

# AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS E O SEU MODO DE CUIDAR

MOEMA DA SILVA BORGES\*

DIANA LÚCIA MOURA PINHO\*\*

SILVÉRIA MARIA DOS SANTOS\*\*\*

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

(Paulo Freire, [2000])

*RESUMO:* Este artigo discute, com base na Sociologia das Ausências e Emergências de Boaventura de Souza Santos, as representações sociais do saber/fazer das parteiras tradicionais. Busca salientar a necessidade de diálogo entre os diferentes saberes e sinaliza que a educação popular pode contribuir para uma ecologia de saberes e para a prática educativa dos profissionais de saúde.

*Palavras-chave:* Educação popular em saúde. Representações sociais. Parteiras tradicionais.

## THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF TRADITIONAL MIDWIVES AND THEIR WAY TO CARE

*ABSTRACT:* Based on the Sociology of Absences and Emergencies by Boaventura de Souza Santos, this paper discusses the social representations of the know-how of traditional midwives. It seeks to highlight the need for a dialog between different knowledge and

---

\* Doutora em Ciências da Saúde e professora do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UNB). *E-mail:* mborges@unb.br

\*\* Doutora em Psicologia e professora do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação de Ciências da Saúde da UNB. *E-mail:* diana@unb.br

\*\*\* Mestre em Ciências da Saúde e professora do Departamento de Enfermagem da UNB. *E-mail:* silveria@unb.br

indicates that popular education can contribute to an ecology of knowledge and to the educational practice of health professionals.

*Key words:* Popular education in health. Social representations. Traditional midwives.

O questionamento acerca da hegemonia do saber científico tem favorecido os debates sobre uma política de conhecimento que, com avanços e retrocessos, vem alicerçando as discussões sobre a legitimidade de diferentes saberes.

A Sociologia das Ausências e Emergências, alternativa epistemológica proposta por Boaventura de Souza Santos (2004a), argumenta que a ciência moderna, ao produzir existências, também produziu ausências. O eixo central da proposta é reabilitar os diferentes saberes por reconhecer, nessas formas de conhecimento, virtualidades capazes de enriquecer a relação com o mundo. Para o autor, o não-aproveitamento dos diferentes saberes e experiências favorece o desperdício da riqueza social (Santos, 2004a).

É nessa perspectiva que caminha a educação popular, na busca da reabilitação/articulação entre os diferentes saberes, por meio do diálogo entre o fazer e a reflexão teórica, permitindo aos atores a discussão e a sua inserção nessa problemática, corroborando a apropriação crítica da realidade (Freire, 1999).

De forma análoga, o conceito de saúde, em uma concepção ampliada para além da ausência de doenças e em defesa da vida, coloca em evidência a necessidade de estabelecer um diálogo entre diferentes saberes, em respeito às necessidades culturais que permeiam o cuidado em saúde.

Nesta perspectiva, o ser humano é, ao mesmo tempo, participante e protagonista da produção da saúde. Segundo Campos (2006, p. 73) “a capacidade de compreender depende de uma diminuição das áreas de não-saber, reduzir o desconhecimento, nesse sentido a educação em saúde e o acesso a informações são fundamentais”, configurando-se em um espaço de co-produção.

Nesse enfoque, Pierret (1984, apud Jodelet, 2006, p. 80) afirma que “os sistemas de representação da saúde, que organizam as

práticas sociais e simbólicas, remetem não somente à doença e à medicina, mas também ao trabalho, à educação, à família e permitem extrair lógicas de vida, ou, pelo menos, sentidos dados à vida”, como enfatiza Santos (2004b), virtualidades capazes de enriquecer a relação com o mundo. Tal relação, segundo Brandão (2001, p. 26),

(...) pode ser enriquecida por meio de uma ação cultural ampliada de diálogo, favorecendo o crescimento parte a parte na busca de saídas e soluções a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo.

