pelo avesso, dê três voltas ao redor da casa e pergunte três vezes:

*- Já pariu Maria? Não? Então pari seu filho logo!*

Demonstrando que a placenta também representa o filho e apenas após sua saída, seguida do corte do cordão umbilical, que é chamado de “vida”<sup>65</sup>, é que se encerra o processo do nascimento. Se a simpatia não der certo, a parteira unta a mão de azeite, insere dentro da cavidade uterina da mulher e delicadamente realiza a retirada manual da placenta.

Apenas as parteiras experientes realizam essa manobra por saberem do grau de risco dessa execução. Essa técnica executada centenariamente pelas parteiras também se executa no ambiente hospitalar e trata-se de um procedimento de alto grau técnico.<sup>66</sup>

O corte do cordão umbilical é feito com uma tesoura nunca utilizada ou lâmina de estilete também sem uso, ferve-se o material e limpa-se com álcool. Com um garfo é realizado o mesmo procedimento higiênico e depois, submetido à alta temperatura, até que o metal fique “vermelho”, as duas partes cindidas do cordão são unidas pela “cauterização” feita pelo garfo, seguida da unção com azeite no algodão, o azeite pode ser substituído por óleo de mamona.

---

<sup>65</sup> Por exemplo, é comum dizer que a criança nasceu com a “vida” enrolada no pescoço

<sup>66</sup> Dequitação da placenta

*A gente corta com a tesoura virge, o entonce, gilete nova sem uso, ai a gente coloca pra frever, limpa bem limpinho com áico e corta e ai coloca um gaifo tambem bem limpinho enxuga e poe no fogo ... e quando o gaifo ta bem vremeio ai prega no umbigo do menino pra queimar, pra sarar o que corta, ai põe o paviozinho, o algodãozinho com azeite que cai o imbigo do minino, esse parto ai foi em 85 ai eu cortei o imbigo da menina arrumei tudo, judei a cuidar da mãe e hoje a menina me se chama de madrinha.*

Para contar sobre os cuidados com o umbigo do recém nascido, contou sobre o primeiro umbigo que cortou, era de uma menina muito pequena e que nenhuma das parteiras mais experientes queriam cortar o umbigo, Dona Maria Helena se prontificou e assim, foi reconhecida como madrinha pela família.

*Molha o imbigo com azeite até o imbigo cair, nois molha direitinho, ao redor do imbigo e tem uma camisinha, um paninho e poe assim em cima, quando cai a gente cura o umbigo do minino com azeite e pó de quina, moi bem moidinho faz o pozinho bem fininho e vai colocando pó até sarar.*

O novo integrante da comunidade era recebido com muita festa, soltavam foguetes, preparavam bolo, comes, bebes, rezas e dançavam a sussa, as relações de apadrinhamento, também se estabelecem com o “Batismo da Lua” ou o “Mostramento da Lua” ritual em que os padrinhos levam a criança para fora de casa, arruma-se três palhas, comumente a de buriti, poe fogo em uma delas e outras duas coloca-se em cima em forma de cruz, passa a criança três vezes por cima do fogo e recita:

*Lua luar, toma seu filho, ajudemos criar/ Vós com sua luz queira batizar/ Depois de batizado torna a me dar/ Se fosse homem<sup>67</sup> eu dava/ Como é mulher eu não dou.*

O casal retorna com a criança e diz aos pais:

*“- Adeus comadre, nós agora somos comadres, com os poderes de Deus e da Virgem Maria”*

Repete com o compadre e termina com um abraço.

---

<sup>67</sup> Ou mulher, invertendo a outra frase.



**Figura 17.** Dona Amância em sua casa na cidade

O encontro com Dona Amância foi inusitado, cheguei até ela ao solicitar uma entrevista com uma mulher recém parida do Vão de Almas que estava hospedada no Morro Encantado, bairro que se concentram as residências dos Kalunga na cidade, no meio da entrevista, a mulher começou a falar de dona Amância e ligou para que ela fosse até lá. A mulher é parente e aquela era a casa de Dona Amância.

Me recebeu com muita alegria e hospitalidade, Dona Amância tem 76 anos, nasceu no Vão de Almas, teve 10 filhos, todos na roça e “pegou” aproximadamente 70 crianças na comunidade.

Ao iniciar a entrevista, percebi certa dificuldade na comunicação e foi quando me recordei que certa vez um morador disse que os idosos tinham dificuldade em entender as pessoas da cidade. Minha tendência foi de pronunciar as palavras dentro da rítmica do sotaque Kalunga, o entendimento melhorou, no entanto, havia também certa dificuldade auditiva. Dessa forma, essa entrevista tomou rumos mais abertos para que não se perdesse a expressão tão espontânea que tinha a Dona Amância, temendo também que se tornasse algo cansativo para ela.

Sua casa estava cheia, filhos e netos chegavam, pediam-lhe a benção, ela iniciou a conversa dizendo que achava bom que hoje as mulheres vão pra cidade realizarem seus partos, porque ela não sabia nada, havia a coragem mas não

tinham conhecimento. E foi exatamente com essa fala que a parteira que não me concedeu a entrevista anterior à dona Amância, justificou o fato de não querer conversar, mas ao decorrer da entrevista a afirmação tornou-se contraditória e essa fala defensiva comum às duas parteiras.

Devido à sua fala baixa, inúmeras interrupções e alta quantidade de ruídos captados pelo gravador, em muitos trechos da entrevista sua fala ficou incompreensível portanto realizei o exercício narrativo de reconstruir mesmo com falhas na transcrição o sentido e contexto.

Diretamente perguntei como eram os partos antigamente, dizia que juntavam muitas mulheres mas as vezes era ela sozinha, salientava a ausência de conhecimento suprido pela coragem, se apegava em Deus e tinha muita fé, me apontava em sua casa algumas crianças presentes que ela havia “pegado”.

Quando a mulher apresentava-se com dores, preparava-se alguns remédios para ver se o trabalho de parto seguiria adiante, pois assim, ou a dor “esquentaria” ou cessaria. Disse que começou a pegar menino sozinha e que as “parteira véia ensinou” citou particularmente uma parteira já falecida, Jovita que: *“me ensinou com que fazia, como que não fazia”*.

*Quando ia pro pé era enjoado, peguei dois, ah minha senhora, vou falar procê deu trabalho! Sofri demais, parteira sofre, suei suor frio mas Deus me abençoou, mas é perigoso. (Dona Amância, parteira)*

Contou de um parto difícil em que o bebê nasceu morto, fez a simpatia do prato: *“quando o menino nasce quieto bate três vezes em cima dele assim, tem que mexer e chorar”*. E que outra coisa que era perigoso também é quando o *“minino nasce com umbiguinho enrolado no pescoço”* diz-se que ele se “afoga”. Questionei se antigamente morriam muitas crianças na comunidade, ela disse que não, que acontecia, mas era difícil.

É comum dizer que o resguardo tem 40 dias, como forma de arredondarmas especificou que o resguardo são exatamente 38 dias, 30 dias e mais oito e que os *“oito dias derradeiros são os mais finos”* para finalizar bem o resguardo senão a mulher pode ficar cega, surda ou louca.

Apesar de não ter tido parto no hospital, relatou que quando precisou ser internada, ficou no quarto ao lado de uma mulher em trabalho de parto, disse que ela chamava as enfermeiras, gritava de dor e pedia socorro, mas ninguém a ajudava,

simplesmente respondiam de longe: “não está na hora não!”. Trazia em sua fala um estranhamento com a prática hospitalar de deixar a mulher sozinha com dores de parto.

Perguntei sobre a diferença entre o parto em casa e o parto no hospital:

*“Tipo de hospital é um e da do mato é outro, no hospital ai eu não entendo não, ele tem o tipo deles lá, lá no mato corta, queima com garfo, quando queimou marra tudo no cordãozinho, bota azeite, aqui na cidade tem presilha no umbigo”.*

Ao questionar onde seria o melhor lugar para “ganhar menino” respondeu gentilmente, que tanto no hospital quanto na roça é bom mas, na roça eles já estavam acostumados, os remédios ficavam prontos, *“remedinhos de acordo, pro banho e pro bebê”*, e que na cidade não tem nada disso, além do mais percebe que as mulheres que ganham bebês na cidade, ficam muito “queixosas” e isso não acontecia antigamente.

Complementou sobre o hospital: outra coisa que tem é não quer que a gente dá remédio de mato tem que dar escondido, não deixa.

Ou seja, a equipe médica proíbe o uso de remédios naturais, mas as mulheres mesmo assim, tomam escondido e quando retornam à comunidade, utilizam tanto os medicamentos alopáticos quanto os preparados na roça.

Ensinou um remédio feito de canfora, água e cachaça, mistura-se tudo em uma garrafa e em casos de mal-estar e dores de cabeça no resguardo, pinga-se algumas gotas sobre a cabeça. Citou a planta assafétida, utilizada para inalação e banhos de assento.

Ao passo que ela se recordava das práticas relatava com muita espontaneidade, parava, buscava na memória de seus 76 anos de idade suas vivências, demonstrava apreciar minha presença e a oportunidade de contar suas histórias. O assunto agora era a dança da sussa, falava da sussa como forma de animar e “apimentar” o trabalho de parto, revelava alegria ao recordar, transmitia uma atmosfera de diversão, sendo o parto um evento tão natural, sabia-se da seriedade, no entanto, era um momento de festa e alegria, momento de reunir as mulheres, as comadres, de rir, de relembrar momentos, matar saudade pois elas as moravam distantes umas das outras e o parto era uma oportunidade para encontros.

É evidente a semelhança das práticas de cuidado das duas parteiras Kalunga entrevistadas, seus estranhamentos com a prática hospitalar e a noção coletiva do

cuidado com a mulher. São mulheres que vivem a transição dos tempos com resistência e agencia, não perdem a oportunidade de repassar seus conhecimentos, reconhecem os limites dessa transmissão mas permanecem como pilares de uma tradição, guardiãs da memória de um povo repleto de riquezas culturais e ancestrais.

Atualmente, existem seis parteiras vivas na comunidade do Vão de Almas, dona Maria Helena é a mais nova e tem muito conhecimento. Os membros da equipe de saúde além dos ACS, não a conhecem, tampouco reconhecem como parteira, a fronteira nesse caso é estreita, silenciamento e invisibilidade são as marcas desse processo de expropriação cultural do parto Kalunga.

Na Etapa 4, conheci a parteira mais antiga da comunidade, referenciada pelos Kalunga como “parteira boa mesmo” ou “parteira fina” ela me recebeu muito bem, conversou sobre muitas coisas, menos sobre parto.

Cheguei à casa da parteira junto com Dona Maria Helena, fui muito bem recebida, por ela e pelas crianças que ali residem. Dona Maria Helena começou a puxar assunto sobre os partos, elas se divertiam, riam e lembravam de alguns ocorridos. Mas ao solicitar a entrevista, seu humor se alterou, disse que já “abusou” de falar sobre “pegação de menino”.

Sabe-se que muito foi prometido para as parteiras mas nada foi cumprido. Seu silêncio representa a maior manifestação de indignação, representa a dor da invisibilidade, do não reconhecimento. Com mais de 400 partos realizados, está aposentada como lavradora e passa necessidades, quem a auxilia é Dona Maria Helena mas a distância de suas casas é de aproximadamente 3km devendo atravessar o rio.

Minha indignação foi tamanha ao ver aquela mulher dotada de conhecimentos sobre o nascer, sobre o cuidar naquelas condições. Seus alimentos eram poucos, muitos utensílios de cozinha sujos, pois dependia de ir até o rio para lavar, sua idade avançada, sozinha para cuidar da casa e das crianças me trouxe uma dor profunda e uma revolta sem tamanho. Mesmo com ela recusando a entrevista, permanecemos. Fomos até o rio lavar vasilhas, sua tensão comigo foi apenas no momento que solicitei e a entrevista depois disso, expressou a hospitalidade típica dos Kalunga. Até relaxa e começava a falar de partos, mas quando percebia que estava relatando de forma doce e nostálgica, parava de falar e mudava o assunto. Percebi que ela foi simpatizando comigo, me convidou para passar um tempo com ela, disse que estava precisando de ajuda, de uma moça forte, ela me olhou com carinho e se lamentou por não ter filho homem pra casar comigo. Falava em tom de brincadeira mas ao me despedir ela disse: *“Não esquece da véia aqui”*. Jamais. (Resumo de Diário de Campo, Casa da Parteira, novembro/2015)

## **6. CAPITULO IV – AS LINHAS DAS ENTRELINHAS**



Pau de Fuso...  
Gira o pau de fuso, fia fia  
Deixa suas marcas na terra  
seu barulhinho de rodar  
canta, uma canção, mulher,  
é hora de criar  
Criar a linha dessa vida,  
o algodão é suave  
seu caroço é duro  
Essas são histórias  
que só as mãos podem contar...

## 6.1 Vozes da Fronteira

Denomino vozes da fronteira as vozes do agentes comunitários de saúde, pois eles são os principais mediadores entre o meio rural e o urbano. São eles os responsáveis pelas negociações de saúde, profundos conhecedores da comunidade, vivem a tradição como também trazem aos moradores outras formas de saber, que aprendem na vivência urbana e também o conhecimento biomédico aos quais são constantemente formados e informados como agentes.

O primeiro concurso para Agente Comunitário de Saúde aconteceu em 1997, dos três agentes que ingressaram naquela época dois permanecem, tendo o último ACS ingressado no ano de 2006. Os três agentes entrevistados gostam muito do trabalho, se orgulham e são reconhecidos como lideranças, são informantes de extrema importância que podem contribuir com muita propriedade para a compreensão das transformações sócio históricas na comunidade, tanto por serem nascidos no Vão de Almas quanto por participarem ativamente dessas transformações.

Suas percepções acerca do parto são condizente às percepções biomédicas, ao longo do tempo, se tornaram partes integrantes do sistema perito da medicina, como seus laços com a comunidade são estreitos, suas instruções recebem forte adesão da comunidade.

*O trabalho é assim, o direito da gente é uma visita por mês em cada casa, mas além dessa visita por mês ainda tem uma coisa, depende também da necessidade da visita as vezes eu posso deixar de visitar 10 famílias sem visita pra da 5 ou 10 visita pra uma família, depende da necessidade da visita. A gente tem que cuidar de gestante, recém-nascido, acamado, idoso, ver como que ta a vacina, ver quanta gestante tem, se ta acompanhada, como que ta o estado dela, hoje ta incluído também o bolsa família, que faz parte da nossa obrigação de ta acompanhando de estar pesando. Isso muito me interessa, eu via as mãe vindo do Vão de Almas pra cá as vezes não podia pagar uma passagem e tinha que trazer 10 meninos a gente conseguir a balança pra pesar lá, porque a gente ta ajudando a população, quando alguém agradece, mais um outro agradece e principalmente, Deus agradece. Então eu trabalho, gosto do meu trabalho, sou satisfeito do meu trabalho já fui convidado um tempo pra mudar da saúde pra educação, que eu num vou pra começar é muita coisa que você não entende, eu não entendo saúde 100% mas eu entendo um pouco o que é saúde, 10%, 20% de saúde, eu entendo um pouquinho, e educação eu estudei, fui aluno, o meu sonho não é ser professor, o meu sonho é trabalhar com saúde. E quando fala em saúde até quando to la no Vão de Alma quando da lá pelas 7 horas que começa aquela hora Brasil gosto de pegar meu*

*rádio, escutar, até a falarem de saúde, to escutando, ai falou de saúde eu sei que eu to incluído no meio(ACS 1).*

Tal informante, não apenas contou-me sua rotina como agente comunitário de saúde como também apresentou suas responsabilidades e diversidade de situações que seu processo de trabalho enfrenta. Ser agente de saúde representa a emergência de uma nova identidade, o pertencimento não se limita ao “ser Kalunga”, a integração vai além, estabelece-se uma relação de outra ordem de cidadania e “pertencimento” e que ao “escutar a Hora do Brasil” no rádio o faz sentir integrado em um conceito global, ocupando um lugar reconhecidamente diferenciado pelos membros da comunidade.

Destaca-se outro aspecto, o rádio. A comunicação entre os agentes de saúde e a cidade é realizada via rádio, o que possibilita que o agente tenha uma sintonização de estações de rádio, possibilitando acesso à informações diversas, música, formadores de opiniões e propagandas, alimentando cada vez mais esse processo global de civilização, ou de fato, a globalização.

Esse lugar social, ou melhor dizendo, esse lugar de fronteira do Agente Comunitário de Saúde, traz a reflexão dos deslocamentos indenteditários abordados por Hall (31), por exemplo, são funcionários públicos com carteira assinada, mas também são produtores rurais, mantém relacionamento direto com a governança local mas são representantes da comunidade, vivenciam a medicina popular mas são representantes de um projeto de saúde preconizado pelo Estado-Nação.

Esses múltiplos lugares, deslocamentos ou chamadas “pluralidade de identidades” são possibilidades abertas pela pós modernidade, mesmo reconhecendo a ambivalência desse trânsito, o jogo de forças do pensamento biomédicohegemônico se sobrepõe às práticas de saúde local e se legitimam através da adesão da comunidade. A função de agente de saúde é destacada como gatilho para as transformações na saúde, sobretudo em relação ao parto e sua crescente hospitalização.

