



NELI SÍLVIA ANDREAZZI CANASSA

**MEMÓRIAS DE PARTEIRAS:
A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL
NA MATERIDADE CARMELA DUTRA
(1967-1994)**

FLORIANÓPOLIS

2005

6 10

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

NELI SÍLVIA ANDREAZZI CANASSA

**MEMÓRIAS DE PARTEIRAS:
A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL
NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA
(1967-1994)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Orientadora: Dr^a Miriam Süsskind Borenstein

FLORIANÓPOLIS

2005

C213m Canassa, Neli Sílvia Andreazzi

Memórias de parteiras: a trajetória profissional na Maternidade Carmela Dutra (1967-1994) / Neli Sílvia Andreazzi Canassa; orientador Miriam Süsskind Borenstein. – Florianópolis, 2005.

158 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Opção Filosofia, Saúde e Sociedade.

1. Parteira leiga-história. 2. Maternidade Carmela Dutra. 3. Enfermagem obstétrica. I. Borenstein, Miriam Süsskind. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

Catálogo na fonte por: Vera Ingrid Hobold Sovernigo CRB-14/009

NELI SÍLVIA ANDREAZZI CANASSA

**MEMÓRIAS DE PARTEIRAS:
A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL NA MATERNIDADE
CARMELA DUTRA
(1967-1994)**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 20 de dezembro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dr^a Miriam Süsskind Borenstein
Presidente

Dr^a Marisa Monticelli
- Membro -

Dr^a Rosemery Andrade Lentz
- Membro -

Dr^a Maria Itayra C. de Souza Padilha
- Suplente -

Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann
- Suplente -

The image shows the exterior of a building with a portico supported by several red columns. The name 'MATERNIDADE CARMELA DUTRA' is inscribed on the wall above the columns. There are some plants and a person visible near the entrance.

MATERNIDADE
CARMELA DUTRA

*Dedico este trabalho a todas as Parteiras da
Maternidade Carmela Dutra.*

6 10 2004

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, oh meu Senhor! Por todos os momentos que me deste durante esta jornada científica me acalantando com seu carinho, amor, coragem, aprovação e iluminação. Peço sua bênção, meu Senhor, para dar continuidade ao meu trabalho, esperando tê-lo sempre ao meu lado. Amém!

Agradeço aos meus pais, meus verdadeiros amigos! tão queridos e amados, que souberam cativar-me e oferecer, através da sua amizade sincera, a minha vida, educação, amor, compreensão e carinho com que sempre me cuidaram, me ensinaram e torceram por mim.

Aos meus queridos filhos, Line Fernanda e Ricardo, agradeço pelo amor, companheirismo e carinho diários, sem o que nada teria sido feito, ao mesmo tempo em que me penitencio pela ausência inevitável e involuntária em alguns momentos de suas vidas.

Ao meu esposo, José, o meu muito obrigada pela sua ajuda nos momentos difíceis que percorri, assim como foi seu carinho, compreensão, amor e amizade.

Obrigada a minha Vovó Maria (em memória), que sempre me ensinou e cativou através de sua sabedoria, amor, carinho, força e amizade.

Obrigada às minhas irmãs e irmãos Rose Marie, Márcia Aparecida, Elenir Célia, José, Luiz Fernando e Paulo César (em memória), pelo incentivo, apoio, carinho e amor que sempre me deram.

À minha querida, maravilhosa e encantadora orientadora, Dr^a Miriam Süskind Borenstein, peço a Deus que a abençoe por suas palavras amigas, inteligentes e incentivadoras durante toda esta árdua jornada percorrida juntas.

Os meus mais sinceros agradecimentos aos membros da banca examinadora, Dr^a Miriam Süskind Borenstein, Dr^a. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Dr^a. Marisa Monticelli, Dr^a. Rosemary Andrade Lentz, Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann, Dr. Gelson Luiz de Albuquerque, Dd^a. Ana Rosete C. Rodrigues Maia, pelo carinho, amizade e por terem aceito o convite de participação e pelas sugestões que enriqueceram sobremaneira este trabalho.

Às minhas queridas amigas parceiras, Florentina Joaquina Coan, Otilia Vargas Coan, Maria Tereza Fernandes Martins, Maura Felicidade Machado, Maria Bernadete Vela, Lucimar Maria Gonçalves, Angelina da Silva Bloemer, Benta Cristofolini e Talma Maria Fernandes, que muito contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu muito obrigada, por me terem recebido tão bem e contribuído neste estudo com suas valiosas reminiscências.

Os meus mais sinceros agradecimentos à “Querida Casa Mãe Carmela” (MCD) que me acolheu no percurso necessário à concretização deste estudo, local da minha maior estima e principalmente ao Diretor, Dr. Nelson Grisard, pela cessão do nome e da imagem da instituição, e também pela forma da colaboração carinhosa.

À minha Gerente de Enfermagem, Beatriz Regina Silveira de Souza Pimpão, os meus agradecimentos pela compreensão, ajuda e por acreditar na coragem da colega que desafiou mais um degrau da academia em busca do saber mais digno que um ser humano almeja.

Obrigado às minhas colegas de trabalho, Idenilda Albino Silveira, Maria das Graças da Silva, Jacira Domingues, Maria de Lourdes Nogueira e Laura Maria da Silva, por terem acreditado em mim, dando apoio, compreensão e carinho durante a minha presença e ausência no trabalho.

Às minhas colegas mestrandas e professores da Pós-Graduação de Enfermagem, muito obrigada pelos ensinamentos, apoio, carinho e coleguismo durante estes dois últimos anos percorridos.

Agradecimento muito especial à Cláudia Crespi Garcia., pessoa maravilhosa que muito me ajudou desde o primeiro dia na Pós-Graduação de Enfermagem. Agradeço de coração sua atitude de engrandecimento e as palavras de compreensão e apoio

Agradeço imensamente a colaboração da amiga Anesilda Alves Almeida Ribeiro pela ajuda e pelo incentivo para galgar essa jornada.

Aos colegas Tatiana, Rangel, Carina e Mariana, o meu muito obrigada pela ajuda e pelo apoio técnico do trabalho, pois eles foram de suma importância neste processo.

Aos amigos e amigas, o meu muito obrigada pelo apoio, torcida e amizade diária, seja ela na Internet, nas caminhadas, no trabalho, o que vale é querer bem ao próximo.

À minha secretaria do lar Neide Maria Saturnino, o meu carinho especial por ter torcido e contribuído nos bastidores da minha vida, nos momentos tristes e alegres nesta caminhada.

À grande amiga Zilda Coelho, ex-auxiliar de enfermagem da MCD, que tanto colaborou na busca incessante do paradeiro das parteiras, o meu muito obrigada e que seu caminho seja iluminado como a luz do sol.

À minha amiga mais recente, ex-secretaria do serviço de tesouraria da MCD e que se disponibilizou incondicionalmente na busca de dados para o estudo, a Sr^a Solange Katcipis, cuja participação tanto me honra e dignifica este trabalho.

Agradecimento especial a Vera Ingrid Hobold Governigo, pela competência e sabedoria em formatar o trabalho segundo as normas da ABNT, além da amizade selada entre nós.

Satisfação de ter conhecido a “mestra” na língua nacional e revisora, Lia Leal, com sua sabedoria e competência aliada à maravilhosa e carismática pessoa, agradecimentos pela bondade e compreensão com que se dedicou a este trabalho científico.

CANASSA, Neli Sílvia Andreazzi. **Memórias de parteiras**: a trajetória profissional na Maternidade Carmela Dutra (1967 – 1994). 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Miriam Süsskind Borenstein.