Nessa linha argumentativa, a educação popular, no contexto da saúde, possibilita o aproveitamento da “riqueza social” na direção da emancipação (social, cultural e política) dos atores, formação crítica dos cidadãos e engajamento individual (Boucher-Petrovic, 2006). Nas palavras de Vasconcelos (2001, p. 15),

(...) ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Assim, a riqueza social caracteriza-se pela diversidade e flexibilidade de adaptação a mudanças sociais que requerem uma postura reflexiva frente ao desafio. O aproveitamento potencial da riqueza social advém do diálogo entre os saberes, pois todo o conhecimento se assenta em saberes objetivos retirados da experiência cotidiana de distintas comunidades, sejam elas científicas ou não (Santos 2004b).

Nesse cenário, questiona-se: o diálogo entre o fazer e a reflexão teórica pode favorecer a visibilidade da diversidade e multiplicidade dos saberes? Segundo Freire (1990, p. 165), o diálogo vincula a leitura das palavras à leitura da realidade, possibilitando “uma melhor compreensão do mundo”. A dicotomia entre o mundo das palavras e o mundo real silencia o mundo da experiência. No enfoque da Sociologia das Ausências e Emergências, o silêncio (ausências) é fabricado pela desqualificação de determinadas realidades, objetos ou experiências, que as torna invisíveis, ininteligíveis ou descartáveis, de modo muitas vezes irreversível. Esse processo de silenciamento o autor denominou de

monocultura racional, que se caracteriza por uma racionalidade hegemônica que nega e exclui o diferente (Santos 2004a).

Para a Sociologia das Ausências e Emergências, o que importa é tornar credível um objeto empírico que, à luz da ciência hegemônica, seria considerado impossível, uma vez que a sua formulação representaria uma ruptura com ela, considerando que não há uma única maneira de não existir, pois as ausências são traduzidas em “diferentes lógicas e processos, através dos quais os critérios hegemônicos de racionalidade e de eficácia produzem a não-existência do que neles não cabe” (Santos, 2005, p. 19).

Dessa forma, a monocultura racional caracteriza-se por cinco lógicas ou modos de produção de ausências: a lógica do saber e do rigor científico; a lógica do tempo linear; a lógica da classificação social; a lógica da escala dominante e a lógica produtivista. Entre essas lógicas, a do saber e do rigor científico é percebida como o mais poderoso modo de produção de não-existência, pois ela admite apenas a ciência hegemônica como critério de verdade, reduzindo à categoria de ignorante ou inculto tudo o que não é por ela legitimado.

Todavia, segundo a Sociologia das Ausências e Emergências, não há saberes nem ignorâncias completas, mas a incompletude. Nas palavras de Santos (2004b, p. 790), dela “decorre a possibilidade de diálogo e de disputa epistemológica entre os diferentes saberes”. Essa abordagem propõe a substituição da monocultura do saber científico por uma ecologia de saberes, que tem como base a Sociologia das Ausências e Emergências, expressa pela investigação das alternativas que se tecem no horizonte das possibilidades concretas. Assim, esta Sociologia ocupa-se em identificar traços de possibilidades futuras nas diferentes formas de interação social, visando ampliar as possibilidades que residem de maneira latente nas experiências sociais concretas que forjam o conhecimento de um determinado grupo (Santos, 2005).

Contudo, o conhecimento é o resultado de práticas organizadas social e culturalmente que mobilizam diferentes recursos materiais e intelectuais contextualizados, forjando representações sociais. Na perspectiva desse estudo, entende-se que as parteiras constroem nas suas interações e práticas sociais do cotidiano um conjunto de representações do cuidado em saúde que pode se constituir como possibilidade futura de prática educativa que envolva os profissionais da saúde, pela

possibilidade do reconhecimento e da articulação dos diferentes modos de saber cuidar.