Segundo a percepção de um dos ACS, eles são responsabilizados pelos eventos adversos ocorridos na comunidade, esse fato revelou-se em uma frase em que ao relatar um parto em que a parturiente foi a óbito sentiu-se aliviado por outros profissionais estarem presentes: *“Num ‘pegou’ muito pro agente de saúde porque estava toda equipe”*.

No ano de 2009, uma mulher optou por realizar o parto na comunidade assistido pela sua mãe, parteira. A equipe completa de saúde da família estava presente no dia anterior ao parto e insistiu em leva-la para o hospital havendo a recusa, entende-se que se essa recusa seguida do óbito, tivesse acontecido apenas na presença do agente comunitário de saúde ele seria responsabilizado.

Para pontuar idéias principais, estabiliza-se uma idéia central, de que é consenso entre os ACS que a hospitalização do parto é a melhor forma de cuidado, sua prática consiste em identificar essas mulheres em seguida, orientá-las a ir para a cidade.

*A diferença de nascer no hospital, porque realmente hoje, quando tem a criança no hospital, praticamente ela é mais bem cuidada mas cuidar assim, sobre a parte do parto, porque todas as coisa que ia acontecer, e vai acompanhar o parto já fez o pré natal, então todas as coisas quando vai dar luz no final do nono mês, os médicos já ta sabendo o que vai acontecer, essa mulher aqui vai ganhar normal, essa mulher aqui não vai ganhar normal esse mulher tem tanto centímetro de toque pra criança nascer(ACS 1)*

Conceitos trabalhados no capítulo III sobre sistemas peritos, segurança e risco podem ser retomados para contemplar a análise desse trecho narrativo, a “fé” depositada no hospital e aos protocolos que asseguram “todas as coisas que vão acontecer” indicam a intensidade da confiança que os ACS aplicam ao serviço e que gradativamente, a comunidade também passa a confiar. Na percepção do agente, a criança recebe melhores cuidados no hospital e o parto consiste em um evento determinado.

O ACS traz a idéia de um funcionamento perfeito, hipoteticamente, essa mulher realizou todo o pré-natal, dará entrada no hospital, terá seu parto (independente da via) e retornará tranquilamente à sua residência, mas essa realidade ainda está longe de ser a da mulher Kalunga, o descompasso entre o discurso de um ACS Kalunga e a realidade vivenciada pelas mulheres que muitas vezes são suas próprias familiares é um ponto crucial, de choque, na verificação de que em que medida a percepção das mulheres e dos ACS se relacionam.

Além da afirmação de que todos os ACS consentem com o parto hospitalar e trabalham para tal, foi possível elencar algumas idéias comum entre os três:

- **Dificuldade das mulheres em realizarem pré-natal**

Relatam que as mulheres tem muita resistência para realizar os exames de pré natal e que muitas vezes isso acontece pela falta de profissionais capacitados para realização do mesmo.

Como já descrito no capítulo anterior, as mulheres se deslocam da zona rural até a cidade, chegam na Unidade de Saúde não há profissionais, pede-se que elas retornem no dia seguinte, se elas não retornam, são culpabilizadas e ainda perdem o direito do salário de maternidade rural se não atingirem seis consultas.

- **Dispêndio financeiro**

Ao mesmo tempo que “reclamam” das mulheres que não realizam o pré-natal, eles mesmos justificam a ausência da mulher explicando que o valor dispendido é alto para chegarem na cidade e correrem o risco de não serem atendidas, mesmo assim, as mulheres que não vacinam seus filhos e não realizam o pré-natal são tidas como negligentes.

- **Percepção de que conhecimento e esclarecimento levam as mulheres a optarem pelo parto hospitalar.**

*Tem muitas mulheres que ainda preferem ter em casa ainda, mas hoje já tem muitas que deu um mês, se vai ganhar em maio deu abril, elas já vem correndo pra cidade, aquelas que são mais esclarecidas, assiste televisão, vê como as coisa não ta fácil, elas tão preferindo mais procura o hospital com filho... saúde (ACS 3).*

*[...] principalmente hoje a maior parte das pessoas que ta tendo criança é a classe baixa, a pessoa que não tem salário porque hoje quem tem conhecimento ta engravidando pouco, aquelas pessoas que não tem conhecimento, hoje, é quem mais pari(ACS1).*

É clara a internalização de conceitos cosmopolitas da relação direta entre taxa de natalidade e grau de instrução (científico, técnico, perito), as mais “esclarecidas” são aquelas que se informam, assistem televisão, ou seja, aquelas que estão gradativamente passando para o “outro lado da linha” e se tornando “civilizadas”.

- **Apresentavam idéias vagas sobre como eram os partos.**

Parte disso deve-se ao fato da não participação dos homens no trabalho de parto tradicional (salvo alguns homens benzedeiros ou raizeiros), suscitando a reflexão e abrindo possibilidade de um outro estudo que compreenda o que permeia o imaginário dos homens Kalunga em relação ao parto. Como também, a abertura do questionamento sobre qual razão não há ACS mulheres no Vão de Almas?

E se houvesse, seriam os rumos da saúde da mulher, diferentes? No capítulo II, no item 5.2.1 (Diário de Campo da Etapa 1) ao descrever o módulo do curso, dos 22 agentes comunitários de saúde, seis eram mulheres, evidenciando uma situação de desigualdade de gênero e que algumas pistas para essa compreensão pode estar na evidência histórica de que as mulheres não saíam das comunidades, sendo esta uma atividade masculina.

- **Percepção da importância da parteira como “primeiros socorros” ou se acontecer de não der tempo de levar para o hospital.**

A instrução de que o parto deve ser realizado no hospital faz parte da formação do ACS:

*Se eu tiver na minha comunidade, se uma muié for ganhar menino e tiver na hora do parto é claro que eu vou chamar a parteira pra ajudar, mas só que eu oriento pra vim procurar um lugar mais próximo, um postinho ou um médico que é a coisa mais fácil. A parteira é bom, mas eu oriento a procurar um médico.*

- Isso vem da sua formação?

*Ah isso, é, como agente de saúde (ACS3).*

O protagonismo e a legitimidade da parteira passa a ocupar um lugar secundário na percepção dos ACS, na “ausência” de técnicos, seu conhecimento tem validade, além disso ela não pode “ainda” ser extinta devido às dificuldades na estrada e acesso, se caso acontecer um parto que não deu tempo de realizar o deslocamento, ela deve ajudar, “*tem serventia*” foi a expressão utilizada por um dos ACS ao se referir a parteira.

Mesmo assim, percepção da figura da parteira é controversa, a justificativa maior é a questão de sua falta de conhecimento, retirar a função do parto da parteira é aliviá-la, retirar um “peso de suas costas” dizem que elas estão satisfeitas.

- **Justificativa do parto ser muita responsabilidade para a parteira.**

A primeira frase que Dona Amância me dirigiu foi que ela gostava de que as mulheres fossem para o hospital pois elas (as parteiras) tinham coragem mas não tinham conhecimento.

Essa justificativa é a mais danosa, voltamos ao ponto do “conhecimento”, da validade, da invisibilidade aos que estão “do outro lado da linha” e da manutenção da herança colonial com suas raízes excludentes manifestadas das relações de âmbito político e cultural. Acreditou-se que a parteira é desprovida de conhecimento, mais ainda, elas mesmas acreditaram que eram desprovidas de conhecimento.

- **Idealização de uma casa na cidade para receber gestantes da zona rural.**

Circula-se dentro do contexto de saúde a idealização de uma casa para receber as gestantes, minha primeira impressão foi de tratar-se de uma casa de parto mas logo tive o esclarecimento que se trata de uma casa para receber as gestantes que vem da zona rural, uma espécie de hospedaria como solução para evitar que a locomoção da gestante em trabalho de parto efetivo.

*[...] uma casa de gestante ela pode vim de quinze dias pra ca do pré natal, dando o dia, deu dor ela vai só pegar e ir pra lá... não é pra vim morar ai não, é só pra uns 15 dias do pré natal pra ter uma solução melhor pra não vim em cima da hora. (ACS1)*

O ACS relata que há anos conversa com cada prefeito que assume, sobre a idéia dessa casa mantida pelo município, essa idéia já é disseminada entre os Kalunga e tem grande aceitação, pois as mulheres vão para a cidade e se hospedam na casa de parentes ou amigos, segundo ele, essa hospedagem por tempo indeterminado causa certos problemas e tendo essa casa, a gestante teria mais liberdade em aguardar o momento do parto.

Retorno à questão da percepção controversa que os ACS tem da parteira, vejamos:

*Antes era assim, a mulher dava a dor e ai tinha as parteira, ai ia atrás das parteiras e elas faziam o parto, mas também era o parto só Deus mesmo pra dar jeito, porque as parteiras não tinham concurso, era só assim da tradição passando da mãe pra filha, mas não tinha curso de nada, não tinha material, não tinha luva, não sabia que tinha que cortar as unha pra fazer parto, limpar as unha pra fazer parto, então tinha a ponto da mulher as vezes, até conseguir mete a mão, dedo, na vagina da mulher pra conseguir tirar a criança que as veis tinha até morrido, mas elas não sabia que tinha esse risco, em vez de tá ajudando tá prejudicando, as vezes num tá ca mão limpa, lavada, esterilizada mesmo... sem luva com álcool, bem lavadinha, era só Deus mesmo que ajudava e que não acontecia tantos problemas. (ACS 1).*

O ACS hoje tem uma referência de padrões higienistas, aponta com muita ênfase e preocupação os riscos bacteriológicos citados na prática da parteira, no entanto finaliza o trecho afirmando que não aconteciam “tantos problemas”. O informante não relaciona o fato de não ocorrer tantos problemas com as técnicas de parturição, não identifica que ali existe um saber e um “sistema de partejo”, identifica a ausência de outras práticas das quais se familiarizou ao decorrer do tempo ao ponto de estranhar aquilo que em essência seria familiar.

Os relatos de morte em parto não são numerosos, mas o impacto para a comunidade é muito grande, e são nesses momentos de fragilidade que a “oferta” do sistema perito ganha notoriedade, o medo se instala cada vez mais e as parteiras tornam-se cada vez mais silenciadas e ignoradas.

*As parteira tem a boa vontade mas o conhecimento é pouco e também não tem assim um apoio, porque deu conta deu, o que não deu vai morrer, não é desfazendo porque eu valorizo muito as parteiras que eu fui nascido de mão de parteira (ACS 1).*

Não foram disponibilizadas fontes para saber ao certo o número de mortes perinatais / neonatais tampouco sua causa morte, seria preciso um estudo documental mais aprofundado para apurar essa questão, os dados fornecidos pelo Sis prenatal e Datasus são relativos apenas à cidade de Cavalcante e não especificamente ao Vão de Almas.

No trecho 2 é um momento da entrevista em que o informante busca atenuar a crítica à parteira trazendo a reflexão de “ser nascido de mão de parteira”, momento que ele retorna ao passado com nostalgia e complementa que os partos hoje são diferentes de antigamente, assim como a saúde em geral.

Utiliza exemplo de uso de adubos na plantação, uso de agrotóxicos, uso de hormônios para a criação de animais, traz uma concepção de integralidade complexa e insere a hospitalização do parto como algo negativo, pertencente a este tempo assim como os outros apontamentos críticos: “e pra dar conta de acolher isso e ter solução é só o ministério da saúde porque a tradição não é forte não” (ACS 1).

*Num creio muito não da parte do benzimento mas as vezes diz que funciona, se o parto é difícil e a mulher faz o benzimento, o nenê nasce rápido... o umbigo é cortado, coloca um garfo no fogo e queima o imbigio, tem que ser virge o garfo, o benzimento eu não acredito... nessas coisas de benzimento não, umbigo eu acredito... eles curam do jeito deles lá, e dá certo.*

O ACS relata seu conhecimento sobre parto e a partir de seus critérios, divide ato mágico do “benzer” do ato técnico de curar o umbigo, reconhece a eficácia simbólica do benzimento apesar de não acreditar nele. Se distancia e se diferencia dos próprios membros da comunidade quando diz que “eles” fazem do jeito “deles”.

Analisando esse trecho e a forma com que o ACS realiza essa divisão dos atos, surge um questão: que o faz crer em uma prática e descrer em outra? Obviamente não é possível responder essa questão mas esse ponto pode vir a ser potente para entendermos o início da fragmentação do sistema de partejo

A cura do umbigo é fato visível, ação bem sucedida por gerações, respeita-se uma série de procedimentos ordenados, essa repetição seguida do benefício da cura, faz com que a “metodologia” da parteira se solidifique, ou seja, é “lógico”, respeita princípios aos quais o ACS está sendo “iniciado” revelando a tensão que pensamento científico exerce na separação daquilo que é aceitável ou não, justificando que “eles” fazem isso, “eu” não, estabelecendo a hierarquia dos saberes.

<b>Trecho</b>	<b>Elemento controverso</b>
Ausência de práticas higienistas (ACS1)	Não aconteciam muitos problemas

<i>Não é desfazendo porque eu valorizo muito as parteiras (ACS1)</i>	<i>As parteira tem a boa vontade mas o conhecimento é pouco</i>
<i>Num creio muito não da parte do benzimento mas as vezes diz que funciona (ACS3)</i>	<i>eles curam do jeito deles lá, e dá certo</i>
<i>Parteira é bom (ACS3)</i>	<i>Mas eu oriento procurar um médico</i>

**Tabela 1.** Elementos controversos dos Agente Comunitários de Saúde

A tabela apresenta controvérsias dentro de uma dimensão axiológica, o trecho que se segue, levanta questões acerca do sentido da prática da parteira pela percepção do ACS:

*Ta ficando muito pouco, tem muito não. Por exemplo principalmente porque as parteira mais velha já tinha aquele amor. É amor, amor de uma pessoa, de ficar dois três dias na casa de uma gestante, né voluntario... que a parteira mudava quinze dias pra casa de uma gestante as vezes o marido sai e a parteira fica lá cuidando essa mulher ai com 20 dias... tudo voluntario. Essas novatas hoje tá pensando mais em dinheiro, não tá pensando mais em adoação, de favor, as mais velhas tem esse coisa, mas as mais nova hoje vai pensar em trabalhar pra estudar... terminou o estudo, ninguém quer ficar lá pra ser parteira, quer ser professora, nada, nada merendeira, faxineira, esse tipo de coisa, coisa lá pra frente, não tá pensando lá pra traz, é disso que eu queria, se tivesse assim uma remuneração da parteira com certeza ia conseguir acolher alguém pra ficar naquele lugar, praque chega um tempo que as parteira vai acabar. Vai acabar, porque a remuneração não tem, se tivesse remuneração qualquer tanto, a gente conseguia acolher alguém que tem interesse: 'vou ficar aqui em tal lugar'. Porque até que, oh, se tivesse remuneração de meio salário tinha como. A gente conhece todas as parteira, aquela que não tinha conhecimento, ela ia ganhar mais conhecimento, ela tinha o interesse dela particular... essa mulher, se é voluntaria ela faz se ela quiser, eu num vou, num vou e pronto, não tem como exigir, se conseguisse uma ajuda de custo pras parteiras, tinha como nós agente: 'to precisando de você ali, ce tem que ir lá, você ganha pouquinho mas você ganha pra isso', porque não vai acontecer todo dia toda semana, as vezes quatro, cinco meses que não vai precisar, mas de graça, de graça é muito complicado.*

O ACS percebe a prática da parteira como uma atividade afetiva e que hoje em dia, as mulheres não veem mais o sentido da “doação” pois há profissionais que ganham para realizar essa função, para ele, a mulher querer ser parteira, é “pensar

para traz” sua consideração com a prática da parteira é positiva desde que ela esteja institucionalizada, capacitada e sobretudo à serviço do ACS ‘*to precisando de você ali, ce tem que ir lá, você ganha pouquinho mas você ganha pra isso*’ estabelecendo mais uma divisão de trabalho e subordinação.

*Eu acho que tinha que ter também uma parceria, seria bom, da enfermeira, com os agente de saúde e as parteiras, pra ta esclarecendo muita dúvida que as vezes a parteira ensina pra gente e tem coisa que elas não sabe... se tivesse uma parceria entre os gestor da saúde e as parteira seria muito bom, por causa que hoje eu vejo que tem muita gente que consegue se deslocar, tem moradia na cidade, mas outras pessoas não tem. Tem que ficar la até o dia, mês de ganhar e as vezes lá varia, a gestante perde da data, fala que ganha em maio e acaba ganhando muito antes, e ai se não tivesse a parteira acho que não é um bom momento<sup>68</sup> ... acho que falta uma atualização da parteira, tem que ter sempre a parteira. (ACS3)*

Ainda que essa proposta traga a percepção de uma relação um pouco mais horizontal com as parteiras e profissionais, não deixa de coloca-la como opção secundária, para aqueles que não podem se deslocar.

Portanto, a valorização da parteira pelos ACS encontra-se na ordem do discurso, longe da realidade de legitimar sua prática, sua técnica de partejo é desvalorizada e seu reconhecimento não é proveniente da sua atuação, mas dos vínculos comunitários, familiares e afetivos, sua permanência se justifica como primeiros socorros para atender os partos em que a locomoção para a cidade não foi possível.

## **6.2 Vozes Biomédicas**

A comunidade Kalunga começou a ter visibilidade na década de 1960 através da SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde) e a partir desse encontro podemos pontuar outros que sucederam e constituíram “marcos” importantes nas transformações da comunidade.