RESUMO

Trata-se de estudo qualitativo com abordagem histórica, que descreveu a trajetória profissional das parteiras da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, de 1967 a 1994, período que culminou com o ingresso e o egresso das parteiras selecionadas pelo estudo. A História Oral foi aplicada como método de coleta de dados, através da realização de entrevistas semi-estruturadas. A memória foi utilizada como referencial teórico, servindo de eixo norteador para a realização da pesquisa. Através da análise de conteúdo de Bardin foram identificadas as grandes categorias: a formação das parteiras; o saber/fazer constituídos por elas e as diferentes relações estabelecidas entre as parteiras com os demais profissionais de saúde da instituição. Por meio dos resultados colhidos, a pesquisa reflete o grande destaque da assistência prestada à mulher e ao recém-nascido pelas parteiras na Maternidade. As parteiras diplomadas detinham certo poder na área obstétrica devido ao conhecimento de práticas aprendidas por meio de um saber formal associado ao informal, saber adquirido pela prática do cotidiano que lhes possibilitava atuar com as mulheres nos diversos momentos do parto e seus recém-nascidos. Tal saber sobre as práticas obstétricas foi compartilhado entre os profissionais de saúde no cotidiano da assistência prestada na obstetrícia, e posteriormente incorporados pelos médicos e enfermeiras obstétricas. Em decorrência dessa incorporação e da crescente hegemonia médica, as parteiras que atuavam como protagonistas na sala de parto perderam essa autonomia, deixando de atuar mais diretamente com a mulher no processo de parturição, assumindo o papel secundário de auxiliar. Esse novo papel das parteiras foi desempenhado por um curto período de tempo, pois sua nova função era de desagrado da categoria. Este fato foi decisivo para abreviar o egresso das parteiras dessa maternidade.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Parteira. Maternidades. Memórias. Parto.

CANASSA, Neli Sílvia Andreazzi. **The Midwives Memories:** The Professional trajectory at Carmela Dutra Maternity (1967-1994). 2005. 158 f. Dissertation (Nursing Master Degree) - Nursing Post-Graduation Course – SC. Federal University – Florianópolis.

Tutor: Miriam Süsskind Borenstein.

ABSTRACT

It is a qualitative study with historical approach, whose goal was to describe the midwives' professional trajectory at Carmela Dutra Maternity in Florianópolis-SC, from 1967 to 1994, which period culminated with the midwives ingress and egress chosen by the study. The Oral History was applied as data collection method, through semi-structured interviews. The memory was used as theoretical reference, which served as the leading axis for the research accomplishment. Through Bardin's contents analysis, the great categories were identified: the midwives formation, the knowledge/making constituted by them and the different relationship established among the midwives with other health professionals of the institution. The research reflects, through the obtained results, the great highlight of the assistance that was given to the woman and her newborn baby by the midwives at the maternity. The graduated midwives detained a certain power at the obstetrics area due to the knowledge of practices learned by the formal knowledge associated with the informal, acquired by the daily practice that made possible for them to act next to the women in several moments of the child delivery and their newborn babies. That knowledge about obstetrics practices was shared with the health professionals in the daily given assistance at the obstetrics, and afterwards incorporated by doctors and obstetrics nurses. As a consequence of that incorporation and the increasing medical hegemony, the midwives that acted as protagonists in the delivery room lost their autonomy, acting no longer close to the woman in the parturition process, playing only the supporting role. That midwives new role was played by a short period of time, because the new function was unpleasant to the category. That fact was responsible to decrease the midwives egress at the maternity.

Keywords: Obstetrics Nursing. Midwife. Maternity. Memories. Child Delivery.

CANASSA, Neli Sílvia Andreazzi. **Memorias de matronas:** La trayectoria profesional en la maternidad Carmela Dutra (1967-1994). 2005. 158 f. Disertación (Master en Enfermería) - Curso de Post-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Miriam Süsskind Borenstein.

RESUMEN

Este trabajo es un estudio cualitativo con abordaje histórico cuyo objetivo fue describir la trayectoria profesional de las matronas de la Maternidad Carmela Dutra de Florianópolis/SC, de 1967 a 1994, periodo que culminó con el ingreso y egreso de las matronas elegidas por el estudio. La Historia Oral fue aplicada como método de colecta de datos, a través de la realización de entrevistas semiestructuradas. La memoria fue usada como referencial teórico, que sirvió de eje directivo en la realización de la pesquisa. A través de el análisis del contenido de Bardin fueron identificadas las grandes categorías: la formación de las matronas, el conocimiento/ hacer constituidos por ellas y las diferentes relaciones establecidas entre las matronas con los demás profesionales de la salud de la institución. Por los resultados obtenidos, la pesquisa demuestra el grande papel de evidencia en la asistencia a mujer y su hijo recién-nacido por las matronas en la maternidad. Las matronas graduadas detenian cierto poder en la área obstétrica debido al conocimiento de prácticas aprendidas a través de un conocimiento formal asociado al informal, conocimiento adquirido por la práctica del cotidiano que las posibilitaba actuar junto a las mujeres en los diversos momentos del parto y de sus recién-nacidos. Este conocimiento sobre las prácticas obstétricas fue compartido entre los profesionales de salud en el cotidiano de la asistencia prestada en la obstetrícia y posteriormente incorporados por los medicos y enfermeras obstétricas. Debido a esa incorporación y de la creciente hegemonía medica, las matronas que actuaban como protagonistas en la sala del parto perdieron esa autonomía, dejando de actuar más directamente junto a mujer en el proceso de parturición, asumiendo um papel de simple coadyuvante. Ese nuevo papel de las matronas fue desempeñado por un corto periodo de tempo, pues la nueva función era desagradable para la categoría. Este hecho fue decisivo para disminuir el egreso de las matronas en esa maternidad.

Palabras claves: Enfermería Obstétrica, Matrona, Maternidad, Memorias, Parto.

LISTA DE FOTOS

Foto 01 - Marie-Louise Lachapelle.....	24
Foto 02 - Maria Josefina Durocher.....	32
Foto 03 - Jornal A Gazeta em 1955.....	68
Foto 04 - Jornal Diário da Tarde em 1955.....	69
Foto 05 - A cozinha da MCD em 1955.....	70
Foto 06 - A enfermaria da MCD em 1955.....	71
Foto 07 - Vista Frontal da MCD em 1955.....	72
Foto 08 - Os vários setores da MCD em 1955.....	73
Foto 09 - Vista lateral da MCD e 1955.....	78
Foto 10 - O berçário da Maternidade Carmela Dutra em 1955.....	79
Foto 11 - Florentina em sua casa, em 2004, seu diploma de parteira obtido na MCC.....	82
Foto 12 - O certificado de Auxiliar em Obstetrícia em 1977.....	82
Foto 13 - Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina anexa MCC em 1964.....	84
Foto 14 - A madre superiora e as alunas do curso de formação de parteiras na MCC em 1964.....	85
Foto 15 - O berçário da MCC em 1964.....	86
Foto 16 - As parteiras Sofia e Florentina na sala de admissão da MCD em 1975.....	90
Foto 17 - O pré-parto da MCD em 1955.....	91
Foto 18 - O terceiro período do parto – Dequitação (saída da placenta) na MCD em 1975.....	95
Foto 19- Período de pós-parto em 1963, parteira Maria Teresa entregando o bebê para a puérpera na enfermaria.....	96
Foto 20 - A parteira Florentina nos cuidados com o bebê na MCD em 1979.....	97
Foto 21 - A parteira Florentina com suas colegas de curso na MCC em 1953.....	100
Foto 22 - Os médicos e a irmã Hortência da Divina providência em frente a MCD na década de 60.....	102
Foto 23 - A enfermeira Odalea e a equipe de saúde na gincana da MCD na década de 80.....	105
Foto 24 - A parteiras Otília e Eunice e a enfermeira Hercília, com as atendentes de enfermagem na gincana da MCD na década de 80.....	106
Foto 25 - Maria Teresa sentada no hall do Ambulatório da MCD em 2004..	126
Foto 26 - Otília na varanda de sua casa em 2004.....	136
Foto 27 - Florentina no jardim de sua casa em 2004.....	145
Foto 28 - Maura na escada de sua casa em 2004.....	151