Segundo Jodelet (1989, p. 39), as representações sociais são uma “forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um grupo social”. Para a autora, o campo de estudo das representações sociais oferece a dupla particularidade de levar em conta o contexto da saúde e a perspectiva cultural, mostrando ao mesmo tempo a natureza histórica e lógica dessa relação (Jodelet, 2006).

O presente artigo discute, à luz da Sociologia das Ausências e Emergências, as representações sociais do saber/fazer das parteiras tradicionais, com enfoque na ecologia dos saberes, visando contribuir para a prática educativa dos profissionais de saúde.

Nesse estudo, realizado no Distrito Federal e região do seu entorno, no ano de 2005, os dados foram coletados por ocasião da “Oficina de capacitação de parteiras tradicionais na redução/prevenção de transmissão vertical de DST/HIV/hepatites da região Sudeste e Centro-Oeste”, promovida pelo Ministério da Saúde.

Buscou-se apreender, por meio de entrevista semiestruturada, as características da prática dessas cuidadoras, ou seja, o nível de envolvimento com o fazer; a forma de construção do saber/fazer e as possibilidades de articulação da sua prática com outros saberes. Participaram quatro parteiras, com idade entre 38 e 73 anos e tempo de prática entre 20 e 50 anos. O projeto de pesquisa atendeu à Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e o conteúdo foi analisado com o auxílio do *software* ALCESTE (análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de um texto).

O *software*, ao analisar um conjunto de texto (corpus das entrevistas), coloca em evidência os mundos lexicais usuais evocados pelos enunciadores. A análise estatística da ocorrência de palavras principais, em um conjunto de enunciados, permite diferenciar os lugares de enunciação, ou seja, os mundos lexicais mais significativos que compõem um discurso. Os resultados quantitativos possibilitam a interpretação qualitativa, a partir de traços típicos das categorias entre si, na sua relação com o objeto de estudo. Assim, buscou-se identificar,

no conteúdo das entrevistas, as categorias que possibilitassem a apreensão do conjunto das representações sociais das parteiras.

### O modo de cuidar das parteiras tradicionais

As representações sociais das parteiras tradicionais ancoram-se em dois grandes eixos que se organizam em cinco categorias. Do primeiro eixo depreendem-se as *bases do saber de sua prática social* e o segundo desvela os *valores éticos dessa prática*. Em ambos, evidenciam-se os valores, as crenças e o sentido conferido à vida que organizam essa prática social, em torno da qual se tecem as experiências cotidianas do grupo.

#### *As bases da prática social*

Esse eixo é composto por três categorias: 1) o pedido/necessidade; 2) fazendo e aprendendo; 3) fazer para proteger a vida no nascimento.

A categoria *o pedido/necessidade* ancora-se em uma demanda social de dar continuidade à vida, forjando na prática uma rede social solidária. Esse pedido traduz o diálogo, que favorece o cuidado da mulher que precisa de ajuda para dar “à luz”. A ação da parteira objetiva preservar a vida – da mulher e da criança –, pois foi a ela que o grupo outorgou essa responsabilidade. “Eu queria que a senhora fosse lá em casa. Eu respondi: Estou com pressa, não falei para ninguém que ia demorar. Mas, eu preciso da senhora lá em casa. Eu interesso. Por que? A minha mulher tá ruim para ganhar neném e não ganha” (S-1).

O pedido é pautado no reconhecimento do grupo de que a parteira é a pessoa capaz de auxiliar no processo de nascimento e parto, bem como, no sentido ético do seu serviço e no seu compromisso social com a realidade à sua volta, “essa correspondência inspira confiança e confere segurança” (Santos, 2004b, p. 108).

Nessa relação de compromisso, constrói-se uma rede permeada pela subjetividade, em que se criam afetos, vínculos e se desenvolve solidariedade, que no processo parturitivo são potencialmente terapêuticos. Essa subjetividade é pouco considerada pela ciência hegemônica, que não reserva espaço para o não-técnico: a “nossa cultura ocidental

nos centra emocionalmente na valorização da intencionalidade, produtividade e controle” (Maturana & Zöllner, 2004, p. 140).