1960 – Primeiros contatos com SUDAM

1982 – Projeto Kalunga Povo da Terra

1991- Demarcação de território Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga

1997- Inserção dos ACS

2004 – Programa Brasil Quilombola

2005- Curso de Capacitação de Parteiras

---

<sup>68</sup> Não é momento de acabar

2006 – Novos ACS  
2014 - Programa Mais Médicos (PMM)

Com o projeto Kalunga Povo da Terra foi possível ampliar a visibilidade dos Kalunga, iniciando a constituição de uma unidade formalizada do grupo étnico culminando na demarcação de seu território. Em seguida, apoiada pela agenda quilombola e seus eixos foram traçadas diretrizes governamentais para atender as comunidades quilombolas do país e com isso trazer-lhes acesso e consumo a políticas universalistas.

Para Robins apud Hall (31) *“A globalização, à medida que dissolve as barreiras da distância, torna o encontro entre o centro colonial e a periferia colonizada imediato e intenso”*. Nessa questão retomamos a figura do referencial teórico para compreensão da abertura de “lugares” ou espaços de interseção esses espaços ainda que sob a hegemonia da “ocidentalização” criam-se resistências e *novas identidades*<sup>69</sup>.

Em dez anos as transformações na comunidade Kalunga ocorreram com mais intensidade do que nos anos anteriores, o parto na comunidade foi gradativamente substituído pelo parto hospitalar.

Observando o registro dos partos nos caderno de registro de nascimento das parteiras, verifica-se a queda do número de partos a partir do ano 2000, deixando evidente a eficiência do trabalho do Agente Comunitário de Saúde em identificar as mulheres gestantes e instruí-las a realizar o pré-natal na cidade e parto hospitalar.

Não há bibliografia específica para que possamos compreender a concepção de saúde/doença dos Kalunga, o que pode ser feito inicialmente é, através das produções existentes em saúde, extrair um sentido e buscar com auxílio de outras áreas e visões construir conceitos norteadores.

A ação homogeneizante do modelo biomédico se impõe, no entanto podemos pensar três possibilidades para o encontro deste com as práticas de saúde Kalunga: negação, a adesão e a agregação.

A negação absoluta encontra-se na postura dos “guardiões” da tradição que qualquer movimento de desestabilização pode ser uma ameaça para a ordem da população, dessa forma nega-se completamente a troca ou adesão.

---

<sup>69</sup> Conceito de Hall (31) para designar a possibilidade da emergência de novas identidades a partir da interação entre o “local” e o “global”.

A adesão, que consiste na aceitação plena da oferta, em que a partir da experiência há um sentido e uma conversão paradigmática do indivíduo e da sua forma de estabelecer as relações de saúde e doença.

E a agregação, como o próprio nome já diz, tem o sentido de agregar ou anexar um sistema ao outro, contém em seu interior tanto a “negação” quanto a “adesão”, estabelece-se um jogo tensional entre aceitar e resistir, implica na análise<sup>70</sup> pelo indivíduo de como e o quanto esses sistemas vão interagir, a permeabilidade dessas fronteiras é definida pelo indivíduo, emergindo a autonomia<sup>71</sup> para escolher seu autocuidado.

Esse tópico se constrói a partir dessa voz, que mesmo com toda capacidade de olhar, sentir, perceber e oferecer meios para a cura física do indivíduo, respeita um processo civilizador que se encontram nas bases da ideologia biomédica homogeneizante em que os princípios da técnica e ciência se sobrepõe a qualquer outro sistema de conhecimento.

Da equipe de saúde foi possível entrevistar os dois médicos que atendem a comunidade, um deles é o médico de referência e o outro presta suporte de acordo com a demanda de atendimentos

A equipe de saúde da família de Cavalcante enfrenta o mesmo problema que muitas outras equipes que prestam atendimento na zona rural, que é a alta rotatividade da equipe. Com isso, os projetos terapêuticos ficam prejudicados por falta de coesão da equipe e também pela da fragmentação geral do serviço.

Percebe-se também a falta de profissionais com perfil comunitário<sup>72</sup>, mesmo que os profissionais ingressem para a vaga do PSF, o número de transferências para outros locais de trabalho é grande após um período de permanência atendendo a zona rural. Durante o tempo de trabalho de campo, os únicos trabalhadores que permaneceram em suas funções foram os médicos cubanos que devem concluir o tempo determinado pelo Programa Mais Médico e os agentes comunitários de saúde concursados.

---

<sup>70</sup> Pode ser tanto de forma intuitivo quanto obedecendo sua própria experiência ou observação.

<sup>71</sup> Autonomia nesse caso, vem da forma de como o indivíduo opera os sistemas de conhecimento, no entanto, sem deixar de reconhecer a autonomia do indivíduo em todos os outros níveis.

<sup>72</sup> Profissionais preparados para desenvolverem atividades em meio rural, comunidades quilombolas e comunidades indígenas.

No momento, a equipe estava sem enfermeiro e sem técnico de enfermagem. A técnica de enfermagem que estava na equipe anteriormente, não aceitou o convite para participar da pesquisa.

No ano de 2015, os moradores do Vão de Almas receberam visita domiciliar no mês de março, relataram em minha ida a campo em novembro que nenhuma outra visita ou ação de saúde ocorreram nesse período no território.

Os médicos foram entrevistados em junho de 2015, na data da entrevista completaram 1 ano e 8 meses de permanência na cidade, suas percepções acerca do parto giram em torno da sua vivência com o sistema local pois são médicos generalistas e contam suas experiências durante esse período, dividem sua visão de mundo e contam também sobre Cuba e suas rotinas no trabalho.

Antes da chegada dos médicos cubanos, não haviam médicos fixos na atenção básica, trabalhavam por contratação em regime de “plantão” que girava em torno de R\$800,00 por dia de trabalho na zona rural, sem frequência certa e resolubilidade baixa.

O Programa Mais Médicos (PMM) objetiva-se levar atenção médica em locais de escassez e até mesmo ausência de profissionais<sup>73</sup>, dessa forma a cidade de Cavalcante, foi contemplada com dois profissionais.

A motivação dos médicos cubanos em virem para o Brasil e participarem do PMM está sustentada pelo princípio de “Internacionalismo” que consiste em levar seu trabalho a diferentes partes do mundo e prestar assistência onde precisa.

O Médico 1 diz gostar da atenção básica por ser o primeiro contato com o paciente, está a oito anos na função e tem a consciência que a maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos nessa instancia de atenção. Reconhece semelhanças entre o povo cubano e os Kalunga, comenta que os Kalunga conservam tradições antigas, da época da escravidão e que em Cuba, desapareceu.

Os médicos conhecem e as necessidades da população Kalunga no âmbito geral de saúde, conhecem o trajeto realizado pelas gestantes e se indignam com as falhas na referência e contrarreferencia do sistema, com os gastos arcados pelas famílias para se deslocarem, por realizarem ultrassom em clínicas particulares e também relatam que as vezes é preciso que as gestantes comprem medicamentos pois a rede só oferece sulfato ferroso e ácido fólico, referente ao “kit gestante”.

---

<sup>73</sup> Ver: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>

A realização de exames específicos também ficam por conta do usuário, os laboratórios da região realizam poucos exames, quando necessário é enviado para Brasília mas demora muito e a tomada de decisão clínica é prejudicada.

*Nosso atendimento é por igual a todos, mas essa pessoa precisam de um atendimento muito melhor, são muito suscetíveis, tem muita 'fome' de médico, temos que ter mais cuidado, acredito que esse atendimento deve ser muito melhor, as grávidas entendem muito bem, mas é mais difícil a comunicação, temos que ter mais cuidado com quem vem da roça (Médico 1).*

Há uma preocupação a respeito da comunicação e acolhimento aos Kalunga, percebem o estigma construído pelos moradores urbanos ao se referirem ao “povo da roça” e procuram ao menos em seu processo de trabalho, acolher e atender as necessidades da população.

*Eles tem um caminhão, eles pagam esse caminhão e eles precisam atendimento, devemos dar atendimento a todos não podemos deixar de atendê-los! (Médico 2)*

Há o comprometimento em atender a população Kalunga, dispendem esforços para cumprirem o atendimento uma vez que conhecem o trajeto realizado e as implicações do deslocamento, diferente dos relatos das mulheres e ACS sobre a Unidade de Saúde, que faltam profissionais para a realização de pré-natal e as gestante retornam à comunidade sem a realização do mesmo.

*O atendimento delas melhorou, agora tem médico, antes apenas enfermeira dava seguimento, hoje ela é atendida pelo médico. (Medico 2)*

É possível extrair dessa frase diversos elementos, primeiro, devemos considerar que o médico cubano é formado sobretudo em termos humanísticos<sup>74</sup> e não mercadológicos, e que ao supor a existência de um médico em determinado local, considera que este por princípios éticos realize seu ofício com comprometimento por isso, o estabelecimento de uma relação que onde há médico é sinônimo de melhora.

---

<sup>74</sup> Nesse sentido, voltada para o humano e não para o mercado.

Segundo, pode-se considerar a alçada do profissional, em que a presença do médico significa a ampliação da capacidade de diagnosticar e resolver problemas dentro do campo da técnica médica e que a enfermagem estaria capacitada para a resolução de outras dimensões da doença. Não deixando de questionar o inverso, se, apenas o médico sem a enfermagem seria capaz de promover melhora da situação de saúde de uma determinada população.

Terceiro, evidenciar a relação de poder e hierarquia do médico com a enfermagem, demonstrando a disputa de espaços de atuação uma vez que o profissional enfermeiro obstetra realiza as mesmas funções que o médico em gestação de baixo risco, no entanto o paradigma de que todo parto é um risco faz essa disputa se acirrar, mantendo médicos em espaços que poderiam ser ocupados por enfermeiros obstetras ou obstetras.

Ainda que concebam o parto como algo fisiológico a posição de ambos é que o parto deve ocorrer em ambiente hospitalar, a chegada do médico significou a expropriação do conhecimento da parteira, não se medem as consequências da violência simbólica cometida, a parteira na visão dos médicos tem uma importância apenas histórica mas para os moradores, a parteira tem a mesma importância que a “mãe”<sup>75</sup> sendo também chamada de mãe pela criança amparada. Demonstrando que a valorização do saber tradicional, pelos médicos, permanece apenas em um discurso e não em sua prática efetiva.

*Acredito que essa parteira vai diminuindo, o médico está chegando ali, o médico fala tem que ir para Cavalcante... e vai melhorando a coisa (Médico 1)*

*Eu acredito que o que está acontecendo é que a civilização está chegando um pouco mais a ela, se tinha parteira que estava lá antes, pode estar acabando pois não se forma parteira mais... eu acredito. Outra, porque a parteira é mais antigamente, quando não chegava médico lá, mas agora que está chegando médico, que tem uma equipe de saúde, agora que tem caminhonete como enfermeira, odontólogo, ajudante, eles vão mudando suas idéias também, isso vai atentando um pouco com a cultura e a tradição e acredito que a tradição seja muito boa mas um médico se precisa ali (Médico 2).*

---

<sup>75</sup> Dentro do ideal materno judaico-cristão

A não formação de novas parteiras é proveniente do deslocamento da referência de cuidado da comunidade, da parteira para o médico, isso ocorre devido à progressão de intervenções e coerções do modelo biomédico sob a comunidade.

O conceito de “civilização” que se sustentou em torno da autoimagem da classe alta europeia que se diferenciava daqueles que julgava “mais baixo” ou com comportamento mais simples ou primitivo (ELIAS,) está presente até mesmo no imaginário dos médicos de origem cubana.

Relatam que não conhecem as parteiras da comunidade, tampouco suas práticas e sistema de partejo mas deixam claro que a mulher não precisa correr o risco de ter parto em casa, com parteiras.

*Não precisa parir em casa, correndo risco, hospital é mais seguro, esta com o médico ali e está mais protegido. (Medico 1)*

*O trabalho dela tem muita importância em um momento histórico que não tinha acesso a saúde e a equipe médica. (Medico 2)*

Veem o trabalho da parteira como humanitário mas com o avanço da ciência e a tecnologia e o acesso à médicos não é necessário. O médico 2 ressalva que na comunidade Kalunga, no Vão de Almas, é necessária a parteira se caso não der tempo de chegar na cidade, essa percepção vai ao encontro da percepção do ACS, ou seja, ambos percebem a atuação das parteiras como secundária, um primeiro socorro se caso não for possível prestar o atendimento. O médico 2 entende que com isso, ela deve receber treinamento e conhecimento para assegurar uma boa assistência.

No material dirigido à formação de ACS a questão da valorização cultural de grupos consta da seguinte maneira: “A atuação do ACS valoriza questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o conhecimento técnico” (BRASIL, 2009:25). Porém, não se percebe o ACS como articulador de saberes, o conhecimento técnico se sobrepõe ao saber popular, não se identifica o diálogo real entre ACS e médico, o fato dos médicos não conhecerem as parteiras indica o desequilíbrio das relações de troca dentro da equipe.

Ainda que a proposta de capacitação das parteiras seja positiva, coloco em reflexão o termo “capacitação” por conotar que a parteira tradicional só se torna “capacitada” a exercer a função de parteira após ser apresentada ao modelo biomédico, às práticas higienistas e passar por um treinamento com técnicos especializados.

Na capacitação do ano de 2005 foi assegurado às parteiras a articulação com o SUS e o benefício de um salário mínimo, muito já foi prometido mas nada efetivado e não será enquanto não houver equipes comprometidas não apenas com a saúde dos corpos biológicos viventes na comunidade, mas comprometidos com sua tradição e que abra espaço para que os Kalunga expressem não apenas seus rituais de parto mas seus rituais de cura como um todo que inclui simpatias, garrafadas, orações e benzimentos.

Questionei se há ocorrência de partos no hospital de Cavalcante e o médico 1 afirmou que o parto acontece se a mulher der entrada em dilatação extrema, senão encaminha para Campos Belos, ainda justificou que se ela chegar no hospital em início de trabalho de parto dá tempo de chegar em Campos Belos.

O médico 2 afirmou que há ocorrência de partos a caminho de Campos Belos, que não é frequente mas ocorre, e que o último que aconteceu, quem prestou a assistência no parto foi a enfermeira e o motorista. Esses relatos trazem subsídios para reflexão acerca da relatividade do risco, ter parto na comunidade com a parteira é inaceitável, mas ter parto na ambulância, na estrada, a gestante percorrer 140 km com dores do trabalho de parto, correndo o risco até mesmo de colisão entre veículos, é aceitável?

O médico 1 tocou em um ponto que une a saúde e a educação que é a formação dos próprios membros da comunidade no exercício das profissões de saúde:

*Seria importante capacitar pessoal deles mesmos, médicos que é Kalunga, enfermeiro que é Kalunga, que amem aquele lugar, aquele lugar que nasceram, isso seria importante. (Médico 1)*

O médico 2, o mesmo que se referiu à “civilização” anteriormente, sugere o êxodo rural como solução para garantir uma assistência médica ideal, ou seja, em sua percepção a civilização e o deslocamento para a cidade será uma forma de realizar uma atenção ideal.

*Você quer uma atenção ideal e que ela continue morando na comunidade!? ... Minha experiência é que se eu pudesse trocar as coisas, de verdade, essa para dar uma boa atenção, eu colocaria um posto médico, eu também colocaria uma ambulância com as mínimas coisas de urgência, eu colocaria um consultório com uma enfermeira que tem sua casa ali, um médico que tem sua casa ali, em lugares mais cêtricos, em Vão de Almas, Vão do Moleque, com moradia de uma equipe, não toda. (Médico 1)*

Para ele, respeitar a tradição quilombola é oferecer mais assistência, mais estrutura médica e não de fato, a manutenção de suas práticas tradicionais.

*Para respeitar a tradição é oferecer mais atendimento, proporcionar as coisas que eles precisam lá, a bolsa da família é muito pouco, aumentar um pouco mais, então colocar um médico eu uma enfermeira, um carro, uma ambulância, dar o melhor atendimento com alimentação, e também acho uma coisa, tudo não pode ser de presente, eu colocaria, por exemplo, no Engenho uma horta para cultivar, vendem, proporcionar a eles meios de trabalho ou por exemplo uma fábrica de fazer chapéu, artesanal. (Médico 2)*

Diferente do médico 1, além de conceber que respeitar a tradição é oferecer assistência de qualidade, percebe que é preciso incentivar os Kalunga a cultivar novamente a terra, a agricultura, para que se cultive também as tradições, as festa e o folclore.

Suas percepções sobre o que é respeitar a tradição ultrapassaram o nicho da saúde mas não alcançam o ponto central do ethos Kalunga, não atingem a subjetividade e o nível de negociação necessária para atender a comunidade em sua construção social, religiosa, dentro das práticas que mantem a coesão do grupo em sua constituição como grupo étnico.

Sintetizando as expressões do médicos, pode-se dizer que a percepção que ambos tem das parteiras é que elas representam um momento histórico, desconhecem suas práticas mas que o parto deve acontecer no hospital junto com a segurança de toda a equipe, porém, a atuação da parteira na comunidade deve ser mantida para que auxilie em partos em que a transferência não foi possível de ser realizada.

A relação dos médicos com os saberes tradicionais são contraditórias e excludentes, trata-se da mesma contradição apresentada pelos ACS, discursam sobre a valorização das práticas tradicionais mas na prática hierarquizam os saberes. O médico pode compreender as necessidades gerais de saúde a até mesmo se sensibilizar com as dificuldades enfrentadas pela comunidade, no entanto não demonstram conhecer a dimensão sócio cultural das práticas de partejo Kalunga, o PMM na comunidade Kalunga, não indicou mudanças paradigmáticas acerca dos saberes, tampouco atenção às necessidades de saúde específicas das populações tradicionais, realizando a manutenção histórica das intervenções biomédicas sob a égide de sua ideologia.