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA.....	13
1.1 Objetivo.....	17
2 REVISANDO A LITERATURA.....	20
2.1 A evolução do trabalho das parteiras.....	20
2.2 O trabalho das parteiras no Brasil.....	29
2.3 O trabalho das parteiras em Santa Catarina.....	33
2.4 A formação das parteiras no Brasil.....	37
3 ABORDANDO O MARCO DE REFERÊNCIA SOBRE MEMÓRIA.....	45
3.1 Considerações sobre a memória.....	46
4 APRESENTANDO A METODOLOGIA.....	57
4.1 Tipo de estudo.....	57
4.2 Sujeitos da pesquisa.....	58
4.3 Local da pesquisa.....	59
4.4 A coleta de dados.....	59
4.5 A análise dos dados.....	64
4.6 A ética na pesquisa histórica.....	65
5 VIVENCIANDO SER PARTEIRA NA MCD.....	68
5.1 Maternidade Carmela Dutra – O cenário histórico.....	68
5.2 A formação das parteiras.....	82
5.3 Os saberes/fazeres das parteiras.....	87
5.4 As relações estabelecidas com os profissionais da saúde e Enfermagem na MCD.....	99
6 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICES.....	123

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

“Uma vida bem vivida é uma vida longa.”

(LEONARDO DA VINCI, 1980)

Trata-se de uma pesquisa constituída de sete capítulos. Cada capítulo tem sua característica peculiar: o primeiro procura dar ao leitor uma noção acerca do estudo; o segundo traz a revisão da literatura acerca das parteiras ao longo da história; o terceiro apresenta o referencial teórico sobre a memória; o quarto mostra a metodologia utilizada na realização da investigação; o quinto descreve e analisa os resultados encontrados acerca da atuação profissional das parteiras na Maternidade Carmela Dutra (MCD) e, finalmente, o sexto e último capítulo tece as considerações finais.

Neste estudo abordo um tema de grande relevância para as pessoas da sociedade, sem distinção de raça, cor, religião, cultura, condições financeiras ou outra característica. O tema em questão trata da memória de quatro parteiras que vivenciaram na Maternidade Carmela Dutra sua trajetória profissional de 1967 a 1994, período este que inicia com o ingresso e culmina com o egresso dessas profissionais na instituição citada, perfazendo um total de 27 anos de trabalho dedicado à obstetrícia, aqui lembrados e registrados através da memória dessas mulheres.

Este estudo mostrará o quanto foi prazeroso trabalhar com o tema memórias de parteiras, mormente por tratar-se do ambiente onde a autora atua profissionalmente. Ao utilizar a memória como eixo norteador do estudo, a intenção foi historicizar e registrar o trabalho realizado pelas parteiras diplomadas em ambiente hospitalar como a MCD, mostrando e valorizando o perfil dessas mulheres humildes, batalhadoras e responsáveis, que serviram a sociedade e que estiveram em silêncio por detrás dos bastidores da profissão por longo tempo. Essas mulheres são sintetizadas na figura daquela senhora acolhedora que sempre esteve pronta

para amparar as parturientes diante do desconhecido, amenizando-lhes as angústias e as dores no sublime momento de darem à luz.

Para que o foco principal do estudo seja alcançado, no próximo capítulo abordarei a história das parteiras tradicionais: como iniciaram e aprenderam seus ofícios, como realizavam os cuidados com a gestante no parto, como viviam e como eram conhecidas, para depois contextualizar as parteiras diplomadas no modelo biomédico e que atuaram na maternidade em estudo.

É importante registrar a relação do tema escolhido com a inserção da vida profissional desta autora na área obstétrica, principalmente na MCD. Minha inserção na obstetria ocorreu após a Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 1991, quando passei a desempenhar minhas atividades profissionais na MCD e descobri a paixão pela especialidade, chegando a realizar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na UFSC em 2000.

Na “Carmela”, como passo a denominá-la carinhosamente, encontrei-me como profissional humana desde o momento que comecei a assistir as pacientes. Com o passar dos anos, percebi a minha identificação com a obstetria, por tratar-se de especialidade voltada para a mulher em sua fase ativa e reprodutiva do ciclo vital.

Apesar da identificação com a obstetria, com o passar dos anos algumas inquietações a respeito da parturição me acompanhavam, principalmente a trajetória das parteiras no processo de institucionalização do parto na MCD, pois tinha certeza de que, ao historicizar essa trajetória, conseguiria desvendar o início da trama das minhas inquietações.

Tais inquietações e conflitos comigo mesma giravam em torno da não-aceitação da realidade atual da obstetria hospitalar. Sentia necessidade de adquirir mais informações, mais conhecimentos, de me tornar mais consistente, preparada para me adequar à realidade, com uma visão mais crítica e analítica fundada em bases metodológicas, pois esperava encontrar nos estudos a resposta de tal inquietação e conflito, a fim de tornar-me mais produtiva.

A partir daquele momento resolvi buscar na academia o aprofundamento

que me faltava. Foi quando passei a cursar, como aluna especial, algumas disciplinas no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN - UFSC). Uma em especial foi particularmente importante: a disciplina “Pesquisa Histórica para Enfermeiros”, na qual tive acesso a conteúdos extremamente interessantes e enriquecedores, levando-me a implementar, na prática, uma investigação histórica sobre a importância da maternidade na vida das mulheres açorianas da Costa da Lagoa em Florianópolis, em 2002. Tal estudo despertou em mim um grande interesse pela investigação em História da Enfermagem.

Aliás, o interesse pelos estudos de História da Enfermagem é internacional, pois na América do Norte já se encontra formalizado e reconhecido como campo de saber, como demonstra a existência da Associação Americana de História da Enfermagem (BARREIRAS, 1999). Na Espanha existem muitas pesquisadoras na área de História da Enfermagem que costumam reunir-se a cada dois anos para participar do Congresso Internacional de Historia de La Enfermería, que vem ocorrendo há mais de dez anos, em diferentes cidades espanholas. No Brasil já existem alguns grupos de pesquisa que vêm realizando investigação na História da Enfermagem, como o NUPHEBRAS (Escola Anna Nery – UFRJ) e o Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem (GEHCE), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN-UFSC), em Florianópolis. O desvelamento da realidade pelo estudo da História da Enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão.

A experiência de realizar pesquisa dentro da profissão de enfermagem caracterizou-se como um marco em minha vida, tanto profissional como pessoal. Por esse motivo, em março de 2004 iniciei meus estudos no Curso de Mestrado da PEN-UFSC. Decidi continuar meus estudos dentro da área de obstetrícia, buscando investigar as atividades assistenciais exercidas pelas parteiras dentro da Maternidade Carmela Dutra porque estas, durante longo tempo, foram as profissionais que atuaram como protagonistas na sala de parto. Escolhi trabalhar com as memórias dessas parteiras, especialmente pelo fato de quase não haver informações desse período e dessas profissionais.

Percebi que seria um tema importante, procedente, relevante e enriquecedor, pois pouco se sabe sobre o trabalho que as parteiras desenvolveram na MCD, exceto pelo trabalho realizado por Costa (2002). Pouco tem sido escrito a

respeito: a maior parte das informações tem sido feita através de conversas informais, de bate-papos, de algumas narrativas e da rememoração. Por esse motivo, percebi a necessidade de registrar tal historicidade em estudo mais aprofundado com base em um marco teórico sobre a memória.

É possível, através da memória, trazer à tona experiências passadas ou conhecimentos adquiridos no momento em que ela é impulsionada. As lembranças são acionadas para o momento presente. Nem sempre essas lembranças narradas são exatamente como ocorreram, pois é comum, ao rememorar, relembrarmos aquilo que nos chamou mais atenção, que teve maior significado, enquanto esquecemos aquilo que não foi importante, que nos incomodou ou fez mal. Nas entrevistas, as parteiras revelaram uma riqueza de informações com inúmeros detalhes.