No mesmo caminho argumentativo, Maldonado e Canella (2003) assinalam que o êxito terapêutico, ao contrário do que pretendem aqueles que privilegiam o rigor do saber e da técnica impessoal, depende da prática do diálogo e da troca permeada pela subjetividade dos afetos entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Na mesma direção, Vieira e Bonilha (2006) afirmam que essa cuidadora (parteira), por ser familiar a mulher, fala a mesma linguagem e ambas possuem crenças em comum.

Para Santos (2004a), esse universo de subjetividade demandado da experiência concreta e práticas sociais deve ter um lugar nas análises científicas, como forma de reabilitar os diferentes saberes, permitindo que aquilo que é ativamente produzido como não existente ganhe visibilidade, transformando as ausências em presenças.

A categoria *fazendo e aprendendo* dá relevo ao contexto social e às circunstâncias da construção dessa prática sócio-histórica de experiência individual das parteiras. As experiências vividas não resultam de uma prática intencionalmente orientada para produzir, mas são reproduzidas espontaneamente no cotidiano das parteiras. Parafraseando Dewey (apud Santos, 2004b), as experiências ancoram a utilização no usufruto e consideram as dimensões do emocional, intelectual e prática. Foi possível apreender que, embora a experiência, algumas vezes, tenha sido percebida como crítica, finda por gerar novas habilidades e conhecimento. O fragmento do texto de uma das entrevistas coloca em evidência uma dessas vivências:

Eu fui partejar uma mulher e quando eu apalpei a barriga dela eu vi que a criança não estava em boa posição. (...) a cidade mais próxima ficava a 68 km e não tinha carro naquela época. (...) Quando chegou a hora, o que saiu foi o braço da criança, a menina tava atravessada. Eu fiquei muito preocupada (...). Peguei o colchão, forrei com lençol e coloquei-a com os quartos mais alto que a cabeça. Peguei a mãozinha da criança e passei óleo de mamona, pedi a ela para respirar puxando o ar para cima e a mãozinha foi voltando (...). Então eu botei os dois dedos e fui dando um toquezinho, assim de leve, fazendo tipo cócegas para ela se mexer. Quando ela se mexeu, virou. Chegamos a ouvir o barulho do líquido, tipo pof. Percebi que virou, tirei a mão depressa porque não ia impedir o trabalho da criança. (...) Eu fui me sentar no canto para rezar,

agradecer e analisar se o que eu tinha feito estava certo ou errado. Mas, no meu próprio julgamento, não pareceu errado, pois eu não tinha a quem recorrer. (S-2)

De acordo com Pinheiro e Guizardi (2004, p. 26), esse tipo de aprendizado desencadeia uma epistemologia de base prática, “uma ação da qual já se sai transformado, a partir de um fazer-saber que não se reduz ao ato de dissertar, escrever, ou melhor dizendo, comunicar o que se sabe”. Segundo Santos (2005, p. 21), esse tipo de vivência é credível, a condição de construção do saber empírico é suficiente para que o conhecimento gerado tenha “legitimidade para participar do debate epistemológico com outros saberes”.

A categoria *fazer para proteger a vida no nascimento* aponta para a finalidade desse conhecimento: proteger a vida da mãe e do filho. Em geral, os cuidados prestados pela parteira acontecem em locais distantes, onde não há outro recurso de saúde.

Montiel (2003) relata que, no imaginário social de seu grupo, as parteiras são vistas como médicas, enfermeiras, farmacêuticas, capazes de fazer aliviar, com suas mezinhas à base de ervas e rezas, as dores e os males da população que não conta com outro recurso de saúde. As parteiras atendem a demanda de prevenção da saúde de seu grupo, valendo-se dos recursos que estão em seu entorno e ao alcance de suas mãos. “Fui na horta assuntar se tinha salsa, peguei a raiz e fiz um chá para ela, é bom para não deixar dar cólica” (S-1).