## 6.2 Vozes das Mulheres

Ao iniciar a pesquisa, acreditava que entrevistar as mulheres da comunidade deveria, de certa forma ser mais acessível do que os profissionais de saúde e as parteiras, pois poderia encontrá-las tanto na cidade quanto na comunidade, mas como ser acessível não quer dizer estar disponível considero que entrevistar as mulheres gestantes ou recém paridas se tornou uma tarefa árdua. Das 9 mulheres convidadas 3 aceitaram, 1 delas aceitou mas não foi possível devido aos seus compromissos na cidade e outras 5 recusaram.

A comunidade Kalunga nos últimos anos recebeu um grande número de pesquisadores, o presidente da AQK disse que os moradores já estavam “cansados” de realizarem entrevistas. Essa justificativa respondia em partes minha compreensão inicial sobre as recusas, mas no decorrer da pesquisa em que os dados recolhidos foram apontando as situações de violência obstétrica que levava a crer que a mulher ao ser entrevistada sobre “parto”, significaria reviver processos dolorosos.

Essa interpretação ainda que válida, era muito vaga, precisaria recolher dados mais concretos, relatos de vozes coletivas para poder compreender o que esse “silêncio” indicaria e quais relações construíram essa reação. Inicialmente exponho as vozes das mulheres para em seguida problematizar um pouco mais a questão das “recusas”.

Durante a etapa 3 encontrei duas gestantes em campo e uma delas, justamente na casa ao lado da onde eu estava hospedada:

Ao anoitecer, nos reunimos na casa ao lado que era da filha da moradora da casa que eu estava hospedada, sentávamos em tábuas estendidas na beirada da casa, o lampião de querosene soltava fumaça e me ardia a garganta, a instrução para as crianças é de ficar longe tanto para não se queimar quanto para não inalar a fumaça, dois dos três meninos tossiam e sibilavam, evidenciando alguns problemas respiratórios. A cozinha com o fogão à lenha era de um calor insuportável, suava ao buscar a janta, neste dia havia arroz, peixe ensopado e farinha de mandioca, mas insistiram que eu comesse também ovos fritos. Assim, com seus pratos (de alumínio) sentaram as crianças de um lado e os adultos de outro. Não falam muito enquanto comem, somente após, comentavam eventos do dia a dia e necessidades, pois a moradora vai muito para a cidade e assim traz notícias de outros familiares, crianças e acontecidos. Eu puxei assunto sobre gestação e parto, mas a conversa no tema não durava muito, não insisti, deixei outros assuntos percorrerem a conversa. Pela luz do lampião vi projetada na parede a sombra do corpo da moradora e percebi que havia uma saliência abdominal. Me perguntei: ‘Será que ela

está grávida?’ Se sabe que meu trabalho é sobre parto, porque não me falou? Pensei em patologias que pudessem provocar distensões abdominais e comecei a prestar mais atenção. Como ela usava roupas largas, tive dificuldade em afirmar minha observação. A confirmação veio no dia seguinte, ela não se sentiu bem e sua mãe acabou me contando sobre a gravidez. Cheguei a me perguntar se deveria convidá-la ou não para a entrevista uma vez que omitia de mim a gravidez, comecei a observá-la com mais atenção, a tristeza em sua expressão era constante, me aproximei um pouco mais no dia a dia, interagia com as crianças em certos momentos que ela precisava realizar algum trabalho doméstico, até que encontrei em um momento de descontração, o espaço necessário para convidá-la para a entrevista. Ela recusou dizendo que não estava muito bem para falar e que estava em depressão. Depois de ter me contado, sua expressão ficou mais leve, a partir de então começou a conversar com a mãe sobre a gestação mesmo em minha presença, agora se mostrava mais solta e percebeu que mesmo recusando a entrevista, estava tudo bem, eu continuei ali do mesmo jeito, cultivando as mesmas relações.” (Resumo de Diário de Campo Convivendo com uma família Kalunga”)

Essa situação permitiu trazer com mais força a reflexão da presença do pesquisador em campo, o constrangimento trazido pela minha presença e as relações de poder envolvidas<sup>76</sup> ainda que haja uma consciência das práticas descolonizadoras no contexto de pesquisa, não deixo de representar um lugar social que estabelece normas para assegurar a ética e a cientificidade, levanto nesse momento essa discussão por se tratar do grupo de entrevistados que permitiu elucidar essa questão.

*Segundo Briggs (2007), as entrevistas modulam as relações sociais que são estruturadas por estratégias de conhecimento e poder. Para ele, o formato de entrevistas é o resultado da ideologia comunicativa, em que o pesquisador, de maneira artificial, exerce seu poder sobre o pesquisado por limitar as respostas possíveis do entrevistado. Não existe uma relação dialógica, mas interação unidirecional e hierarquizada. O pesquisador pergunta de acordo com seus interesses e o pesquisado deve responder honestamente ao que é solicitado. Assim, esse tipo de entrevista se aproxima da consulta médica(57)<sup>77</sup>*

Da mesma forma ocorre com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que não é possível estabelecer essa relação dialógica entre iguais, propostas pela antropologia,

---

<sup>76</sup> Ver capítulo II “5.2.1 Diário de Campo da Etapa 1” sobre a evidencia do lugar social do pesquisador.

<sup>77</sup>Tannen & Walletpud Langdon (57)

Esta relação é um processo incapaz de ser definido e compactuado mediante um contrato pré-assinado no primeiro momento do encontro.”O TCLE já estrutura a relação e sua hierarquia, limitando as possibilidades de mudar em função dos interesses do entrevistado. O estabelecimento de relações de iguais é um processo. [...] Ou seja, o método da pesquisa resolveria em grande parte as questões de ética, pelo fato de que, como afirma Luiz Roberto Cardoso de Oliveira, ao contrário da pesquisa no campo biomédico, os antropólogos não pesquisam **em** seres humanos, mas **com** seres humanos — diferença que não é apenas semântica. Como ele próprio explicou, na pesquisa *com* seres humanos “o sujeito de pesquisa deixa a condição de cobaia (ou de objeto de intervenção) para assumir o papel de ator (ou de sujeito de interlocução)(57)<sup>78</sup>

A primeira entrevistada, trouxe elementos importantes que compuseram o capítulo III, entrevistei-a na casa de sua mãe, ela estava na cidade para realizar exame de US oferecido pelo ônibus prestador de serviços de saúde. Intimidou-se durante a entrevista apesar do esforço de deixa-la à vontade.

Contou que nasceu no Vão de Almas com uma parteira do Kalunga e a chama de “mãe”, relatou que não estava se sentindo bem na gestação, que estava enjoando muito, apresentava uma anemia forte que fazia com que ela ficasse muito tempo deitada, mas a parte boa da gestação era que ela estava comendo bastante e que estava feliz por ter dois casais de filho.

Disse que toma remédio alopático e também de mato, mas prefere o remédio de médico:

*“Do médico é mio, porque é mais doce, do mato é amargoso” (Mulher 1)*

Seu referencial de ser bom e preferir, vem do sabor do medicamento e não necessariamente de sua eficácia ou benefício trazido por ele, diz que toma também sumo de algodão e mentruz, que são ervas boas pra gestação, mas é amargo.

A entrevista seguiu para a parte dos serviços de saúde, relatou a ausência de médicos e a demora para ser atendida mesmo quando está marcada a consulta:

*“Tem hora que a gente vai, hoje mesmo eu fui e não tinha médico, deixei pra lá, todo dia a gente vai e não tem, só fiz um pré-natal”(Mulher 1)*

*“A gente espera, espera, tem hora que eu perco a paciência e vou embora, tá marcado mas chega lá e eles ficam com enrolô”.*

---

<sup>78</sup>Cardoso de Oliveira *apud* Langdon (57).

A gestante que estava com 31 semanas e realizou apenas uma consulta de pré-natal, segundo a parteira D. Maria Helena, o pré-natal é muito importante, saber as condições do bebê é essencial para saber se poderá nascer na roça ou não, demonstrando sua percepção acerca da importância do pré-natal e sua concepção da minimização de riscos, além de utilizar o pré-natal a favor de sua própria prática tradicional.

A mulher 1 relata que seus partos foram no hospital devido à anemia, mas que se pudesse teria na roça por ser melhor do que no hospital:

*Lá(na roça) disse que é melhor que aqui, a gente sofre menos, aqui a gente sofre demais, chega com dor eles aplicam remédio pra esfriar a dor. Deixa a gente lá no quarto sozinha, se vira, tem hora quando vê já até ganhou minino, eu mesma ganhei sozinha me deixou lá no quarto, quando veio o minino já tinha nascido. (Mulher 1)*

A entrevista com a mulher 2 foi difícil de ser realizada, apesar de sua disposição em conversar, ela estava na casa de sua avó no bairro do Morro Encantando na cidade de Cavalcante, cuidava de seu filho recém-nascido que estava adoentado, e de mais três crianças, dois filhos e mais um sobrinho, a entrevista foi repleta de interrupções, seu sotaque era intenso, me esforçava muito para compreendê-la, assim como ela também se esforçava para me compreender, repetia a pergunta várias vezes até sentir que a comunicação tinha se estabelecido.

Relatou ter tido seus três filhos de cesárea, antes que eu começasse o roteiro, ela já iniciou a fala sobre os gastos de locomoção, a ida pra Campos Belos e do custo alto e pagamento de exame de US. Ao questionar o porquê do pagamento do exames ela respondeu enérgica, demonstrando revolta com a situação:

*“O prefeito mesmo que não quer colocar ninguém ai pra fazer exame!”(Mulher 2)*

Perguntei se a cesárea tinha sido sua opção ou se tinha acontecido algo que impedisse o parto normal, disse que não teve “passagem” e que fizeram a cesárea, questionei se havia “dado a dor”, ela disse que não.

O fato dela não ter entrado em trabalho de parto efetivo e realizarem cesárea com a justificativa de que não tinha “passagem” é mais um ponto a se considerar no processo de medicalização do parto das mulheres da comunidade. Não é possível

saber ao certo se de fato foi uma indicação indevida de cesárea mas que é preciso também incluir essa questão para se pensar como um todo “saúde da mulher” na comunidade Kalunga.

Relata utilizar remédios alopáticos e remédios naturais, mas prefere os remédios da roça, diferente da Mulher 1, trazendo mais uma vez a possibilidade de se pensar as negociações intemédicas.

Deixou claro seu desejo de ter tido parto normal em suas gestações, mas que não queria ganhar na roça apesar de *“lá ser mió”*. A Mulher 1 também demonstrou seu desejo de ter parto domiciliar mas a ação está voltada para o deslocamento e a hospitalização. O contexto da entrevista pode trazer interpretações inesperadas, no momento em que eu estava, seu tio chegou na casa e ele, é Agente Comunitário de Saúde, descortinando a possibilidade de coerção do familiar para que a sobrinha tenha o parto no hospital, apesar do desejo de parir na roça.

Quando questionada se enfrenta alguma dificuldade, relatou não as condições de transporte ou atenção no serviço público mas sim em relação ao pai da criança:

*“É muita coisa, tem hora que o pai não ajuda em nada, desde quando esse aqui nasceu não ajudou com um pacote de fraldas”* (Mulher 2)

Concluiu que o ideal seria ter um unidade de saúde na comunidade, que assim não seria necessário se deslocar para cidade para dar vacina, assim poderia economizar.

Durante a permanência em Cavalcante no ultimo campo (etapa 4) passei três tardes consecutivas na secretaria de políticas para mulheres e igualdade racial por ser o local em que as mulheres realizam a solicitação de salário maternidade, dessa forma poderia identificar qual a comunidade de origem da mulher e convidá-la para a entrevista.

Com a dificuldade de encontrar mulheres gestantes ou recém paridas foi necessário ampliar o grupo para: mulheres da comunidade que passaram pela experiência de parto hospitalar. Com essa ampliação a terceira mulher foi entrevistada, trata-se de uma servidora pública, graduada e que nasceu no Vão de Almas de “mão de parteira” sendo a segunda filha em um total de onze irmãos.

Relatou que viu acontecer partos, conhece rituais e simpatias, exemplificou a importância do resguardo contando sobre sua mãe que hoje sofre as consequência

de “não resguardar” pois teve que ser operada para uma correção de prolapso de bexiga:

*E nem todas tiveram as consequências que minha mãe teve, eu acho que vai do organismo e quando vai no médico particular ele já quer fazer a cirurgia porque é pago, fala coisas que as vezes não fundamenta e que a gente conhece gente que teve quinze, dezesseis filhos e que não baixou a bexiga, então, as vezes eu discordo um pouco que é por causa dos partos.(Mulher 3)*

A entrevistada além de questionar o discurso médico o relaciona com a visão mercadológicas da prática médica, a tradição do resguardo se sobrepõe à ciência, em sua observação traz outras evidencias que comparam com o caso de sua mãe e com isso, se mantem a convicção de que seu problema é devido ao resguardo quebrado.

*Normalmente eu via fazendo muitos banhos, banhos com erva medicinal que chama negralina, normalmente faz um banho morno no finalzinho da tarde, sempre que está com quinze dias antes, faz no final da tarde um banho morno com essa erva, que tem um cheiro, sabe, bem forte, tem uma outra, caatinga de barranco, costuma fazer esses banhos, eu lembro, eu não cheguei a fazer porque tive na cidade, no hospital(Mulher 3).*

Teve dois filhos de parto normal hospitalar com episiotomia, relatou o desconforto causado pelo corte e também questionou o procedimento dando exemplo das ocorrências dos partos que ocorrem dentro do transporte:

*Tem menina do primeiro filho que se livra do corte porque ela ganha no caminho, tem elasticidade sem precisar do corte(Mulher 3).*

Ou seja, com apenas uma frase, une dois pontos críticos: o deslocamento das gestantes e a real necessidade do procedimento.

Ao questionada sobre qual atenção ideal para as gestantes realiza reflexões ao falar:

*Primeiro eu acho que teria a condição da segurança de ganhar em casa, né? Mais ai depois, a gente pensa do lado do avanço tecnológico pra mulher, hoje querer ganhar na roça, por exemplo, ela tem que saber que tá tudo bem, que já está encaixado e hoje em dia aqui é até difícil a ecografia. Antes não sei porque, era poucos casos de morte por parto, eu nasci e cresci na comunidade eu me lembro de uns três ou quatro, e hoje tantas grávidas na comunidade acabam indo pros*

*hospitais e se não fizer cesárea tá correndo risco de morte (Mulher 3).*

Sua reflexão exemplifica o movimento de fronteira entre tradição e modernidade, traz a concepção do risco sem deixar de trazer a lembrança não apenas reflexiva, mas crítica que envolve o tempo e espaço, sobre os poucos óbitos em partos na comunidade.

*A gente leva pro lado dessa indução, né, de talvez não esperar o processo biológico da dor e achar que tem que fazer a cesariana, pra isso, eu acho que ... as mulheres que estão na zona rural, principalmente, teria que ter um ponto de apoio na cidade pra vim pelo menos uma semana antes, né? E daí eu acho que palestras educativas, mostrando como é que tantas mulheres tiveram muitos filhos antes sem nenhum problema e que hoje elas podem ter, tirar esse medo de ter normal, porque eu ainda acredito que o normal é bem melhor mas não dá pra estar lá atrás da serra e achar que vai correr tudo bem, as poucas mortes que tivemos lá em baixo da serra, foi muito traumático, foi muito dolorido achar que ia correr tudo bem e de uma hora pra outra e perder mãe e perder filho (Mulher 3)*

Sua percepção sobre o parto abrange diversas dimensões sobre o tema chegando a pensar até mesmo em palestras educativas. O ponto de apoio referido se assemelha às ideias expressadas pelos ACS em ter uma casa para receber as gestantes.

Aborda a questão do medo das mulheres em terem não apenas parto na comunidade, mas percebe que há o medo do parto normal em geral, pedi que falasse mais sobre esse “medo” e ela relatou que em 2010 houve um óbito materno no meio da festa da Romaria, pela situação descrita, trata-se do mesmo caso relatado pelo ACS 3 e que outro fator considerável é que quem faleceu foi a filha e o neto de um dos ACS.

Presente em quase todas as entrevistas, a questão do transporte é relatada como a principal dificuldade das gestantes, as condições de deslocamentos são insalubres e a sugestão de ter uma unidade de saúde na comunidade é consenso entre as vozes, pois o serviço oferecido na cidade poderia ser oferecido na comunidade:

*Mas quando a gente fala de ter um posto a gente já faz uma reflexão, se está tão difícil de funcionar o posto de saúde na cidade*

*e lá na comunidade? E aí a gente também já acha, que na comunidade pode formar técnico de enfermagem e enfermeira padrão, que pode continuar ali, pessoas da própria comunidade (Mulher 3).*

A entrevistada sempre realiza o exercício de colocar argumentos para visualizar os dois lados da questão, consegue integrar as idéias trazidas por todas as vozes e traz em si a habilidade de transitar pelas fronteiras.

Considera que a formação de profissionais da comunidade seria algo positivo, questão que os médicos também levantaram como o ideal para cuidado em saúde na comunidade.