Como profissional obstétrica acredito que o processo de parturição deve ser baseado no método tradicional e natural, alicerçado nos conhecimentos científicos da biomedicina, evitando ao máximo o intervencionismo, pois entendo ser este um momento mágico, íntimo e delicado da mulher, que precisa sentir-se segura, livre e poder expressar-se sobre seus sentimentos e absorvê-los.

Convém lembrar que o ato de partejar é tão antigo quanto o aparecimento do homem na face da terra, ofício que era tido como exclusivo do gênero feminino, realizado por mulheres leigas até o século XX, quando então estas tiveram oportunidade de aperfeiçoar seus conhecimentos empíricos por meio de conhecimentos científicos, tornando-se parteiras diplomadas.

Durante toda essa trajetória das parteiras, muitos conflitos ocorreram entre religiões, culturas, nações e profissionais da saúde, no que tange ao ofício desempenhado por elas, sob a alegação de que eram mulheres sujas, feiticeiras, benzedadeiras, curiosas, sem cultura e que só tinham a prática aprendida com outras mulheres.

Não obstante, as parteiras leigas tiveram seu mérito registrado na época em que atuaram. Porém, a evolução das ciências trouxe novos ensinamentos, e novas mudanças na sociedade foram impostas para criar um novo paradigma. Para sobreviver, elas tiveram de adaptar-se às novas normas do modelo biomédico, que exigia o domínio de conhecimento científico sobre a parturição.

Cumprir enfatizar que o estudo sobre as parteiras da MCD demonstrará que elas tiveram destacado papel na vida de várias gerações de mulheres, principalmente catarinenses, que ali tiveram seus filhos. Durante muito tempo elas foram as responsáveis pelos partos não-cirúrgicos considerados “normais”. Assistiram as mulheres buscando realizar um parto fisiológico. Além disso, contribuíram na formação de profissionais que buscavam o aprendizado na arte da obstetrícia.

Vale ressaltar que o número de médicos até a década de 60 em Florianópolis era muito reduzido. Não havia escolas de medicina, nem de enfermagem, fato de grande relevância, pois, além dos médicos, as parteiras eram as únicas profissionais que atuavam na Carmela Dutra, daí a importância de investigar: quem foram as parteiras que atuavam na MCD? O que faziam? O que pensavam? Que práticas efetivamente realizavam? Como se relacionavam com as parturientes? Com os médicos? E com os demais profissionais existentes na maternidade? Quais as condições de trabalho a que estavam submetidas? A quem eram subordinadas? A quem solicitavam apoio? Como era a sua formação? Essas são algumas das questões que o trabalho procura responder, com ênfase na seguinte questão norteadora:

*** Como ocorreu a trajetória profissional das parteiras na MCD no período entre 1967 e 1994?**

1.1 Objetivo

* Historicizar a trajetória profissional das parteiras na MCD, no período de 1967 a 1994.

A importância deste estudo se fundamenta na necessidade de conhecer e compreender o passado profissional dessas parteiras, sua formação, os saberes/fazer realizados na prática do cotidiano e também nas relações estabelecidas com os demais membros da equipe de saúde na Maternidade. É público e notório que essas parteiras tiveram uma participação ativa; porém, é preciso desvelar o que está encoberto, buscando ver além do aparente iceberg, o que está por baixo, caracterizando não o que ficou visível, mas desvelando o invisível.

A falta de registros que certifiquem a existência dessas parteiras também é motivo suficiente e necessário para realizar esta investigação, na convicção de que o estudo proposto atenderá não somente às minhas inquietações, mas também oportunizará à sociedade catarinense desvelar a historicidade das parteiras da Maternidade onde várias gerações de mulheres foram assistidas durante um momento importante de suas vidas: o nascimento de seus filhos.

Além disso, com este estudo quero demonstrar o meu reconhecimento por essas profissionais ouvindo a rememoração de cada uma delas. Thompson (1992, p 205) descreve, “[...] a rememoração como sendo um meio que possibilita ao entrevistado o sentimento renovado de importância e de finalidade, fortalecendo-o como ser humano e contribuindo para conquistar novas esperanças de vida”[...].

Outro motivo para a escolha do tema é o fato de ser membro ativo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem (GEHCE), além de o grupo de estudo estar realizando pesquisas sobre a História da Enfermagem nos primeiros hospitais criados na Grande Florianópolis a partir dos anos 40 do século passado, e a MCD faz parte do contingente de instituições que participam desse estudo. Além disso, uma investigação histórica depende da existência e da qualidade das fontes documentais, e como estas vêm sendo sistematicamente destruídas pela falta de uma conscientização acerca da história, optamos por utilizar aqui as memórias das parteiras idosas, que poderão contribuir de forma decisiva na construção desta história. Este método é adequado ao caso, e deve ser utilizado enquanto as pessoas estão presentes, com saúde e principalmente lúcidas. Através da memória, é possível recuperar, produzir e organizar fontes para a pesquisa. Essas fontes servem para elaborar monografias, dissertações, teses, livros e artigos, entre outros. Caracterizam-se por trabalhos de grande valor literário, pois deixam para futuras gerações informações que contribuem para a identidade de um grupo social.

As parteiras da MCD tinham formação biomédica e eram subordinadas às irmãs da Divina Providência que exerciam o poder na instituição mantendo a disciplina, o regulamento e a garantia da assistência de enfermagem. Com a substituição das religiosas na década de 70 pelas enfermeiras, as parteiras passaram a ser subordinadas a estas.

Melhor compreensão a respeito da história da profissão de enfermagem

obstétrica deve-se ao conhecimento da trajetória das parteiras, cujo início profissional foi marcado por grande empenho e engajamento destas. Por isso a história é considerada importante, pois a partir do momento que ela é revisada com um olhar crítico e objetivo dos fatos transcorridos, muitas questões se aclaram no presente, porque esse presente é a consequência do passado, e há uma inter-relação de ambos para a compreensão dos fatos.

Além disso, dá aos profissionais ligados à saúde, subsídios para valorizar seu papel ao longo do tempo, como observadores atentos dos sinais de sua época, e também como pessoas que se empenham em formar uma opinião esclarecida como atores, que participam ativamente do processo histórico, e como estudiosos, que pretendem contribuir para a compreensão do que ocorreu e ocorre, pois são parte dessa História, e ela é parte de nós (BARREIRA, 1999).

No capítulo a seguir, apresento breve revisão da literatura acerca das parteiras ao longo da história, no Brasil e em Santa Catarina, e a regulamentação da profissão.

2 REVISANDO A LITERATURA

*“Nenhum grande homem vive em vão.
A história da humanidade não é mais do
que a biografia dos grandes homens.”*
(THOMAS CARLYLE, 1980)

2.1 A evolução do trabalho das parteiras

Desde os primórdios da humanidade a procriação era encarada como parte da vida das mulheres como as demais funções fisiológicas, e a assistência ao parto e à parturiente não envolvia a concorrência do trabalho de outras pessoas como atividade especializada. As mulheres de uma mesma tribo ou grupo populacional se auto-ajudavam pela experiência e vivência dos fenômenos relativos ao parto e nos primeiros cuidados com os bebês. Ou qualquer pessoa que estivesse por perto no momento do parto, ajudava a parturiente (PIRES, 1989, p. 107).

A obstetrícia¹ surgiu como ciência quando o parto deixou de ser um momento solitário e passou a ser compartilhado por outras pessoas. As mulheres mais experientes passaram a auxiliar as outras em seu primeiro parto, com conselhos e práticas diversas, dando origem às parteiras (REZENDE, 1995).