Esse conhecimento, transmitido oralmente de geração a geração, desde a antiguidade, se mantém vivo no cotidiano dos grupos sociais. É possível apreender que a parteira, na ação, não faz distinção entre os meios e os fins. A sua prática tem como fio condutor uma abordagem qualitativa.

### *Os valores da prática*

No detalhamento das categorias que compõem o segundo eixo, apreendemos duas categorias ligadas ao escopo ético da prática das parteiras: o compromisso individual da prática e o compromisso coletivo da prática.

A categoria *compromisso individual da prática* está ancorada no sentido da responsabilidade-guia da prática, exigindo uma preparação



física e espiritual para proteção e autoproteção. Denota-se o sentimento de orgulho pelo desempenho dessa prática, para elas (as parteiras) constituída por valores humanitários. A ação da parteira busca primeiramente atender às necessidades e singularidades do binômio mãe-filho, ampliando essa ação a toda a família. Nessa categoria foi possível aprender, ainda, certa tristeza pela perda dos valores humanitários de respeito, amor, solidariedade e compreensão do outro, na sociedade de uma forma geral: “Cuidado humano é respeitar o direito do outro. (...) Nossa profissão é bonita. Precisamos resgatar esses valores, eu chamo isso de amor, compreensão, trabalho humanitário” (S-2).

A fala da parteira evidencia que, na matriz fundadora de sua prática social, residem o amor e os princípios humanitários. Valorizar a sabedoria presente no modo de cuidar das parteiras é um compromisso que precisa ser assumido por todos os cuidadores da saúde. O ato de amor é o fundamento biológico do fenômeno social: “Sem amor, sem aceitação e respeito ao outro junto a nós não há socialização, e sem esta não há humanidade” (Maturana & Varela, 2001, p. 269).

Da categoria *compromisso coletivo da prática*, depreende-se a vinculação direta da parteira com seu contexto social e seu grupo, traduzida em comprometimento ético e social, ancorado nas dimensões da solidariedade e da participação (Santos, 2002). Essa vinculação explícita os princípios da prática que se sustentam no conhecimento e reconhecimento de si e do outro, colocando em relevo a interdependência entre a objetividade e a subjetividade na prática do cuidado. No entendimento de Ayres (2006, p. 70), “A humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não-técnico”.

Apesar do orgulho que sente pela sua profissão, a parteira tem consciência dos mecanismos que produzem a ausência/silêncio de sua prática. Entretanto, ela expressa o sonho da possibilidade de tradução entre a sua prática e a dos profissionais de saúde: “Não queremos invadir a área deles, queremos trabalhar junto. (...) o sonho é ser valorizada e parar de ficar ouvindo que não sabemos nada, só dizemos besteira” (S-4). O processo de tradução consiste na interpretação entre duas ou mais culturas, com vistas a identificar nas preocupações as zonas comuns entre elas (Santos, 2004a).

Na cena da atenção ao parto, a zona comum entre a cultura popular e a científica aponta para a manutenção da vida, embora se

privilegie distinta forma para esse fim: “As parteiras têm umas orações, tem uns remedinhos que sempre ajudam sem cortar a mulher” (S-4).

Nesse contexto, humanizar o parto envolve a integração e articulação das experiências pessoais do casal, dos familiares e as culturais (Rattner & Trencher, 2005). Segundo Jones (2002), a humanização do parto somente se consolidará com o deslocamento da mulher para o eixo central do processo. Para o autor, não pode haver humanização se não há voz, valores, consciência e autonomia.

### Considerações finais

As representações das parteiras evidenciam as estratégias de sobrevivência de sua prática social, que resiste ao longo do tempo ao silenciamento/ausências que vêm sendo impostos ao seu modo de cuidar. Explicitam que o sentido de compromisso com os valores de um determinado grupo confere à sua prática o reconhecimento e respeito, por validarem o bem comum.