A Mulher 3 nasceu no Vão de Almas, saiu da comunidade para estudar e retornou à Cavalcante graduada, ao contrário dos Kalunga que moram na roça e tem uma casa na cidade, ela mora na cidade e mantém sua casa na roça. Exerce um cargo público que articula ações governamentais com a AQK, é sensível às necessidade e direitos das mulheres quilombolas, valoriza as parteiras e também traz a concepção técnico-científica contida no modelo biomédico como forma de promoção da saúde na comunidade e assistência.

Este, assim como no caso dos ACS, é um exemplo do que Hall (31)denomina de novas identidades, além disso, trata-se do resultado de um processo político de democratização do acesso (cursos superiores voltados para comunidades tradicionais e sistema de cotas) no ano passado, conheci o primeiro mestrando de origem Kalunga.

*Eu acredito que as próprias parteiras tem que ser solidarias às mulheres na comunidade como era antes, que antes ficava ali, era incrível, deixava sua casa lá e ficava na casa de uma família esperando a mulher dar dor, como eles falam, que geralmente era a noite (risos), ficava oito quinze dias ali sem cobrar nada, sem esperar nada em troca, era o prazer de fazer aquele serviço, hoje eles tem que ter essa vontade, sentir esse prazer de ajudar as mulheres e mais do que nunca, convencer as mulheres trazendo relatos das experiências anteriores que isso não é 'bicho de sete-cabeças'. Relacionado ao respeito a tradição, eu acho que o profissional de saúde tem que trocar experiência, aprender também, saber que é tradicional acho que essa troca é muito interessante pra quem quer respeitar realmente, respeitar e valorizar.(Mulher 3)*

Considera que a realidade dos moradores em terem casa na cidade, facilita a adesão das mulheres ao parto hospitalar, deixando as *parteiras* “*pra traz*”, perdendo essa potencialidade da realização do parto fisiológico:

*E ai perde essa potencialidade de fazer o parto fisiológico, naturalmente... não precisa dar dor e já ir ganhando menino, as parteiras entendiam de tudo, de tempo em tempo elas vão lá e fazem o toque e por ali sabem se está fácil ou se não. Tem caso da parteira fazer o parto de neném que vem pelos pés, não é fácil isso, ai mãe e criança sai tudo bem, diz que não é um parto fácil mas eles falam que Deus dá a força e elas com o jeito delas ali, faz normalmente o parto.*(Mulher 3)

Sua percepção da prática da parteira se revela positiva e relata mais aspectos do partejo Kalunga de sua lembrança:

*Andar é a primeira coisa, eu lembro que as vezes no quarto mesmo, com medo de dar uma tontura, amarrava uma corda, da travessa a outra e fazia ela andar segurando na corda, eles fazem um caldo, um molho de pimenta, diz que é um santo remédio pra dor aumentar, que as parteira, não sei como é que cientificamente trata isso, é até bom saber a relação disso, mas as parteiras sabiam disso.*(Mulher 3)

A concepção de que trabalho de parto necessita movimento e que é preciso estimular para que a dor aumente, faz-se presente igualmente no relato da parteira, o fato de que “é até bom” cientificamente que conheça a prática da parteira não altera o sentido da prática para a entrevistada, o fato dela querer uma explicação científica não quer dizer que é preciso validar o conhecimento para ser utilizado, mas sim de constatar com o intuito de valorizar não a ciência mas a prática da parteira em si e seu conhecimento ancestral.

Contou sobre lenda que no sétimo dia, do primeiro dia até o oitavo, tinha que dormir com a lamparina acesa, porque senão vinha um ser/coisa chupar o umbigo do neném, e era esse o chamado “Mal de 7 dias”, que depois dos contatos com a biomedicina, descobriram que era o tétano e que para isso havia vacina.

A Mulher 3 amplia a idéia do “ponto de apoio para a gestante” para a idéia da casa de parto e como na comunidade várias mulheres podem parir no mesmo mês, a entrevistada imagina que uma mulher pode cuidar da outra na mesma casa e que deveria ter a parteira, idealizando as práticas de cuidado dentro da concepção de intermedialidade, um espaço que teria a parteira, utilizaria da medicina tradicional mas também teria a retaguarda hospitalar no caso de transferência.

*Acho que tinha que ser no meio rural (a casa de parto) com fácil acesso de transporte, na boca da estrada porque assim, no meio rural, ali pega na hora fresquinha as ervas, faz os banhos, ou que fosse aqui mesmo, hoje tem a casa Kalunga, se ela fosse uma casa adaptada para realizar um parto, ficava ali na última hora, com alerta ao hospital se aqui tivesse condições de realizar parto, incrível que um hospital que nem Cavalcante não faz parto.(Mulher 3).*

A casa Kalunga é um espaço comunitário que realiza atividades socioeducativas voltadas para a comunidade ela não apenas idealizou uma forma de cuidado mas pensou naquilo que já está ao alcance, transmite a urgência em ter esse ponto de apoio ao relatar a prática de resistência da mulher Kalunga que é dar entrada no hospital no em trabalho de parto avançado, para não ser transferida para Campos Belos.

As mulheres Kalunga moradoras da zona rural são muito prejudicadas pela falta de estrutura nos serviços de saúde da cidade, dispendem de um valor alto para custear o transporte, alimentação e as vezes pagamento de exame e compra de medicamentos. Vivenciam as tensões entre tradição e modernidade refletida na concepção que o parto na roça é melhor, no entanto, no hospital é mais seguro, assim como utilizam tanto medicamentos alopáticos quanto naturais aprendidos na roça.

Essa voz é desrespeitada em seus direitos, sofrem a violência institucional em seus corpos, naturalizam essa violência sofrida e resistem o quanto podem para que suas práticas, ainda que a do resguardo por ser a mais forte pela dimensão simbólica, permaneçam.

#### **6.4 Considerações Finais**

Ainda que tenhamos que encerrar as etapas institucionais, este trabalho está longe de ser concluído, considero que um caminho foi aberto, a resposta da questão que dá título ao trabalho, “Como nasce um Kalunga?”, apenas começou a ser respondida considerando que não se trata apenas de compreender uma situação mas compreender “processos” em constante movimento e intensas transformações sóciohistóricas.

O processo de medicalização do parto na comunidade não vem sozinho, junto com ele outras relações sociais foram construídas em diversos setores de estâncias

públicas e privadas, e se intensificou a partir do ano de 2010 com um fato que denomino “evento desestruturante” em que a filha de um dos Agentes Comunitários de Saúde foi a óbito durante o trabalho de parto.

Essa situação extremamente dolorosa de perda fez com que as mulheres ampliassem a noção de risco no parto, desencadeando o sentimento de medo generalizado, culminando na crescente hospitalização. A responsabilidade sobre os riscos do nascimento domiciliar recaiu sob as parteiras com grande peso chegando ao ponto delas temerem processos judiciais se caso o parto não ocorresse com sucesso, e assim gradativamente, foram se eximindo de suas funções desestruturando o sistema centenário do partejo Kalunga.

O nascimento de um Kalunga, que antes era uma festa, passou a ser um evento tenso e incerto, o sistema de saúde local precisa de grandes reparos para prestar uma assistência que se adequa às particularidades do quilombo como grupo étnico que de fato, respeitem e reconheçam os saberes e práticas tradicionais como também a ofereçam uma atenção de saúde baseada nos princípios da humanização, sobretudo ao parto.

Mesmo com a intensa medicalização do parto, as práticas de autocuidado referentes ao período de resguardo permanecem com resistência, mesmo sofrendo coerção médica para desencorajar o uso de plantas, banhos e simpatias, as mulheres mantêm suas práticas. As práticas do resguardo dão sentido para a vida toda, as fronteiras da intermedicalidade são permeabilizadas com fortes conflitos de saberes neste circuito de energias circulantes nas tensões da negação, adesão e agregação.

As vozes biomédicas revelam a manutenção de um processo intervencionista iniciado nas década de 1960 com tomadas de decisões verticais atentando a cultura, saberes locais e práticas de saúde, os ACS se alinham à essas vozes e alcançam a comunidade devido ao seu lugar de representação e liderança. Trazem o valor afetivo em seu relacionamento com as parteiras, sugerem parcerias mas mantem a parteira e seus saberes como secundárias na prática de cuidado ao parto.

O conflito entre o tradicional, moderno, segurança e risco recaem sobre as mulheres que desejam realizar seus partos na comunidade mas suas ações se alinhando às recomendações biomédicas, o “evento desestruturante” justifica a ação de se deslocarem até a cidade e lá permanecerem para realização do parto, mas a

percepção de que o parto na comunidade é melhor, que a mulher é “bem cuidada” e não “tão queixosa” é clara em suas narrativas.

As parteiras se expressaram com muita beleza ao relatarem como eram os partos no passado, as “receitas” e métodos desenvolvidos no partejo, as relações de cuidado e “apadrinhamento”, a interação com a natureza, as relações de solidariedade, os remédios, a ajuda mútua de parentes e vizinhas mas sobretudo o fato de oferecerem seu “dom”, dispendendo energias criativas e espirituais.

As mulheres nos demonstraram a medicalização de seus corpos, a medicalização do parto na comunidade e um cenário do parto evidenciado pela violência obstétrica. Com os ACS foi possível conhecer o processo de como ocorreram as transformações e como sua capilaridade na comunidade influenciaram as transformações.

Nas vozes dos médicos, constatou-se a manutenção do processo civilizador através da medicina para com a sociedade e sobretudo aos povos tradicionais estigmatizados como “primitivos”, “atrasados” e “sem conhecimento”.

E o futuro? Será que as práticas das parteiras Kalunga farão parte apenas da memória desse grupo? Será que o “ser Kalunga” se limitará à condição histórica e à terra demarcada, uma vez que os processos homogeneizantes da globalização já são percebidos na comunidade? Estas são questões pertinentes à lógica dos fundamentos teóricos que envolvem a caracterização dos grupos étnicos e a modernidade.

A casa de apoio à gestante sugerida pelos ACS favorece a manutenção da lógica biomédica para manutenção dos partos hospitalares e não de fato a valorização dos saberes tradicionais, já a proposta da Mulher 3 sobre a casa de parto no território rural em que os partos ocorram com as parteiras, que as ervas para os banhos sejam colhidos no local, que as mulheres possam se cuidar coletivamente e ainda, que tenha a retaguarda hospitalar em caso de emergência, demonstra a idealização de um cuidado dentro das fronteiras da intermedicalidade.

A casa de parto seria o ponto de partida ideal para a possibilidade de abrir o espaço entre as fronteiras dos saberes e interação dos sistemas, considerando que a esta possa ser a última chance de que as práticas de partejo Tradicionais Kalunga sejam realmente práticas e não “memória”.

Este estudo, apesar de revelar as formas de violências institucionais e as intervenções históricas que causaram danos estruturais e simbólicos, ou nominando

uma outra forma de violência como “violência simbólica” que afetas os padrões de representação e significado do grupo, por outro lado, revelou também as práticas de autoatenção, que permanecem, a força das mulheres e o modo de ser Kalunga, a força da continuidade, a agência e resistência.

A experiência do trabalho de campo na comunidade foi muito intensa dentro dos limites do tempo. A descrição extensa dos fatores extrínsecos ao parto foi essencial para chegar na compreensão nuclear do estudo e distinguir a polissemia das vozes e sujeitos, encontrando nas entrelinhas as linhas que permeiam o movimento das fronteiras.

Em essência, são relações de “fronteiras” que constroem os sentidos desse trabalho, a primeira relação de fronteira encontrada parte da própria interação do campo da saúde com as ciências sociais em que a perspectiva apresentada é a partir do olhar de uma profissional de saúde, especificamente enfermeira, que transita pelos campos de conhecimento se arriscando na permeabilidade das fronteiras das áreas.

Logo, se apresentam as fronteiras do estudo partindo do referencial teórico, possibilitando a abertura de espaços entre os principais eixos teóricos que se sustentam tanto por si só como construção teórica, mas sobretudo se sustentam e justificam com as vivências de campo uma vez que o construir topológico do método permitiu essa liberdade em se “refazer” no campo vivo.

A minha ida para a comunidade foi combinada com o motorista do pau de arara via aplicativo de celular, a internet é um meio de comunicação de baixo custo apesar dos aparelhos que comportam esses programas terem um custo elevado. Pude vivenciar terrenos de fronteira entre tradição e modernidade percebendo que o mais importante não era de fato “o que” eles tinham, consumiam ou acessavam mas o sentido atribuído por eles mesmos à essas novas interações.

E dentro do transporte de pau de arara foi possível perceber, vivenciar e conhecer as cenas do cotidiano do Kalunga, foi o momento que eu mais estreitei os laços com a comunidade, fiz amizades e ouvi histórias. É no transporte que as notícias são disseminadas, é no transporte que se percebem os laços afetivos, as discórdias, os conflitos, pois não deixa de ser um espaço comum e uma oportunidade de estar e interagir com o coletivo.

A permanência na casa das famílias, diferentes famílias, em diferentes lugares do território, traziam variados elementos para se pensar suas constituições

familiares e como o ambiente altera as relações e o cotidiano, por exemplo, distância do rio e tipo e variedade de espécies de plantas encontrados naquela determinada terra.

Encontrar as parteiras, andar no pau de arara, comer carne de tatu, andar de canoa ou atravessar o rio (com arraias) à nado, ir para a festa do dia de Todos os Santos, permanecer na casa de Dona Maria Helena parteira, conversar à luz da lua, gravar suas canções e orações, lavar roupa no rio, fotografar as crianças e sentir o acolhimento dos Kalunga, agregaram valores incomensuráveis, tanto pessoais quanto para a análise e descrição.

A parteira, queria saber de minha vida, tanto quanto eu queria saber de sua vida, história e experiências. Relato um ponto crucial da pesquisa em que portas se abriram na comunicação no momento em que ela queria saber determinado fato e me perguntou: “Como vocês fazem lá?” e assim, fiquei muito à vontade em perguntar em diversos momentos “Como vocês fazem aqui?” e muito foi compartilhado nesse formato.

Mesmo me posicionando favoravelmente à manutenções de práticas culturais e valorização da diversidade e saberes, o exercício de romper com as dualidades do bem e do mal é constante. O retrato de um tempo, de vidas, vozes, compreensões e entendimentos foram tecidos, reforçando que a relação entre hegemonia e cultura borbulham ávidos por outros aprofundamentos.

Enquanto há memória, há vida e essa vida se renova nas gerações, a tradição se refaz até mesmo nas mais duras traições. Quando me despedi da parteira mais idosa, curiosamente, a mesma que não me concedeu a entrevista, me disse:

- “Não esquece da véia aqui!”.

Respondi: “Jamais!”

Considero esse momento extremamente significativo pois não se trata apenas de uma forma carinhosa e afetiva, mas um apelo, um apelo da “guardiã”. Só de mantê-la viva em minhas palavras, considero que alguma missão tratou de ser cumprida e o sentido de ser pesquisadora se encontra nos encontros, nas linhas que costuram vidas e nos fios que arrematam histórias.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baiocchi M de N. Kalunga: Povo da Terra. 1999<sup>o</sup> ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estados dos Direitos Humanos; 1999. 124p.:il. p.
2. Decreto Nº 4887 de 20 de novembro de 2013Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm)
3. Anjos R, Cypriano A. “Quilombolas – tradições e cultura da resistência”. Petrobras, 2006. São Paulo, 240 p. Comunicações A, organizador. São Paulo: Petrobrás; 2006. 240p. p.
4. Barth, Fredrik. Grupos Étnicos e suas fronteiras (1976). In: POUTIGNAT, P. Teorias da etnicidade. Seguido de grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth, Philippe Poutignat, Jocelyne Streiff-Fenard. Tradução de Elcio Fernandes. São Paulo: UNESP. 2011. 250 p.

5. Arruti JM. Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola. EDUSC. Bauru; 2006. 370p.
6. Furtado MB. Cultura, identidade e subjetividade em uma comunidade quilombola: uma etnografia na comunidade Kalunga. / Marcella Brasil Furtado - 2013. Dissertação (mestrado) - Orientação: Regina Lúcia Sucupira Pedroza. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia.
7. Educação, SEF (Secretaria). Uma história do povo kalunga / Secretaria de Educação Fundamental - MEC ; SEF , 2001. 120 p .: il. + caderno de atividades e encarte para o professor. In p. 31.
8. Leite IB. Os Quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas. Etnográfica, Vol. IV (2), 2000, pp. 333-354. Disponível em <[www.nuer.ufsc.br/artigos/osquilombos.htm](http://www.nuer.ufsc.br/artigos/osquilombos.htm)> Acesso: 10 set 2013.
9. Brasil (Ministério) - Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Brasília, 2013. Disponível em: <[www.seppir.gov.br/arquivos-pdf/guia-pbq](http://www.seppir.gov.br/arquivos-pdf/guia-pbq)>. Acesso: 11 set. 2013.
10. Barreto JN. Implantação de infra-estrutura habitacional em comunidades tradicionais: o caso da comunidade quilombola Kalunga / Jônatas Nunes Barreto. Brasília, 2006. 107 p.:Dissertação (mestrado) — Universidade de Brasília, Faculdade de Arquit.
11. Schumaer S, Vital Brazil É. Mulheres Negras do Brasil. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2007.
12. Atucchi IM. Conhecimentos tradicionais do cerrado:sobre a memória de Dona Flor, raizeira e parteira. Dissertação. Universidade de Brasília. Departamento de antropologia social. Brasilia-DF, 2006. 2006.
13. Medeiros R, Santos I, Silva L. A escolha pelo parto domiciliar: História de vida

- de mulheres que vivenciaram esta experiência. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 dez; 12 (4): 765-72. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>> . Acesso 20 jul 2015.
14. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 84p.
  15. Sousa B dos S. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. Revista Crítica de Ciências Sociais [Online], 80 | 2008, Disponível em: <<http://rccs.revues.org/691>>. Acesso 20 jul. 2015.
  16. Nunes ED. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção Científica. Rev Saúde Pública 2006;40(N Esp):64-72. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40nspe/30624.pdf>>. Acesso 21 ago. 2015.
  17. Alves PC, Rabelo MC. Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. 1998. 248 p.
  18. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.19,n.4, p.1019-1029, Apr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401019&lng=.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401019&lng=)>
  19. Minayo S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28ed. Petrópolis-RJ. Vozes, 2009.
  20. Munanga K. Origem e histórico do quilombo na África. Revista USP, São Paulo (28): 56-63, DEZEMBRO/ FEVEREIRO 95/96 Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/28/04-kabe.pdf>>. Acesso 10 set. 2013.
  21. Schimitti A. A atualização do conceito e quilombo e território nas definições teóricas. Ambiente & Sociedade - Ano V - No 10 - 1o Semestre de 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/n10/16889.pdf>>. Acesso 15 de

set. 2013.