A arte de partejar sempre foi uma atividade que acompanhou a história da humanidade e durante muitos séculos foi considerada um fazer/cuidar privativo do gênero feminino, realizado pelas mãos das parteiras. No seio familiar e no trabalho fora do lar, além de assumir o ato de partejar as parteiras realizavam outras atividades, como: lavar, passar, preparar alimentos, cuidar dos filhos e assistir o recém-nascido. A estas atividades não era atribuído um valor econômico, mas humanitário, social e afetivo, ligadas ao amor, à caridade, à bondade e à solidariedade. O fato de as parteiras prestarem cuidados às parturientes no lar,

¹ Sinônima da palavra tocologia, do grego tocos (parto), e logia (tratado), o mais usual é a palavra obstetrícia (DELASCIO; GUARIENTO, 1987, p.1). Originou-se do latim obstetrix, do verbo obstare, que significa ficar ao lado ou em face de. O vocábulo foi adstretrix, posteriormente obstetrix, que significa a mulher assistindo a parturiente (CAPARROZ, 2003, p. 18).

como parte de seus afazeres domésticos, certamente contribuiu para a associar seu trabalho à mulher, caracterizando o ato de partejar como um fazer reprodutivo e doméstico (REZENDE, 1995).

Essas mulheres que assistiam os partos utilizavam-se de conhecimentos empíricos, práticos, transmitidos de geração a geração, de vivências com outras mulheres que também praticavam tal ofício e que atendiam as gestantes em seus domicílios durante todo o ciclo gravídico, inclusive o recém-nascido. Eram conhecidas pelos mais diversos vocábulos: curiosas, aparadoras, comadres, parteiras leigas ou tradicionais, feiticeiras, bruxas, cachimbeiras e práticas. Suas atividades continuavam refletindo a imagem de um trabalho inferior, sem um saber científico, adquirido pela prática cotidiana, portanto aplicado de forma clandestina e marginal. Os historiadores médicos desqualificavam a assistência dada pelas mulheres cultas ou leigas ao parto, em oposição à assistência médica, masculina, segura e científica (REZENDE, 1995).

Com o tempo elas foram adquirindo novos conhecimentos e passaram a ser chamadas também para atuar em casos que incluíam desde a prevenção de doenças e a ação curativa, até a reabilitação dos convalescentes, utilizando-se muitas vezes de ervas medicinais.

Segundo Ehrenreich e English (1984), no século XIII a medicina européia firmou-se como ciência e como profissão, embora a Igreja Católica exercesse rigoroso controle e impusesse limites ao seu desenvolvimento. O aprendizado não incluía cirurgia, desprezava o exame manual (as pacientes não eram apalpadas nem tocadas), por não ser valorizado e por ser considerado pouco decoroso. O saber médico era de base metafísica, e as doenças eram vistas como causadas pelo meio ambiente, e na sua explicação não predominava a base experimental. Podemos visualizar melhor através da afirmação a seguir de Pires (1989, p. 107 - 108).

A população camponesa, em sua grande maioria, recebia a assistência de saúde de pessoas do seu próprio meio, onde aprendiam com a experiência e a tradição oral a arte de curar. As mulheres eram chamadas de sábias pelo povo e de bruxas pelos médicos, pela Igreja e pelos demais considerados poderosos. Essas mulheres promoviam curas, cuidavam das atividades relativas ao trabalho de parto e os primeiros auxílios às crianças recém-nascidas. Era um trabalho com características de ofício, essencialmente feminino que foi duramente perseguido durante os séculos XIV ao XIX em toda a Europa, numa ação conjunta da corporação médica e das Igrejas Católica e Protestante, a chamada Santa Inquisição, onde

eram perseguidas as mulheres que se ocupavam das atividades de cura, incluindo aí as curandeiras e as parteiras, todas abrigadas sob a denominação de bruxas [...]. Essas bruxas foram dizimadas na Europa, sendo novecentas mortas em Wertzberg, na Alemanha, e outras tantas na Itália, França, Inglaterra. Em Toulouse, quatrocentas foram mortas em um só dia.

A Santa Inquisição relacionava a transgressão sexual à fé, e por isso punia tais mulheres acusando-as de falta de fé. No *Maleus Maleficarium*, o manual oficial da Inquisição, escrito em 1484 pelos inquisidores alemães Kramer e Sprenger (1991), consagram a palavra feminina como sinônimo de inferioridade. As parteiras deveriam ser queimadas nas fogueiras em praça pública, porque causavam malefícios à fé católica. Elas foram acusadas de praticar o aborto e o infanticídio e de atentar contra a potência dos homens, fazendo pactos com o demônio (EHRENREICH; ENGLISH, 1984).

Do século XIV ao XVIII, época marcada por grandes sacrifícios e horrores, as mulheres curandeiras, denominadas bruxas, usavam ervas e drogas até hoje usadas para apressar o trabalho de parto, numa época em que se acreditava que as dores de parto eram castigo de Deus, pelo pecado original. Porque se ocupavam das atividades de cura ou praticavam ações inexplicáveis, elas eram perseguidas pela medicina e pela Igreja Católica, pois ameaçavam a hegemonia médica, ao utilizar outro princípio de raciocínio e de terapêutica (CAPARROZ, 2003).

Durante a Idade Média, a parteira e o médico eram as pessoas que traziam as crianças ao mundo. Somente no caso considerado mais complicado era solicitada ajuda ao cirurgião. Quando o feto morria, o corpo era extraído mediante instrumentos rudes que se introduziam pela vagina, a embriotomia (extração do feto por instrumentos). Os médicos somente atendiam as gestantes em casos especiais, geralmente se a mulher era de família nobre ou amante do rei. Os serviços do médico nesta área não eram valorizados e havia fortes proibições contra seu uso. Um caso interessante ocorreu em Hamburgo, em 1522, quando um médico chamado Wertt, foi queimado em uma fogueira, por ter atendido a um parto, vestido de mulher (DONAHUE, 1993, p.182).

No século XVI, vários acontecimentos tiveram notável influência no cuidado obstétrico, como o lançamento do primeiro livro de obstetrícia, “*El Jardín de Rosas para las Mujeres Embarazadas*”, escrito por Eucario Roslin em 1513, a pedido da Duquesa de Brunswick. Era um livro cheio de superstições, embasado nas práticas menos conhecidas do cuidado obstétrico, do tempo que sancionava as intervenções

brutas das parteiras. O segundo acontecimento foi a introdução da versão podálica em obstetrícia na França por Ambroise Paré. Utilizava quando a criança não estava na posição adequada para um parto normal, nessa técnica o cirurgião introduzia sua mão no útero e pegava a criança pelos pés, fazendo-a girar. O terceiro acontecimento de grande importância, ainda no mesmo século, foi a descoberta do fórceps obstétrico pelos irmãos Chamberlen em 1588 (DONAHUE, 1993). Esse instrumento permaneceu secreto durante certo tempo e depois foi herdado por Hugo Chamberlen, neto de Pedro Chamberlen, um dos irmãos descobridores do fórceps, tornando-se popular no século XVII, trazendo mudanças radicais para a assistência obstétrica. O fórceps era classificado legalmente como instrumento cirúrgico, mas as mulheres foram proibidas de utilizá-lo (CAPARROZ, 2003, DELASCIO; GUARIENTO, 1987). O quarto acontecimento foi a criação da escola de parteiras no século XVI no Hotel Dieu de Paris (DONAHUE, 1993).

Com mais de 600 leitos, o Hotel Dieu de Paris era uma instituição parisiense do século XIV que se destinava a receber viajantes, desocupados, bêbados, doentes, pobres e todo tipo de pessoa que precisasse de abrigo. Recebia também mulheres em trabalho de parto e ministrava cursos para formação de parteiras desde 1348. Em 1722 um terrível incêndio, arrasou toda a sua estrutura. Naquela época as instituições hospitalares foram alvo de enérgicas críticas, e sua reforma impôs-se rapidamente com ajuda filantrópica, principalmente do cirurgião Jacques Ticum, que doou uma soma razoável para reerguer um novo hospital, propondo sua reorganização e transferência. Em 1795, nos antigos prédios do Oratório (Oratoire) e do convento de Port-Royal, em Paris, foi instalado o Asilo da Maternidade (Hospice de la Maternité) (BEAUVALKET-BOUTOUYRIE, 2002).