Destas representações depreende-se a inseparabilidade entre a dimensão individual e social do cuidado, que só toma corpo no convívio e respeito às carências do outro e somente se concretiza quando é possível compatibilizar os meios e a finalidade de uma vida que tem sentido, se vivida em conjunto.

A sabedoria da experiência do modo de cuidar das parteiras tradicionais aponta que a educação popular em saúde apresenta-se como uma possibilidade para conferir visibilidade aos diferentes modos de cuidar, pois permite a articulação entre saberes, favorecendo a emergência das ausências e a construção de um novo conhecimento. Nesse sentido, a proposta de humanização do parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) amplia as possibilidades de recolocar o parto como experiência humana (Diniz, 2005).

Dessa forma, entende-se que a articulação entre os saberes pode favorecer a ampliação epistemológica do cuidado em saúde, pela produção de novos conhecimentos. Portanto, o ponto de convergência entre a educação popular e a Sociologia das Ausências e Emergências está na possibilidade e na capacidade de conferir visibilidade e credibilidade aos saberes e práticas silenciados.

Para finalizar, pode-se dizer que o diálogo entre a prática das par- teiras e a prática dos técnicos de saúde favorece a riqueza social, pois atua sobre “as possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utó- picas e realistas, que vão construindo o presente através das atividades de cuidado” (Santos, 2004a, p. 794).

*Recebido em abril de 2008 e aprovado em maio de 2009.*

## Referências

AYRES, J.R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 49-84

BRANDÃO, C.R. A educação popular na área da saúde. In: VASCON- CELOS, E. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 21- 26.

BOUCHER-PETROVIC, N. A educação popular às voltas com a so- ciedade da informação: potencialidades, riscos e particularidades. *LIINC em Revista*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 28-49, mar. 2006. Disponí- vel em: <<http://www.liinc.ufrj.br/revista/index-revista.htm>>. Acesso em: 6 maio 2007.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 41- 80.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

FREIRE, P.; SHOR, I. *Medo e ousadia: o cotidiano do professor*. Trad. de Adriana Lopes. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1990.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1999.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2000.

JODELET, D. Presença da cultura no campo da saúde. In: ALMEIDA, A. et al. (Org.). *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais*. Brasília, DF: UNB, 2006. p. 75-109.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Trad. de Tarso Bonilha Mazzotti. Rio de Janeiro, UERJ, 2001. p. 17-44. (Título original: JODELET, D. *Représentations sociales: un domaine en expansion*. Paris: PUF, 1989. p. 32-61).

JONES, R.H. *Humanização do parto: qual o verdadeiro significado?* Porto Alegre: Amigas do Parto, 2002. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>>. Acesso em: 31 ago. 2009.

MALDONADO, T.; CANELLA, P. *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Reichamann & Affonso, 2003.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. Trad. de Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Pala Athenas, 2001.

MATURANA, H.; ZÖLLER, G. *Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano*. Trad. de Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Pala Athenas, 2004.

MONTIEL, E. A nova era simbólica: a diversidade cultural na área da globalização. In: SIDEKUM, A. (Org.). *Alteridade e multiculturalismo*. Ijuí: UNIJUÍ, 2003. p. 15-56.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2004.

RATTNER, B.; TRENCH, B. *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: SENAC, 2005.

SANTOS, B.S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, B.S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: SANTOS, B.S. (Org.). *Conhecimento prudente para*

*uma vida decente: um discurso sobre ciências revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004a. p.777-821.

SANTOS, B.S. (Org.). *Semear outras soluções: os caminhos dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento, 2004b.

SANTOS, B.S. *O Fórum Mundial Social: manual de uso*. São Paulo: Cortez, 2005.

VASCONCELOS, E. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 11-19.

VIEIRA, M.R.; BONILHA, A.L.L. A parteira leiga no atendimento à mulher no parto e nascimento do seu filho. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 19-26, mar. 2006.