22. Poutignat P. Teorias da etnicidade. Seguido de grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth, Philippe Poutignat, Jocelyne Streiff-Fenard. Tradução de Elcio Fernandes. São Paulo: UNESP, 1998.
23. Palacín L. História de Goiás (1722-1972)/ Luis Palacín, Maria Augusta de Sant'Anna Moraes – 7. ed. – Goiânia: Ed. Da UCG, Ed. Vieira, 2008. 184p.
24. Schumaer, S; Vital Brazil E. Mulheres Negras do Brasil. Rio de Janeiro: Senac Nacional. 2007.
25. Baiocchi M de N. Kalunga: Povo da Terra. UFG E, organizador. Goiânia: 3.Ed.; 2013.
26. Silva A van M. Kalunga / Ana van Meegen da Silva - Goiânia: Ed da UCG, 2007. 115p.
27. Villar D. Uma Abordagem crítica do conceito de “Etnicidade” na obra de Fredrik Barth. MANA 10(1)165-192. 2004;
28. Cardoso de Oliveira R. CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Caminhos da Identidade: Ensaios sobre etnicidade e multiculturalismo. São Paulo: Editora Unesp; Brasília: Paralelo 15. 2006. 258 p.
29. Anthony Giddens. As conseqüências da modernidade /Anthony Giddens; tradução de Raul Fiker. - São Paulo: Editora UNESP, 1991. - (Biblioteca básica). 156 p.
30. Marinho TA. Identidade e Territorialidade entre os Kalunga do Vão do Moleque. Dissertação. Universidade Federal de Goiás Programa de Pós Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia. Goiânia-GO, 2008.

31. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. DP&A Editora. 6<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro; 2006. 102 p.
32. Anthony Giddens, Beck U, Lash S. Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. Tradução de Magda Lopes. – São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997. – (Biblioteca básica).
33. Greene S. The shaman's leedle: development, shamanic agency and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. In: American Ethnologist 25(4) Disponível em: <http://www.academicroom.com/article/shamans-needle-development-shamanic-agency-and-intermedicality-aguaruna-lands->. 1998;
34. Oliveira ACA. Ritos, corpos e intermedicalidade: análise das práticas de resguardos de proteção ente os Ramkokamekra/Canela / Ana Caroline Amorim Oliveira. - Recife: 2008. 133 folhas: il., fotos.
35. Scopel D. Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: Práticas de Autoatenção, Xamanismo e Biomedicina / Daniel Scopel; orientadora, Esther Jean Langdon. Florianópolis. 2013.
36. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural system. Soc Sci Med Vol 12 pp 85 to 93.1980.
37. Diehl EE. Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). / Eliana Elisabeth Diehl. Rio de Janeiro: s.n., ilus., tab., graf., mapas Orientador: Santos, Ricardo. 2001.
38. Paul de Bruyne. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica [por] Paul de Bruyne, Jacques Herman [e] Marc de Schoutheete; Tradução de Ruth Joffily, prefácio de Jean Ladrière. Rio de Janeiro, F. Alves. 1977. 252 p.

39. Guber R. La etnografía: método, campo y reflexividad. Ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. Ed.,2012. 160 p.
40. Diversi M, Moreira C. Between Talk: Decolonizing Knowledge Production, Pedagogy, and Praxis/ Marcelo Diversi, Claudio Moreira. p. cm. – (Qualitative inquiry and social justice). 2009.
41. Brandão CR. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. Sociedade e Cultura, V. 10, N. 1, Jan./Jun. 2007, P. 11-27 Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/view/1719>> Acesso: 5 ago. 2015.
42. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80. Disponível em:<[www.emtese.ufsc.br](http://www.emtese.ufsc.br)>. Acesso: 28 fev. 2015.
43. Weber F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? Horiz antropol, Porto Alegre, v 15, n 32, p 157-170 [Internet]. 2009; Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832009000200007&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200007&lng=en&nrm=isso)
44. Creswell J. Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa. 3ª Ed. Editora: Penso;, organizador. 2014. 342p. p.
45. Gomes R. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In Minayo, MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores: Pesquisa Social: Teoria método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.
46. Cec M, Minayo S. Estrutura e sujeito , determinismo e protagonismo histórico : uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva Structure and subject , determinism and historical protagonism : A reflection about the praxis of community health. :7–19.

47. Ganguilhem G. O Normal e o Patológico / Georges Canguilhem; tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas – 6<sup>a</sup> ed. Ver. – Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2010. 2000.
48. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Gestão das Cidades. Pontifícia Universidade Católica.
49. Balaskas J. Parto Ativo. 2<sup>a</sup> ed. Ground E, organizador. 2008. 320 p.
50. Boltanski L. As classes sociais e o corpo / Luc Boltanski; tradução de Regina A. Machado; organização de texto de Maria Andrea Loyola Leblond. São Paulo: Paz e Terra, 2004 – 3<sup>a</sup> edição.
51. From E. Conceito Marxista do Homem. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 1979 - 9<sup>a</sup> edição.
52. Tornquist CS. Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil. UFSC; 2004.
53. Sousa B dos S. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. Rev Crítica Ciências Sociais, 78, Outubro 2007 3-46. 2007;
54. Illich I. A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
55. Costa, R. Sociedade de controle. São Paulo Perspec vol18 no1 São Paulo Jan/Mar 2004 [Internet]. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000100019>
56. Mauss M. Sociologia e Antropologia. 2003<sup>o</sup> ed. Cosaic N, organizador. São Paulo; 1934. 536 p.

57. Langdon E, Maluf S, Tornquist C. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde / Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luisa Sandoval Schmidt, Fabio Zicker, organizadores. – São Paulo : Aderaldo & Roths. :308 p.
58. Geertz C. A interpretação das culturas / Clifford Geertz. - 1926 l.ed., IS.reimpr. - Rio de Janeiro : LTC, 2008. 323 p.

## **APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



**UNICAMP**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**"Como Nasce um Kalunga? Práticas e percepções de Mulheres, Parteiras e Profissionais de Saúde"**

**Pesquisadora Responsável: Renata da Costa Rodrigues**  
**Número do CAAE:43831314.0.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma ou solicite a leitura pelo pesquisador, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### **Justificativa e objetivos:**

Compreender como ocorrem os nascimentos vivenciados pelas moradoras da comunidade Kalunga, quais os cuidados utilizados pelas parteiras, mulheres e gestante durante a gestação, parto e pós parto e também quais os cuidados oferecidos aos bebê que nasce.

**Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a participar de uma entrevista semi-estruturada, descrevendo seus conhecimentos acerca do assunto. A entrevista será gravada em áudio ou vídeo, as entrevistas serão realizadas dentro da comunidade no momento concedido pelo(a) entrevistado(a).

Você autoriza a gravação da sua entrevista?

Sim  Não

**Desconfortos e riscos:**

Você **não** deve participar deste estudo se sentir desconfortável com a presença da pesquisadora ou com o tema da pesquisa.

**Benefícios:**

Investigar a dinâmica das transformações sofridas nas práticas de saúde relacionadas à parturição dentro da comunidade e registrar práticas e saberes que permanecem, é de grande importância para nortear o cuidado de saúde da mulher e da criança Kalunga, essas informações servirão como subsídios para construção de políticas públicas e proteção do saber local.

**Ressarcimento:**

Não haverá despesas por parte dos entrevistados

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Renata da Costa Rodrigues através do telefone (12) 98204-1087, e-mail recosta.enf@gmail.com ou através do endereço: Departamento de Saúde Coletiva- Rua Tessália Vieira de Camargo, 126- Barão Geraldo -Campinas/ SP.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

---

---

(Assinatura do participante ou Digital)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

---

(Assinatura do pesquisador)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**APÊNDICE 2 – Autorização para utilização de Imagem e Som****Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado "COMO NASCE UM KALUNGA? PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DE MULHERES, PARTEIRAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE" sob responsabilidade de Renata da Costa Rodrigues vinculada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa e apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura ou digital  
do entrevistado(a)

Renata da Costa Rodrigues  
Pesquisadora

Data e Local: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE 3 – Roteiro de Entrevistas

#### 1- Entrevista – Parteira:

Nome:

Idade:

Comunidade:

<b>Objetivo 1:</b> "Conhecer e registrar os saberes e símbolos presentes nas práticas das mulheres, parteiras e profissionais de saúde"	<b>Objetivo 2:</b> "Compreender a dinâmica das transformações sócio-históricas"	<b>Objetivo 3:</b> "Compreender a necessidade das mulheres"
Saberes e Práticas de autoatenção	Dinâmica das transformações pela Parteira	Relação Mulher e Serviço de saúde
1. A senhora poderia me contar quando e como começou a ser parteira? 2. Porque a senhora permanece? O que motiva? 3. Como eram os partos antigamente? 4. Como a senhora cuida das mulheres durante toda a	8. Quando foi último parto amparado pela senhora? E na comunidade? 9. Como a senhora se vê hoje? Como se sente? 10. Houve mudança na vida da senhora? 11. O que significa ser parteira?	14. Há relação das parteiras com o serviço de saúde? 15. Como a senhora vê o nascimento hoje? 16. Como a senhora vê a cesárea? E o parto em casa? 17. O que representa

gestação e parto? (Prática em si) 5. Qual o significado da prática da senhora? 6. Qual a relação que se estabelece entre a senhora, mulher e a família? 7. O que representa todo o processo de nascimento?	12.As parteiras são vistas hoje como eram antes? Porque? 13. Qual a importância do trabalho da senhora na comunidade? E para a senhora?	a mulher Kalunga? 19. Na opinião da senhora qual a necessidade das mulheres? 20. Qual seria a assistência ideal para as gestantes hoje?
---	--	---

## 2- Entrevista Gestante

Nome:

Nº partos:

Tipo de parto:

<b>Objetivo 1 + 2</b>	<b>Objetivo 2</b>	<b>Objetivo 3</b>
Saberes e Práticas de autoatenção	Dinâmica das Transformações	Necessidade da mulheres
1. Onde e como você nasceu? 2. Conhece a pessoa que realizou seu parto? O que representa pra você? 3. Poderia me contar um pouco como é estar grávida? Como se sente? 4. Você realiza algum cuidado na gestação? Se sim quais? Da onde vem o conhecimento desses cuidados? 5. Você realiza pré- natal? Onde? Como é o atendimento? 6. Você pode me contar	7.Você tem conhecimento de como eram os partos antigamente? 8.Do seu conhecimento, qual foi o último parto realizado na comunidade? 9.Você conhece alguma parteira? Elas atuam de alguma forma? 10.Qual a sua opinião sobre o parto em casa? E no Hospital? Porque? 11. Poderia me contar sua vivência e escolhas?	12. Você enfrenta alguma dificuldade? Quais? 13. Como você vê o serviço de saúde? Como você se sente ao ser atendida? 14.Como você gostaria que fosse seu parto? 15. Qual a assistência ideal pra você?

como é o acesso ao serviço tanto para o pré-natal quanto para o parto?		
--	--	--

### 3- Entrevista Profissionais de Saúde

Nome:

Profissão:

<b>Objetivo 1</b>	<b>Objetivo 2</b>	<b>Objetivo 2 + 3</b>
<p>Cenário atual e Prática Profissional</p>	<p>Dinâmica das transformações pelo profissional</p>	<p>(Necessidade das mulheres)</p>
<p>1. Poderia me contar o porquê da escolha da profissão?</p> <p>2. Como chegou na Atenção Básica? Há quanto tempo?</p> <p>3. Poderia me contar um pouco da sua experiência na comunidade Kalunga?</p> <p>4. E em relação as Mulheres Kalunga? Como é trabalhar com elas?</p> <p>5. E com as gestantes?</p> <p>6. Qual o trajeto realizado por uma mulher gestante para a realização do pré-natal e parto?</p> <p>7. Na sua percepção, há</p>	<p>9. Houveram transformações desde quando você iniciou o trabalho na comunidade? Quais?</p> <p>10. Saberá me contar como eram os partos na comunidade Kalunga?</p> <p>11. Você conhece alguma parteira? O que acha da atuação delas?</p> <p>12. Na sua opinião, as parteiras estão acabando? Porque?</p> <p>13. Na sua opinião, para os Kalunga, há diferença entre nascer em casa ou no hospital?</p>	<p>14. O que é para você Parto Humanizado?</p> <p>15. Na sua opinião, as mulheres Kalunga enfrentam dificuldades? Quais?</p> <p>16. Qual o seu sentimento em relação a todo o cenário de cuidados à gestante?</p> <p>17. Qual seria a atenção ideal para as mulheres Kalunga no processo gestacional?</p> <p>18. O que seria para você: "respeitar a tradição quilombola"?</p>

diferença na atenção das mulheres Kalunga e outras mulheres?		
--	--	--

## APÊNDICE 4 –Resumo de Diário de Campo (exemplo)

### **Resumo 1: Conversas de "Pau de Arara" e encontro nas trilhas do Kalunga**

Não há como não esconder a ansiedade e o medo do que se pode encontrar numa ida à campo mesmo com todo o preparo teórico não deixa de ser um mergulho no desconhecido. O Vão de Almas germinava apenas em meu imaginário através das leituras e conversas com moradores. Agora, eu estava a caminho dessa terra, a caminho do encontro com o povo Kalunga que apesar de toda sua heterogeneidade, é nessa comunidade que se encontra com o modo de viver mais próximo de seus antepassados.

Um dia antes da minha ida, encontrei com uma moradora, trabalhadora da área de saúde na cidade que me comunicou sobre a incidência do inseto "barbeiro" vetor da doença de Chagas. Essa informação me trouxe muita insegurança, apesar de saber que se trata de área endêmica, assim como endêmica para Malária e Febre Amarela, pensar na doença do barbeiro me traz uma profunda sensação de fragilidade corporal.

A literatura pode se esgotar mas se não for possível colocar os pés nessa terra e caminhar na estrada que sobe poeira, subir serras, atravessar rio, fazer

parada nas casas, conversar e ganhar um café com biscoito, nunca será possível, mais do que conhecer, perceber e sentir a vida do Kalunga.

Portanto, o resumo de diário de campo<sup>1</sup> "Conversas de Pau de Arara e Encontros nas trilhas do Kalunga" traz a vivência dos trajetos e dos encontros com os moradores de forma geral, relata a ida e a volta da comunidade do Vão de Almas, que através da observação participante, evidencio essas vozes coletivas que não se inserem dentro da entrevista formal mas se tratam de fontes ricas de informações que possibilitam ampliar o olhar e trazer a questão central do estudo, que é o parto, mas reconhecendo que esse é um dos aspectos integrado a um contexto geral das transformações sócio-históricas na comunidade em que todo o sentido das tradições passam por processos inerentes aos contextos pós-modernos.

A minha viagem ao Vão de Almas estava combinada junto com um dos Agentes Comunitários de Saúde, um dia antes, ele me ligou dizendo que não seria possível ir mas havia conversado com o motorista que iria me indicar onde descer no Vão de Almas. Não me faltavam pensamentos de como seria esse transporte e suas condições para viagem.

Na manhã seguinte, as 6h30 da manhã eu já aguardava o transporte com uma grande mochila, barraca e alimentos. O transporte chegou, tratava-se de uma grande caminhonete tracionada com uma carroceria coberta por lona e tábuas alinhadas paralelamente e sua ocupação pelos passageiros segue uma conduta ética de proporcionar os melhores lugares para as mulheres e as crianças.

No caminhão há duas poltronas ao lado do motorista em que as mulheres mais velhas e mulheres com crianças de colo ocupam dentro da caminhonete ainda, há uma cabine ("cabina" na forma de falar dos Kalunga) em que vão as crianças (meninas) e as mulheres. Depois de ocupados esses lugares é que se ocupam os bancos da carroceria atrás que tem a capacidade de transportar em média 15 pessoas.

Além da taxa de R\$ 25,00 cobrada por passageiro há uma taxa de R\$10,00 por volumes transportado uma vez que a carga pode ocupar a vaga de um passageiro. Além disso, o motorista se encarregada de encomendas.

Na cabine fui eu, três crianças e mais um homem que era pai de duas das crianças e tio da outra. A porta da cabine não fechava direito, era possível ver as "gambiarras" com arames e fios para a porta encaixar, além de não ter vidro,

portanto exposto à todas as condições ambientais. O banco é de fibra, há resquícios de cinto de segurança.