Na visão dessa autora, o novo estabelecimento substituiu a modernidade do Office, um dos poucos estabelecimentos a oferecer uma verdadeira formação clínica, assegurando rapidamente sua reputação na França e também no exterior. Porém, o novo Hospice de la Maternité inscreve-se na continuidade do Office, e para deixar bem marcada essa ligação, Marie Dugès, última parteira-mestra do estabelecimento, foi nomeada parteira-chefe da Maternidade de Port-Royal. Ela era auxiliada por sua filha e colaboradora, Marie-Louise Lachapelle, que logo ocuparia o cargo em substituição à sua mãe.

Segundo Beauvalket-Boutouyrie (2002), o quadro de pessoal da

Maternidade se compunha de um parteiro-chefe, que era oficialmente seu diretor, um médico e uma parteira-chefe. Na prática, porém, era ela quem exercia a direção. Peça central da organização, a parteira-chefe manteve-se à frente da Maternidade durante todo o século XIX, período em que cresce o poder dos parteiros e aumenta o controle sobre as parteiras. Diretora dos cursos e dos cuidados às parturientes, a parteira era superior ao médico-parteiro-chefe, gozando assim de uma situação excepcional no panorama hospitalar do século XIX.



Foto 1 - Marie-Louise Lachapelle
Fonte: DELASCIO; GUARIENTO (1987)

No Hôtel-Dieu, a função e o cargo da parteira-chefe eram de muito prestígio. Assim, não foi por acaso que Marie-Louise Lachapelle (1759-1812), formada por sua mãe e com quem trabalhou no Office desde a mais tenra idade, conservou a mesma superioridade quando assumiu o cargo de parteira-chefe. Casada com um colega cirurgião, depois de quase três anos de casamento Marie-Louise Lachapelle fica viúva e se dedica inteiramente à profissão. Seu papel foi

muito importante na organização da Maternidade, estabelecendo, por quase um século, as bases do ensino da escola de parteiras e do seu funcionamento (BEAUVALKET-BOUTOUYRIE, 2002).

Segundo a mesma autora, durante todo o século XIX as parteiras-chefes de Port-Royal conseguiram manter sua ascendência sobre o parteiro. Verdadeiras diretoras do estabelecimento, elas contribuíram para dar às alunas uma formação de qualidade e firmaram-se como cirurgiãs. Totalmente surpreendente no que diz respeito à legislação, tal situação não era esperada quando da abertura da Maternidade, pois existiam, desde o fim do século XVIII, todas as condições para que os parteiros suplantassem as comadres e as parteiras.

Entretanto, diversos elementos entraram em jogo, e certamente em primeiro lugar a origem da supremacia da parteira-chefe se deve à forte personalidade de Marie-Louise Lachapelle. As parteiras que a sucederam, Madeleine Legrand e

Clémentine Charrier, só precisaram dar continuidade à sua obra, fazendo prevalecer a prática sobre a teoria e insistindo no papel moral da parteira. Como responsável pelo serviço de partos, a parteira-chefe recebia as mulheres desde a sua chegada ao hospital e decidia, após um exame, admiti-las ou recusá-las. O regulamento estipulava que a parteira-chefe se encarregasse do serviço comum dos partos, mas seu papel de maior destaque foi a proeza de realizar técnicas médicas, com um agravante: contavam com o apoio dos próprios médicos que trabalhavam no hospital (BEAUVALKET-BOUTOUYRIE, 2002). A seguir uma demonstração das normas vigentes naquele hospital.

[...] nos artigos 15 e 16 do Regulamento da Maternidade estava previsto que todas as vezes que o parto fosse considerado impossível pelas únicas forças da mãe, a parteira-chefe operará, se não fosse perigo nem para a mãe nem para a criança, nem grandes dificuldades para a execução, porém, num ou noutro caso, ela comunicaria ao parteiro-chefe, a menos que houvesse um perigo mais iminente para protelar a operação. É preciso dizer que a personalidade e a habilidade de Marie-Louise Lachapelle contribuíram muito para essa situação. Chaussier, nomeado médico-chefe em 1804, dava-lhe liberdade para tomar todas as decisões que ela julgasse necessárias. Baudelocque, primeiro cirurgião-chefe da casa, reconhecendo a habilidade e a competência da parteira, não receava passar-lhe a responsabilidade de terminar os partos trabalhosos. Ele conta que gostava de vê-la operar e que aplaudia sempre seus sucessos: a mão mais delicada, sempre conduzida pela inteligência, sabia vencer todas as dificuldades e todos os obstáculos. Nota-se que Marie-Louise Lachapelle era a mais alta autoridade na direção dos serviços de partos e realizava a maioria das operações normalmente reservadas aos cirurgiões: ela realizava a maioria das operações obstétricas, do tratamento de diversos casos de distocia, a versão, aplicava o fórceps, fazia a redução do prolapso do cordão umbilical, colocava tampões e fazia sangria (BEAUVALKET-BOUTOUYRIE, 2002, p. 408).

Ehrenreich e English apud Pires (1989) descrevem que no século XIX, a partir dos anos 40, na Europa e nos Estados Unidos os médicos se organizaram nas escolas e em associações, com a finalidade de serem aceitos como grupo social hegemônico do setor saúde, através de um corpo de conhecimentos especiais e reconhecidos. Normalizaram o exercício profissional e critérios de participação no grupo. Esse ato fez renascer a obstetrícia como especialidade médica que passa a formar especialistas. A partir de então, os obstetras iniciaram uma campanha persecutória pública contra as parteiras, “acusando-as de ignorantes e incompetentes e de serem responsáveis pela sepsis puerperal e pela oftalmia neonatal”. Esse fato ocorreu em vários países europeus, como Inglaterra e

Alemanha, e nos Estados Unidos. O pior é que tal perseguição não contribuiu para melhorar a qualidade do cuidado obstétrico.

O século XIX havia sido um período mais favorável para as parteiras. Apesar do confisco pelos homens do ensino obstétrico, a prática do parto permanecia como uma especialidade dessas mulheres. Beneficiando-se dos esforços dos poderes públicos para prestarem assistência às parturientes, e do pudor feminino, o número de parteiras havia aumentado ao longo do século, ultrapassando quatorze mil em 1891. A criação do corpo dos médico-parteiros e a lei de 30 de novembro de 1892 sobre o exercício da medicina, proibindo às parteiras o uso de instrumentos e a prescrição de medicamentos, marcaram o início da diminuição. Em 1912, uma tese de medicina avaliava que o número de partos feitos por ano por uma parteira parisiense era de 15, número que levou algumas delas a dirigirem-se à prática ilegal dos abortos e a tornarem-se 'fazedoras de anjos'. Em 1938, foi realizado em Paris o 8º Congresso Internacional das Parteiras. Melle Mossé, a parteira-chefe da Maternidade de Paris, chamada de Port-Royal, a mais antiga e a maior da França, ao abrir o congresso, fez então um apelo à revalorização do papel social da 'mais antiga das profissões femininas' e expôs os problemas profissionais enfrentados, destacando entre eles 'a concorrência do grande número de médicos e da excessiva hospitalização'.[...] Certamente, o desenvolvimento das maternidades reduziu a necessidade de parteiras e levou ao fechamento de alguns leitos nas casas de parto na cidade. Na Maternidade Baudelocque, em 1930, trabalhavam sete parteiras para mais de três mil admissões por ano, enquanto que uma pequena casa de parto empregava de uma a duas profissionais para 200 partos anuais. Assim, nomeadas por ocasião da grande epidemia de febre puerperal de 1867 para aliviar os serviços hospitalares, as parteiras agregadas pela Assistência Pública de Paris tornaram-se inúteis, e a última que trabalhou para a Maternidade Baudelocque fechou os poucos leitos em março de 1934 (THÉBAUD, 2002, p. 6).