O caminhão passava por toda a cidade buscando cargas e passageiros, as pessoas me cumprimentavam com grande sorriso, apertavam minha mão e queriam saber onde eu estava indo. A maioria dos moradores se não são parentes consanguíneos, são comadres e compadres, praticamente todos se conhecem.

O pai das crianças (Morador 1) na cabine era genro da senhora que me daria hospedagem, portanto, meu trajeto até a casa, já estava garantido em companhia sem o risco de me perder.

O Morador 1 foi muito gentil, desde o primeiro contato começamos a conversar, as crianças interagiram comigo e partilhamos o lanche. Morador 1 é um homem de aproximadamente 40 anos, nasceu na comunidade e trabalha com serviços gerais urbanos e rurais nos arredores de Cavalcante, disse que na cidade de Alto Paraíso há sempre oportunidade de trabalhos temporários. Portanto, ele passa temporadas fora trabalhando e retorna à comunidade sendo esta uma prática comum dos homens em idade economicamente ativa.

Há uma parada na cidade de Teresina de Goiás para abastecer e seguir logo mais entrando na estrada de terra. A paisagem típica do cerrado em tempo de seca, muita poeira levantando e entrando dentro do caminhão, o sol, de aproximadamente 9h da manhã é muito intenso. A estrada sinuosa, esburacada, velocidade máxima de 20km/h subidas tão acentuadas quanto as descidas. Percebi que o morro que se via de longe da cidade de Cavalcante estava cada vez maior e mais perto.

Morador 1 relatou sobre a mudança de clima dos últimos anos e de como esses ciclos irregulares são prejudiciais à plantação, principalmente o arroz, que perde com facilidade. Apesar de ainda se plantar diversos alimentos, a subsistência não é mais uma realidade, é preciso complementar comprando alimentos.

Minha interação com as crianças aumenta, principalmente com uma doce menina de 10 anos que disse gostar de ler e estudar, ela viu meu celular dentro da bolsa e queria pegá-lo, perguntou se havia jogos ou vídeos e disse que meu celular era igual ao do tio dela.

Ela me fazia muitas perguntas, da onde eu era, o que eu fazia, o que estava indo fazer na comunidade, se eu vim de avião, como era andar de avião e pudemos estreitar uma relação de amizade, logo pegou na minha mão e quando se sentiu indisposta por conta da viagem, deitou em meu colo, o pai com um olhar amoroso

(que depois fui saber que era padrasto) demonstrava tranquilidade, aprovando o cuidado que eu estava tendo com a menina.

A certa altura, depois de aproximadamente 3 horas de viagem, paramos em uma casa que tem uma venda, lá vende-se biscoitos, bolo, refrigerantes, bebidas alcoólicas, produtos enlatados e salgadinhos de pacote. O café é cortesia e as mulheres da casa nos recebem muito bem. Minha presença gera muita curiosidade nos moradores, sou muito bem recebida. Já no caminho, com a recepção do motorista, depois do Morador 1 e das crianças, aquele receio primário não se faz mais presente, entra no lugar, um aspecto positivo de interesse e abertura da percepção para compreender como as relações se estabelecem no grupo.

As casas começam a ficar mais perto umas das outras, os moradores das casas ao ouvirem o caminhão, saiam pra fora para receber o membro da família, ou a encomenda que chegava. Depois de mais uma hora de trajeto, chegou no ponto em que eu desceria.

Ao descer do caminhão, um grupo de aproximadamente 8 crianças vieram me cumprimentar pedindo a "benção". A "benção" é pedida a qualquer pessoa mais velha independente do parentesco ou apadrinhamento. Nesse local de descida, passamos por uma residência onde havia 3 homens sentados e uma senhora já conhecida minha, ao cumprimentá-la, minha vontade era de pedir-lhe a benção no entanto, me contive para buscar aprofundar no significado dessa ação, se era algo que poderia forçar uma intimidade não construída ou se era algo bem recebido independente do vínculo representando um respeito à cultura.

A moradora me reconheceu, me abraçou com alegria e fez questão que eu tomasse um café. Veio com um delicioso café fresco e alguns biscoitinhos de polvilho, sentamos nos tocos de madeira de um caramanchão extensão de sua cozinha e ficamos "proseando". Mostrou com pesar sua casa que havia pegado fogo na folia do Divino Espírito Santo, contou como foi a folia mas também contou como pegou fogo, será preciso um mutirão para reerguer sua casa.

Conheci essa senhora em uma feira de agricultura familiar em Goiânia, ela estava na feira representando os Kalunga, vendendo garrafadas de ervas, ervas do cerrado e óleo de pequi, babaçu e outros produtos que os Kalunga comercializam. Na oportunidade, perguntei a ela o que ela tinha de ervas para ser usados em problemas específico de mulher. Ela me mostrou plantas para "limpar o útero", um concentrado de ervas para "resguardo quebrado" e uma garrafada para "encombo

de mulher", ou seja, incômodos que acometem a mulher desde cólicas até problemas simples de ovário, comprei a garrafada.No entanto, em sua casa, quando comecei a perguntar mais sobre as ervas, ela desconversou.

Essa casa fica na entrada de uma estrada que dá acesso à outras casas, seguimos trilha adentro, os pés afundavam na areia fofa, fazendo com que o peso que carregava parecesse maior do que realmente era, foi preciso atravessar o rio Gameleira, andar sob suas pedras e manter o equilíbrio. Depois de aproximadamente quarenta minutos de caminhada, cheguei à casa que ficaria hospedada.

Se orientar nas trilhas da Kalunga seria uma tarefa para adentrar os dias, há uma estrada maior "rodagem" e as menores "cavaleiras" que se fazem a pé ou a cavalo, no entanto, essas trilhas menores facilmente somem e a vegetação toma conta criando rotas.

A moradora da casa que eu me hospedei tinha grande preocupação que eu me perdesse, até me deixou assustada, o que atrapalhou um pouco minha mobilidade, confiei na informação por precaução. No entanto, com o passar dos dias, fui me familiarizando com as rotas, memorizando e fazendo dos coqueiros, barrancos e pedras de rio meus pontos de referência.

Eu precisava sair de onde eu estava e ir à casa das parteiras, uma delas morava a aproximadamente 2km de distância e a outra a 6km. Precisava de alguém que me acompanhasse até lá, com essa mobilização, chegou até nós a informação que as duas parteiras tinham viajado para a cidade para realizar exames médicos. Após 5 dias na comunidade, escolhi retornar à Cavalcante para encontrar na cidade as parteiras.

A volta durou mais de 6 horas, fui a primeira passageira do transporte e naquele dia, ele faria as "duas linhas" ou seja, passaria pelo Vão de Almas inteiro, além disso, havia dois dias que não havia transporte, então esse dia foi o caminhão foi lotado para Cavalcante.

Sentei ao lado do motorista, fomos conversando, contei a ele do projeto e perguntei se ele sabia onde moravam as parteiras, uma delas é tia dele. Aproveitando a proximidade, perguntei se ele podia me dizer onde, na cidade ela estaria hospedada e eis a notícia que ela havia retornado para a comunidade.

Esse foi o segundo momento de frustração, o primeiro foi de saber que as parteiras estavam na cidade enquanto eu estava na roça, o segundo, foi em saber

que essa parteira mais velha e indicada pelos membros da comunidade, já tinha retornado e eu estava voltando para Cavalcante.

Eu poderia ter pedido a ele que me deixasse na casa dela mas não foi possível por dois motivos, um deles foi a informação que recebi de outros pesquisadores de saúde da dificuldade das parteiras em dar entrevistas, tive o receio de não ser atendida, precisar montar a barraca para pernoitar pois além da entrevista, necessitaria de um lugar para ficar. Outro motivo foi a questão dos alimentos, em três dias acabaram os alimentos que eu havia levado para pelo menos uma semana pois as crianças descobriram a minha sacola e ficou impossível negar a elas as caixinhas de água de coco e outros alimentos práticos para lugares sem energia, como por exemplo, o leite em pó preferido delas. Então, além de entrevistar, pedir pouso deveria também, pedir comida.

Apesar de pensar em todas as adversidades, meu desejo era de permanecer, mas a decisão de voltar foi afirmada quando perguntei ao motorista sobre a outra parteira, ele me respondeu que ela estava na cidade e que passaríamos em frente a casa dela. Fiz um planejamento rápido das minhas ações e decidi voltar, pois agora, conhecia o motorista, conhecia minimamente o Vão de Almas e estabeleci alguns laços de amizade que fariam do meu retorno ao território algo mais simples.

Fizemos uma parada em uma casa em que o motorista desceu do caminhão ao perceber que poderia demorar, desci também, logo, uma senhora idosa veio me cumprimentar, apresentou-me seu marido e me convidou para entrar. Entrei em mais uma casa Kalunga, o café é sempre oferecido apesar de estar em horário de almoço. Conversava comigo demonstrando muito carinho e intimidade, relatando seus problemas de estômago e o quanto a doença a deixara enfraquecida.

Ao meu lado, no caminhão sentou-se uma moça (Moradora 2) de aproximadamente 25 anos, muito falante e alegre, o casal de idosos que acabava de conhecer era seus sogros, ela estava indo para Cavalcante fazer pré-natal, acabara de descobrir a gravidez, me contou que muita gente do Vão de Almas foi para a cidade para ser atendida em um ônibus de uma deputada. Perguntei mais sobre esse ônibus mas ela sabia apenas que se tratava de um ônibus que fazia vários exames que não tem na cidade, entre eles ultrassonografia.

A Moradora 2 tem aproximadamente 25 anos, tem uma filha de 4 anos e seu marido está fazendo graduação em Agroecologia no Instituto Federal de Goiás, Campus de Planaltina. Eles são um jovem casal que desejam permanecer no

campo, gostam de plantar, citou diversos alimentos encontrados em sua roça, como milho, feijão, arroz, gergelim, abóbora, abobrinha, quiabo, chuchu e jiló. Disse que planta porque gosta de cuidar, mas nem todos tem a mesma disposição. Disse que ali naquele lugar, eles tem tudo.

A conversa fluiu entre nós três no caminhão, o motorista me falava o nome de árvores, perguntava se eu conhecia alguns frutos típicos do cerrado, em cada região do Vão de Almas que passávamos, me mostrava algum aspecto particular do território e desacelerava o caminhão nos lugares mais bonitos para que eu pudesse fotografar.

Motorista, é nascido no Vão de Almas, mas mora na cidade de Cavalcante, disse conhecer a todos, com frequência nas paradas recebe presentes: abóbora, galinha (há um espaço especial para transportar as galinhas), carne seca, bananas.

Comentou também sobre a mudança do clima que o Morador 1 também havia relatado, a seca está mais seca, muitos rios estão desaparecendo e na época de chuva não choveu o esperado. Quanto aos animais, também estão desaparecendo, contou histórias de caças, diferenciou o tatu-bola do tatu-peba, especificou detalhes de como caçar, cortar e preparar o tatu, a Moradora 2 contabilizava com entusiasmo os tipos de caça que já havia comido e eles trocavam especificações sobre sabor e características das carnes e ossos de tatus, macacos, capivara e aves diversas. Eles riam de mim e achavam um absurdo eu nunca ter comido carne de tatu.

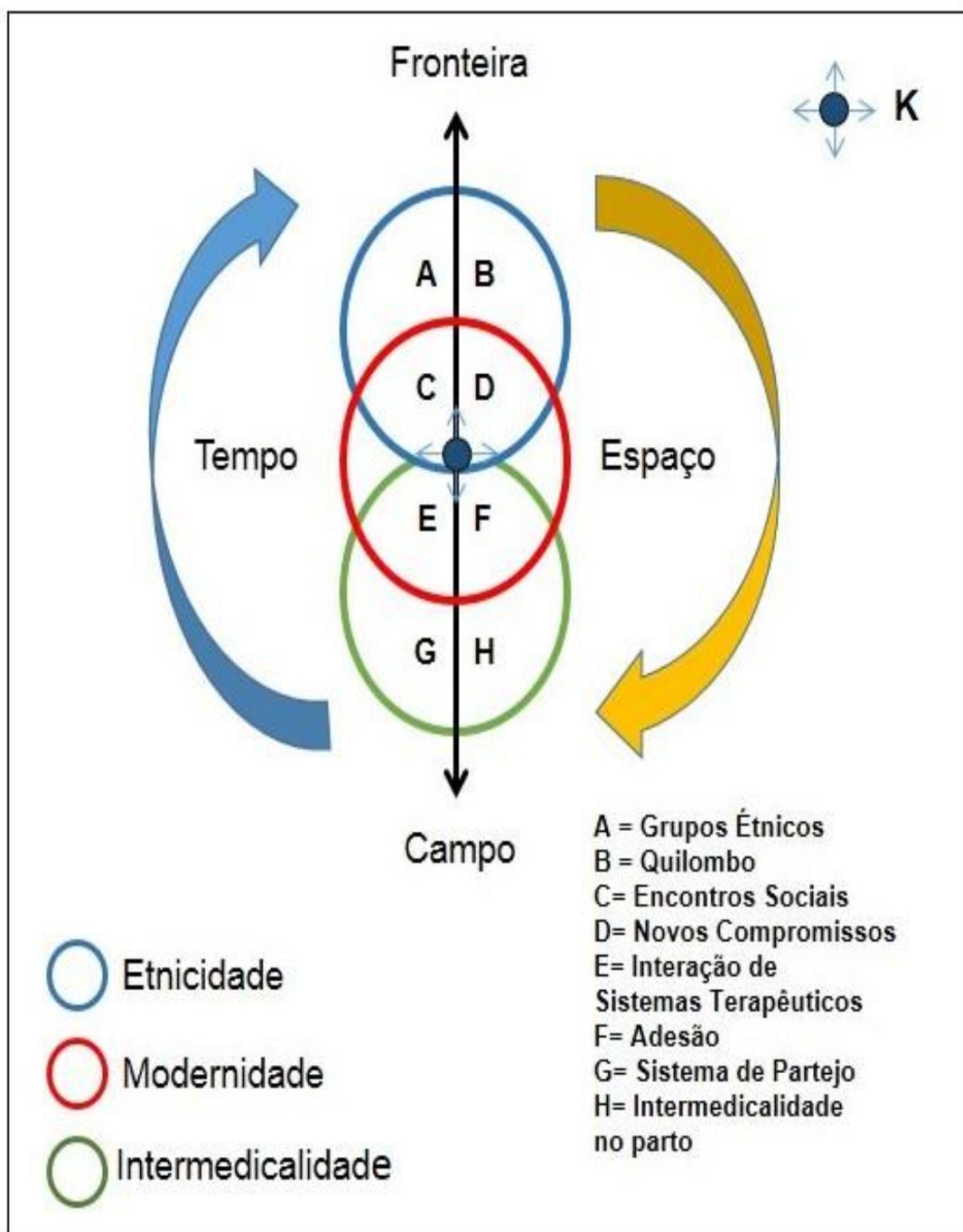
O caminho de volta parecia mais belo, pois agora estávamos de frente para a paisagem dos platôs da Chapada, Motorista parou no ponto mais alto da serra para que eu fotografasse. O caminhão balança demasiadamente e, entre subidas, descidas e rios atravessados, vivenciava o cotidiano de um motorista que contava histórias daquela terra, de um homem em sua maturidade que mesmo com a perda recente de uma neta de dois anos, demonstrava sua fé e serenidade, vivenciava também, relatos do cotidianos de uma jovem lavradora que diz amar sua família, sua comunidade e refletia a felicidade da gestação que se iniciava, queria agora um menino "homem" para que formasse um casal de filhos.

Perguntei ao motorista se alguma mulher já havia ganhado menino no caminhão, ele disse que não pois as mulheres já vão muito antes para a cidade pra ganhar menino. Mas que ia gestante e gente doente, mas antes o transporte do que a "rede".

A viagem se aproximava do fim, entrávamos de volta no município de Cavalcante, o bairro da Vila Morro Encantado é o bairro em que a maioria das famílias Kalunga tem residência, "barraquinho" como eles dizem. O motorista me mostrou a casa onde a parteira fica, logo em seguida, a encontramos na rua, o motorista parou e a moradora 2 que a conhece nos apresentou, eu disse que gostaria de conversar um pouco e se eu poderia ir até sua casa no dia seguinte. Ela olhou desconfiada mas pelo fato de estar no transporte do Vão de Almas e ser apresentada pela Moradora 2, aceitou. Disse que estaria na fila dos exames e no fim da tarde estaria em casa e que eu poderia "chegar".

A moradora 2 chegou ao seu destino, trocamos telefone, perguntei a ela se seria possível marcarmos uma conversa durante sua estadia cidade, me concedendo uma entrevista para o trabalho. Ela se dispôs e assim marcamos de nos encontrar também no dia seguinte. Esse encontro com as mulheres será descrito no próximo resumo: "Conversa de Comadre".

## **Apêndice 5 – Conjuntos Teóricos e Eixo Transversal**



**ANEXO A - REGULAMENTAÇÃO DO TERRITÓRIO KALUNGA  
GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS**

**Gabinete Civil da Governadoria**  
**Superintendência de Legislação.**

LEI Nº 11.409, DE 21 DE JANEIRO DE 1991.

- Vide Lei nº 9.904 de 10-12-1985

- Vide Lei Complementar nº 19 / 96

Dispõe sobre o sítio histórico e patrimônio cultural  
que especifica.