Nos Estados Unidos o declínio da parteira tradicional norte-americana tornou-se um processo irreversível com a restrição à entrada de imigrantes, a partir de 1920. O parto hospitalar começa a substituir o domiciliar no mesmo período: em 1900 apenas 5% das americanas deram à luz em hospitais, saltando para 25% em 1930 a taxa de partos hospitalares (OSAVA, 1997).

O que mais incomodava a profissão das parteiras era a concorrência de outras categorias. Por exemplo: as enfermeiras (enfermeira hospitalar e visitadora sanitária) que passaram a atuar e cuja prática de visitas domiciliares quando feita à casa de uma grávida ou de uma jovem mãe, competia com as atribuições da parteira. As assistentes sociais foram acusadas de fazer a propaganda contra o parto domiciliar e de encaminhar as futuras mães para dispensários e maternidades. A concorrência maior era a dos médicos que dividiam com as parteiras o monopólio do parto. Cada vez mais numerosos, eles se beneficiavam de trunfos inegáveis e apropriavam-se da parte das parteiras. Por serem os médicos cada vez mais ricos, dispunham de telefone e de automóvel, o que facilitava o contato com a clientela; somente eles tinham direito de utilizar ocitócicos e instrumentos durante os partos, e a lei relativa à Seguridade Social lhes reservava, fora das consultas conveniadas, os exames das mulheres

grávidas. Em serviço hospitalar de maternidade, a concorrência masculina traduzia-se pela promoção do médico-parteiro, chefe de serviço e freqüentemente professor de clínica obstétrica e pela exclusão da parteira de um trabalho qualificado e do exercício do poder, fazendo dela uma auxiliar dedicada, uma espécie de enfermeira de qualidade superior, que deveria preocupar-se menos com a ciência (masculina) e mais com os cuidados aos doentes, e saber exatamente o que ela não deveria fazer. Porém, a realidade hospitalar acabava muitas vezes sendo bem diferente, e muitas iniciativas acabavam nas mãos das parteiras, que mantinham o controle e a responsabilidade da sala de trabalho, ensinavam as internas pouco competentes e pouco viam o médico-parteiro [...] (THÉBAUD, 2002, p. 7).

A parteira era indispensável para a maternidade e para a clientela. Primeiro, porque estavam mais bem distribuídas geograficamente do que os médicos, mesmo porque muitas delas tinham abandonado o duro trabalho de parteira rural. E também porque os próprios médicos se declaravam incapazes de permanecer ao lado da parturiente durante todo o trabalho de parto, como escreveu Couvelaire na *Presse Médicale* (Imprensa Médica) em novembro de 1930. Era preciso ter mulheres formadas, capazes de acompanhar a conclusão de uma função a cada momento, capazes de permanecer longas horas na cabeceira das parturientes e de receber, da melhor forma possível, em suas mãos experientes, a criança às vezes mais apressada em nascer do que o médico em vir, dividido entre suas múltiplas obrigações. Enfim, a parteira era indispensável porque o conhecimento obstétrico de um clínico geral era insuficiente e porque a maioria das francesas ainda recorria a elas por acreditarem na sua superioridade no ofício, consideradas verdadeiras especialistas em partos. Desde a unificação da profissão em 1916, na França elas passaram a realizar dois anos de estudos após o diploma elementar, em escola vinculada à faculdade de medicina, o que lhes rendeu uma boa formação (THÉBAUD, 2002).

Algumas transformações expressivas ocorreram na prática da obstetrícia no século XX, na maneira de ajudar um ser humano em formação a ingressar no mundo, que ainda perduram até os nossos dias. Até meados desse mesmo século, o parto era realizado em casa, no ambiente doméstico, dentro do âmbito familiar e sob a égide da parteira profissional. O médico só era chamado quando a parteira julgasse conveniente, isto é, em caso de complicações que não pudessem ser resolvidas em casa e quando a parturiente não estivesse bem, então era internada no hospital. A mãe e a criança eram mantidas separadas, sob alegação de

proporcionar o máximo de tranqüilidade àquela e cuidado especializado a esta, num esforço de proteção mútua. Por exemplo: em caso de infecções, quando ambas podiam ser tratadas por pessoal especializado, a parturiente por enfermeiras e a criança por berçaristas e pediatras. O relacionamento mãe-criança era para o convívio em casa, depois da alta hospitalar (HASSAUER, 1987).

Após a Segunda Guerra Mundial, alterou-se mais e mais o quadro da obstetrícia, pois mesmo os casos de parto normais sem nenhuma complicação passavam a serem realizados no hospital. Nos anos 60, as despesas hospitalares com parto normal e subsequente puerpério de 10 dias foram assumidas pelas caixas de seguro-doença, liberando as pacientes desse desembolso. O hospital oferecia tudo, desde roupa, alimentação, cuidados em caso de necessidade urgente com a pronta assistência médica imediata, tudo muito confortável, fácil sob o aspecto organizacional, e, ainda por cima, gratuito. O arranjo anterior de separar a mãe da criança e respectivos cuidados específicos foram mantidos. O tratamento despersonalizou-se ainda mais quando as parteiras restringiram seu campo de ação à sala de parto. A parteira, aquela que antigamente dirigia no lar os trabalhos do parto e posteriormente cuidava conjuntamente da mãe e da criança durante o puerpério, como parteira de hospital passava a tomar contato com a mãe só excepcionalmente na situação das dores de parto, nada tendo a ver com a fase subsequente, de cuidados com a mãe e com a criança (HASSAUER, 1987).

Portanto, o exercício autônomo da profissão de parteira foi condenado ao desaparecimento, foi reduzida a uma motivação unilateral. O inter-relacionamento intensamente humano entre mãe, criança, familiares e parteiras foi-se perdendo gradativamente[...]. Mas é fato incontestável, que a relação mãe-criança perdeu-se amplamente na exatidão científica da Perinatologia, assim como a relação humana entre obstetra, mãe e criança, sobretudo devido à progressiva interferência de aparelhagens técnicas. A tecnologia eletrônica passou a supervisionar a parturiente e a criança durante o processo de parto. A obstetrícia foi-se reduzindo ao controle dos equipamentos técnicos. Não mais se perguntou pela relação humana entre médico e paciente, pois esta não tinha nenhuma importância científica. No começo dos anos 70, a situação da obstetrícia apresentava-se da seguinte maneira: domínio da tecnologia na sala de parto, exclusão do pai durante o processo, alojamentos separados para a mãe e a criança durante o puerpério, amplo desprezo pela importância do aleitamento materno, negligência da relação afetiva mãe-criança e da relação entre os participantes do evento do parto em geral. Portanto, uma oscilação extrema do pêndulo para o lado materialista, o que equivale a dizer pouco adequado ao ser humano, desumano até (HASSAUER, 1987, p. 14 - 15).

Entretanto, com a aprovação dos “Programas Governamentais de Incentivo

ao Aleitamento Materno (PIAM) no início da década de 90 e principalmente com o surgimento da portaria ministerial de agosto de 1993”, que regulamentava o sistema de Alojamento Conjunto em todo o território nacional, as maternidades puderam garantir a permanência integral do binômio e família no alojamento conjunto, tornando-se um processo mais humanizado (MONTICELLI, 2003, p.195).

2.2 O trabalho das parteiras no Brasil

O trabalho desenvolvido pelas parteiras no Brasil está presente ao longo da história desde os tempos dos índios, quando esse ofício desenvolveu-se através de ajuda mútua entre pessoas que necessitavam de apoio e carinho durante o trabalho de parto; as mulheres mais experientes e mais velhas é que direcionavam tais trabalhos.