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º - Constitui patrimônio cultural e sítio de valor histórico a área de terras situadas nos vãos das Serras do Moleque, de Almas, da Contenda-Calunga e Córrego Ribeirão dos Bois, nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás, no Estado de Goiás, conforme estabelecem o § 5º do art. 216 da Constituição Federal e o art. 163, itens I e IV, § 2º da Constituição do Estado de Goiás.

Parágrafo único - A área mencionada neste artigo tem a seguinte delimitação:

“Começa na Barra do Ribeirão dos Bois com o Rio Paranã; daí segue rumo leste com uma distância aproximada de 5.000 metros; daí, segue rumo sul, com uma distância aproximada de 3.700 metros, até a extremidade norte da Serra do Boqueirão; daí, segue para o sul pelo sopé oeste da Serra do Boqueirão, até a garganta do Córrego Boqueirão; daí, segue por este Córrego abaixo, até sua barra com o Ribeirão dos Bois; daí, segue por este abaixo, até sua barra com o Córrego do Leite; daí, por este acima, até sua cabeceira na Serra da Boa Vista; daí, segue rumo oeste, com uma distância aproximada de 4.200 metros, até o Rio das Almas; daí, segue por este Rio abaixo, até a barra com o Rio Maquiné; daí, segue por este Rio acima, até sua cabeceira na Serra do Maquiné; daí, segue no rumo oeste, com uma distância aproximada de 17.200 metros, até a cabeceira do Córrego Ouro Fino; daí, segue córrego abaixo, até sua barra no Rio da Prata; daí, segue por este Rio abaixo, até sua barra no Rio Paranã; daí, segue por este Rio acima, até a barra do Rio Bezerra; daí, segue por este Rio acima, até a confluência com o Córrego Bonito; daí, segue com rumo sul, numa distância aproximada de 1.700 metros, até o sopé da Serra Bom Jardim; daí, segue para o sul, pelo sopé da Serra Bom Jardim e contenda, até a garganta do Rio Paranã, no local denominado Funil; daí, segue Rio Paranã acima, até o ponto onde teve início a descrição deste perímetro.”

Art. 2º - Habitantes do sítio histórico, a serem beneficiados por esta lei, são as pessoas que nasceram na área delimitada no parágrafo único do artigo anterior, descendentes de africanos que integraram o quilombo que ali se formou no Século XVIII.

Art. 3º - Para cumprir o disposto nesta lei, é dever do Estado de Goiás, com referência ao sítio histórico:

I - garantir às pessoas mencionadas no artigo anterior a propriedade exclusiva, a posse e a integridade territorial da área delimitada e protegê-la contra esbulhos possessórios, o trânsito, as incursões e sua utilização por quem não se enquadrar na definição do mencionado dispositivo, podendo, para tanto, proceder às necessárias desapropriações;

II - atuar, preferencialmente, em ação conjunta com os seus habitantes e os Municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás, estabelecendo, de forma articulada medidas e mecanismos que visem a proteção e defesa do patrimônio cultural;

III - prestar aos seus habitantes assistência médica, social e educacional gratuita e apoiar as suas reivindicações, que visem à sobrevivência, auto determinação e preservação de sua identidade histórico-cultural.

Art. 4º - As glebas de terras compreendidas na área delimitada no parágrafo único do art. 1º, que não pertencem às pessoas mencionadas no art. 2º, serão desapropriadas e, em seguida, emitidos os títulos definitivos em favor dos habitantes no sítio histórico, com cláusula de inalienabilidade vitalícia, só transferíveis por sucessão hereditária.

Parágrafo único - Quanto às posses, observar-se-á o seguinte:

I - se estiverem as glebas ocupadas pelas pessoas mencionadas no art. 2º, serão elas regularizadas em favor destas e expedidos os respectivos títulos;

II - as glebas de terras devolutas ocupadas a qualquer título por pessoas que não se enquadrarem na definição do art. 2º serão arrecadadas e desocupadas, depois de indenizados os seus ocupantes pelas benfeitorias úteis e necessárias.

Art. 5º - No prazo de um ano, a contar da publicação desta lei, o Estado demarcará os limites estabelecidos no parágrafo único do art. 1º, promoverá o inventário, o registro e inscrição do patrimônio cultural no Livro Tombo e no Registro de Imóveis, na forma da lei, e cadastrará os habitantes do sítio histórico.

Parágrafo único - Participarão dos trabalhos necessários ao cumprimento da norma contida neste artigo as entidades referidas no § 2º do art. 16 da Disposições Transitórias da Constituição Estadual, assegurada, ainda, a participação de outros dois técnicos da Universidade Federal de Goiás -UFG.

Art. 6º - Na área do sítio histórico são vedadas atividades ou construções de obras que causem a devastação, a erosão e a poluição do meio ambiente, ameacem ou danifiquem o patrimônio cultural, a flora, a fauna, a vida e a saúde das pessoas.

Art. 7º - São permitidas e asseguradas, exclusivamente, aos habitantes do sítio histórico, mencionados no artigo 2º, as explorações agrícola, pecuária e hortifrutigranjeira, bem como a de recursos renováveis e recursos minerais, vedado o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem riscos para a saúde, a qualidade de vida e o meio ambiente.

Art. 8º - A partir da publicação da presente lei, é vedada a constituição de novas posses na área do sítio histórico.

Art. 9º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 21 de janeiro de 1991, 103º da República.

HENRIQUE ANTÔNIO SANTILLO  
Carlos Alberto Guimarães  
(D.O. de 28-01-1991)

## ANEXO B – MAPA DO SÍTIO HISTÓRICO



# ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMO NASCE UM KALUNGA? PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DE MULHERES, PARTEIRAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Pesquisador:** Renata da Costa Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43831314.0.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.046.451

**Data da Relatoria:** 28/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

**Resumo:** A comunidade Kalunga é uma das mais importantes comunidades de remanescentes de quilombos no Brasil, devido a sua extensão, número de habitantes e história. Cresceram às margens do Rio Paranã, desenvolveram-se com agricultura de subsistência, realizavam algumas trocas comerciais com vilas vizinhas e compartilhavam da terra com os indígenas locais. Para eles, o território Kalunga é um lugar sagrado, no qual a relação com a terra, tempo de plantio, cheias e secas do Rio Paranã, definem seus ciclos. As parteiras são as mulheres conhecedoras dos ciclos da mulher, das plantas e rezas, desenvolveram suas habilidades através da tradição familiar ou como um "dom" de nascimento como elas mesmas definem. No ano de 1991, foi decretado patrimônio histórico e cultural a área de terras que compreendem a comunidade Kalunga, os habitantes nascidos na região e que descendem de africanos que habitaram o quilombo. O Objetivo desse trabalho é conhecer as percepções das mulheres, parteiras e famílias da comunidade Kalunga sobre o processo gestacional vivenciado, as escolhas relacionadas ao tipo do parto e todo o processo gestacional, verificando em que medida se relaciona com as percepções e práticas dos profissionais de saúde da região.

**Introdução:** 1.1 Quilombo e contexto histórico Os quilombos são territórios específicos habitados por grupos étnicos raciais de ancestralidade negra que se organizaram de forma peculiar dentro

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

**Bairro:** Barão Geraldo

**CEP:** 13.083-887

**UF:** SP

**Município:** CAMPINAS

**Telefone:** (19)3521-8936

**Fax:** (19)3521-7187

**E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.046.451

de um espaço coletivo com diversos grupos familiares desenvolvendo regras consensuais orientadas pela solidariedade e ajuda mútua. (SEPPPIR, 2012). Em sua etimologia a palavra "quilombo" em bantu significa "acampamento guerreiro na floresta" (LEITE, 2008). Essa forma de se organizar advém de um processo histórico de resistência e opressão sofrido desde a vinda de africanos que alimentavam o sistema escravocrata no período do Brasil colônia, consistindo em típica manifestação contra subordinação dos negros, a fuga para localidades distantes de difícil acesso mantendo-se em posição defensiva e lutando para sobreviver. (FREITAS, 1984; LEITE, 2000) Buscavam se instalar em áreas de acidentes geográficos naturais, formações rochosas íngremes, morros, chapada, serras, rios intransponíveis ou abismos para dificultar a aproximação e visualização de perseguidores (FURTADO, 2013). Com a promulgação da Lei Áurea em 1888 abolindo a escravidão, os ex escravos haviam de optar por fixarem-se nas periferias urbanas ou se refugiar nas comunidades quilombolas, sobretudo a população que já habitava a zona rural e também aqueles abandonados pelos seus senhores, o medo da Lei Áurea ser revogada era iminente e o quilombo proporcionava essa proteção. (BARRETO, 2006). No contexto do Brasil República em meados da década de 30 a discussão é retomada com a formação da Frente Negra Brasileira, organização que exigia igualdade de participação dos negros na sociedade brasileira (IPEAFRO, s.d.), militantes apontavam que o processo de abolição estava "inacabado" e que como dívida restou a marca em forma de estigma, com efeitos simbólicos excludentes e geradores de novas situações de exclusão, sendo dessa forma, a exclusão como fato e como símbolo. (LEITE, 2000). Na década de 1960 os quilombolas, através de ações de indivíduos, grupos econômicos poderosos e até mesmo do Estado, eram expulsos de suas áreas tomando, além da questão social, um problema de ordem fundiária. (BARRETO, 2006). No final dos anos 70, a discussão sobre direitos e terras é retomada no cenário político durante a redemocratização do país persistindo até hoje tomando importante dimensão na luta dos afrodescendentes (LEITE, 2000). Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, através do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) o governo brasileiro reconhece a existência das comunidades assegurando-lhes o direito à posse de terras devendo o estado emitir seus títulos. Dessa forma, passaram a contar com certo reconhecimento de suas formas de se relacionar com a terra, as relações sociais comunitárias e a valorização positiva de traços culturais ressaltando a importância do território a esse grupo repleto de significações identitárias. (MIRANDA, 1996) No ano de 2003, procedendo do Artigo 68 resulta o Decreto Nº4887/2003 que avança significativamente no âmbito legal, assegurando aos remanescentes das comunidades dos quilombos suas terras ocupadas e sua reprodução física, social, econômica e cultural garantida. 1.2 O Quilombo KalungaAs

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Página 02 de 07

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.046.451

comunidades quilombolas localizam-se em 24 estados da federação, sendo a maior parte nos estados do Maranhão, Bahia, Pará, Minas Gerais e Pernambuco. Os únicos estados que não registram ocorrências dessas comunidades são o Acre e Roraima, além do Distrito Federal. Estima-se a existência de aproximadamente 214 mil famílias em todo o Brasil e 1,17 milhão de quilombolas. (BRASÍLIA, 2013). No nordeste do estado de Goiás, localizada na microrregião Chapada dos Veadeiros a 600 km de distância da capital do estado, Goiânia, e a 330 km de Brasília. A região limita-se com os municípios de Arraias (TO), Monte Alegre de Goiás (GO), Teresina de Goiás (GO) e Cavalcante (GO). Dentre as comunidades da região CentroOeste, a Comunidade Kalunga é a mais importante em termos numéricos e histórico sendo um dos maiores do Brasil. Ocupa uma área de 253,2 mil hectares, com uma população estimada em mais de seis mil habitantes. Em 1991 foi reconhecida pelo Governo de Goiás como Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga (ANJOS E CYPRIANO, 2006; BAIOCCHI, 2006 apud NEIVA, et al, 2008). A ocupação desses territórios pelos bandeirantes paulistas ocorreu no final do século XVII e começo do XVIII quando descobriram terras nessa região com grande quantidade de ouro, necessitando uma quantidade de escravos proporcional. (FURTADO, 2013). Os primeiros africanos a serem trazidos para o Brasil como escravos eram chamados de congo ou angola, a palavra kalunga está relacionada à sua cosmologia: "Ela se referia ao mundo dos ancestrais eles acreditavam que as pessoas deviam prestar culto aos seus antepassados, porque era deles que vinha a sua força. Para eles, o mundo era representado como uma grande roda cortada ao meio e em cada metade havia uma grande montanha. Numa metade da roda, o pico da montanha ficava virado para cima. Mas na outra metade a montanha estava invertida, de cabeça para baixo. De um lado da roda, a montanha de cima representava o mundo dos vivos. De outro, a montanha de ponta cabeça representava o mundo dos mortos, terra dos ancestrais. As duas montanhas eram separadas por um grande rio que eles chamavam de kalunga. Por isso, para eles, kalunga era o nome desse lugar de passagem, por onde os homens podiam entrar em contato com a força de seus antepassados." (SEP, 2010, p.31). Nesse sentido o símbolo dessa força Kalunga é evidenciado em sua forma de organização, de luta, de espaço conquistado, manutenção cultural através das gerações (LEITE, 2008) e, sobretudo por permanecerem "invisíveis" até a década de 1960 quando a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde), órgão do Governo Federal Brasileiro estabeleceu os primeiros contatos. (FURTADO, 2013). 1.3 Políticas públicas e saúde Em 2004 foi lançado o Programa Brasil Quilombola com o objetivo de consolidar os marcos da política de Estado para as áreas quilombolas e também posteriormente instituída a Agenda Social Quilombola (Decreto 6261/2007), que estabelece ações voltadas às comunidades organizadas através de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Página 03 de 07

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.046.451

quatro eixos: 1) Acesso À Terra, 2) Infraestrutura e Qualidade de Vida, 3) Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania; visando um trabalho interministerial. (BRASÍLIA, 2013). No Eixo 2 de Infraestrutura e Qualidade de Vida, está inserido o cuidado em saúde. As políticas de proteção à saúde dentro dos saberes tradicionais tiveram seu olhar ampliado após a edição de manuais de atenção básica e programas voltados às comunidades e parteiras tradicionais, sugerindo inúmeras formas de integrar os saberes tradicionais à medicina clássica em seu cuidado em saúde e manterem sua identidade na relação saúde/doença. (BRASÍLIA, 2013). O conceito de identidade étnica está ligado ao sentido de pertencimento ao grupo, à ancestralidade e aos valores transmitidos de forma oral, que são responsáveis pela manutenção e sobrevivência cultural da comunidade (BARRETO, 2006). Dessa forma, as propostas de desenvolvimento local trazem transformação em ambos os sentidos, em que as pessoas são modificadas pela herança das práticas estabelecidas pelas gerações anteriores, ao mesmo tempo em que modificam os processos das atividades socioculturais de suas comunidades (ROGOFF, 2005 apud BARRETO, 2006).

**Metodologia Proposta:** A pesquisa será realizada, dentro do Sítio Histórico do Patrimônio Cultural Kalunga no estado de Goiás, apesar do sítio compreender as cidades de Monte Alegre, Cavalcante e Teresina de Goiás, a pesquisa será concentrada na cidade de Cavalcante que permite o acesso às duas comunidades que serão foco deste estudo: Comunidade Engenho II e Comunidade Vão de Almas. A comunidade do Engenho II foi escolhida por ser a comunidade mais perto da cidade e que o acesso é facilitado e o Vão de Almas, por ser mais longe da cidade e o acesso serem dificultoso. Após a autorização do atual líder comunitário, serão entrevistadas mulheres gestantes e parteiras moradoras da comunidade. Os profissionais de saúde entrevistados serão os que prestam ou prestaram atendimento de saúde diretamente para a comunidade.

**Critério de Inclusão:** Mulheres gestantes, Parteiras e profissionais de saúde que atuam ou atuaram diretamente na comunidade Kalunga.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Conhecer as percepções das mulheres, parteiras e famílias da comunidade Kalunga sobre o processo gestacional vivenciado, as escolhas relacionadas ao tipo do parto e todo o processo gestacional. Verificando em que medida se relaciona com as percepções e práticas dos profissionais de saúde da região. **Objetivo Secundário:** Conhecer e registrar os saberes e símbolos presentes nas práticas das parturientes, parteiras e profissionais de saúde. Compreender a dinâmica das transformações socio-históricas das práticas de saúde relacionadas à parturição dentro da comunidade, segundo as mulheres, as parteiras da comunidade Kalunga e os

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Página 04 de 07

**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.046.451

profissionais de saúde. Compreender a necessidade das mulheres Kalungas em relação ao protagonismo de seus partos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Desconfortos na presença do pesquisador Benefícios: Conhecimento procedente da pesquisa contribuirá para o desenvolvimento de ações para fortalecimento comunitário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é um Projeto de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Área de Concentração Ciências Sociais). Início previsto para 25/05/2015. Orçamento previsto de R\$6.500,00 e financiamento próprio.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados:

1. Autorização AQK – autorização do presidente da Associação Quilombo Kalunga, Vilmar Souza Costa
2. Autorização SMS – autorização da secretaria de Saúde do Município de Cavalcante, assinada pela secretária Patricia Maria Correa
3. solicitação web pgna2 – com solicitação de alteração do pesquisador responsável pela pesquisa de Juliana Luporini do Nascimento para Renata da Costa Rodrigues
4. Image2015-04-09-163705 – documento com a folha de rosto assinada pelo Prof. Dr. Ivan Felizardo Contrera Toro, diretor da FCM UNICAMP.
- 5- Projeto Detalhado oficial
- 6- TCLE – Kalunga
- 7- uso da imagem mar2015 – termo de autorização para uso de imagem e som.
- 8- Resumo informativo da Plataforma Brasil

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto considerado aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.046.451

na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.046.451

CAMPINAS, 04 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**Renata Maria dos Santos Celeghini**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Página 07 de 07