A concepção dos conhecimentos e das práticas de saúde desenvolvidas no tempo dos índios brasileiros, no século XVI, fundamentava-se na magia, na mística e no empirismo, com recursos da flora nativa para curar e amenizar doenças, através de cataplasmas e remédios de uso interno (CAPARROZ, 2003).

Pires (1989, p. 24) descreve com propriedade como os povos indígenas se comportavam no trabalho de parto:

A índia trabalhava até o momento do parto, e este era realizado em qualquer lugar que estivesse, seja na beira do rio ou na mata, se acaso precisasse de ajuda então gritava e alguém através de manobras sobre o ventre forçava a descida do feto. O parto normalmente era fácil, feito de cócoras; a descida do feto era acompanhado de pouco sangramento. O cordão umbilical era seccionado pela própria parturiente, com os dentes ou uma lasca de taquara, e amarrado com um cipó ou raiz. O recém-nascido era lavado no rio mais próximo, onde a mãe também se banhava. Eram raras as distocias e o parto duplo.. [...] As mulheres cuidavam das crianças, amamentando-as por uns dois anos e algumas vezes até oito anos.

A assistência à parturiente só seria reconhecida como profissional com o processo da colonização, e era considerada popular e de aprendizagem empírica. O processo de institucionalização da medicina resultou em forte perseguição a curandeiros e práticos em geral, e a formação de pessoal para a assistência ao parto foi absorvida pelas escolas de medicina como curso anexo.

Em nosso país as parteiras se mantiveram como profissionais de destaque

da assistência ao parto até meados do século XX. No início da colonização, entretanto, eram as caboclas, portuguesas e negras velhas que monopolizavam a parturição, grande parte oriunda de classes baixas da sociedade, completamente analfabetas, a maioria delas ex-meretrizes. Além de cuidar do parto, das moléstias de mulheres, das gastroenterites e dos quebrantos, as parteiras eram acusadas de praticar feitiçarias, provocar abortos (OSAVA, 1997).

Os cursos de medicina e cirurgia foram criados na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808, com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, ameaçada com o avanço das tropas de Napoleão em direção a Lisboa, marcando o início do processo de institucionalização da medicina em território nacional. A prática de atenção ao doente passa a ser considerada incumbência de profissões estruturadas e reconhecidas pelo Estado, com normas que regulam a formação e o exercício profissional. Em 1832, as academias transformam-se em escolas ou faculdades de medicina e são autorizadas a conceder títulos de doutor em Medicina, de Farmacêutico e de Parteira (CAPARROZ, 2003).

A formação das parteiras em obstetrícia e sua prática se aplicavam no espaço institucional hospitalar, não mais de forma independente, mas sob controle médico. [...] Aos médicos coube o direito de exercer todos os ramos da arte de curar (Artigo 12 da Lei de 3 de outubro de 1832), às parteiras diplomadas foi delegado o direito de partejar e aos farmacêuticos o de ter botica e mexer com os medicamentos. A institucionalização da prática das parteiras lhes retira a autonomia e a vinculação com a comunidade, transformando-as em uma profissão auxiliar, subordinada às regras emitidas pelas escolas médicas que normatizam o exercício profissional das três profissões, bem como emitem e validam certificados. A prática das parteiras foi extinta. Com a institucionalização da formação de profissionais de saúde no Brasil, às mulheres couberam as atividades relativas aos fenômenos da procriação e aos homens as demais (medicina e farmácia). Só em 1879, os cursos institucionalizados foram oferecidos indistintamente para homens e mulheres (PIRES, 1989, p. 108).

No século XIX, a sociedade brasileira era basicamente patriarcal.

[...] a exclusão das mulheres aos direitos mínimos de cidadania, bem como o direito de voto, do exercício de cargos públicos e discriminando-as no acesso à rede de ensino. Essa característica fica claramente evidenciada na legislação do ensino formal profissionalizante do setor saúde na época. [...] nos cursos de parteira era o único curso que exigia atestado de bons costumes como se este tipo de atestado garantisse a idoneidade moral da concorrente ao curso, e também, como se os médicos e os boticários não necessitassem de uma conduta moral digna para o exercício de sua profissão ou como se estes estivessem acima de qualquer suspeita, não precisando apresentar um certificado destes valores. [...] o que fica claro é

que um ofício independente a arte de partejar passou a ser uma atividade subordinada e controlada pela medicina. Às parteiras couberam as atividades de cunho manual e devidamente delimitadas dentro da globalidade da assistência à parturiente, a puérpera e ao recém-nascido, aparecendo então com característica de divisão parcelar do trabalho, sem controle da decisão terapêutica, da avaliação clínica e da prescrição da assistência (PIRES, 1989, p. 109 - 110).

Compulsando a literatura médica do século XIX, muitos autores, como Osava (1997), encontraram perfis altamente negativos da parteira brasileira: mulheres sem princípios, ignorantes, supersticiosas, bárbaras. Essa imagem negativa construída principalmente pela “literatura médica” levou a historiadora paulista Maria Lúcia Mott a problematizar a situação, pois aquela mesma profissional era antagonicamente chamada por suas clientes de “comadre”. Assim sendo, para essa autora, se uma profissional realmente fosse nociva à sociedade, não seria chamada tão carinhosa e afetuosamente, concluindo que na verdade se tratava de uma questão política e corporativista da classe médica.

Cabe observar que também as freiras ou irmãs das congregações católicas estiveram à frente da assistência ao parto, pelo menos até meados do século XX, no Brasil. O estudo de Miriam Grossi sobre essas congregações aponta para esta especialidade dominada pelas freiras, particularmente em cidades do interior, e também é referido por Anayansi Brennes, ainda no século XIX, quando muitas irmãs se opuseram, veemente, à entrada dos médicos nas Maternidades das Santas Casas, alegando motivos de pudor, mas que também teriam envolvido disputas de poder (TORNQUIST, 2004, p. 107).

No Brasil, a prática do parto hospitalar só se iniciou pouco antes da República, pois no início do século XX os médicos formados pelas duas escolas de medicina brasileiras, na Bahia e no Rio de Janeiro, recebiam apenas conhecimentos teóricos sobre obstetrícia e não tinham nenhuma aula prática, porque os hospitais não conseguiam a adesão de gestantes para internação no parto, impossibilitando os ensinamentos práticos necessários (TANAKA, 1995).

Segundo Bessa e Ferreira (1999), somente a partir do século XX, em nome da redução da mortalidade infantil e materna, o parto passa a ser institucionalizado, e conseqüentemente medicalizado, com base na premissa de que a medicina podia dominar e/ou neutralizar seu risco. Em nosso território a institucionalização do parto ocorreu de maneira muito similar às da Europa e dos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial, quando os médicos adquiriram novos conhecimentos e

habilidades nos campos da cirurgia, assepsia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, conseguindo reduzir favoravelmente o risco dos procedimentos hospitalares. Embora a via natural do parto seja a vaginal, com a institucionalização do parto e maior domínio das técnicas, ampliaram-se as possibilidades de intervenção através das operações cesarianas e, conseqüentemente, o desaparecimento oficial da parteira, que perde seu espaço na obstetrícia.

Vale a pena conhecer um pouco sobre a trajetória de vida da primeira parteira diplomada pela Escola de Medicina do Rio de Janeiro em 1834 e a única mulher que teve assento na Academia Nacional de Medicina em 1871. Maria Josefina Durocher nasceu na França em 1809. Veio para o Brasil em 1816, com sete anos de idade, acompanhada de sua mãe, uma florista parisiense. Enviuvou logo após se formar, já mãe de dois filhos. Exerceu com grande competência a arte obstétrica na cidade do Rio de Janeiro durante sessenta anos. Obteve prestígio profissional tanto pela sua inteligência, quanto pelos seus dotes de bondade e cortesia. Publicou em torno de doze trabalhos científicos sobre obstetrícia, além de artigos em jornais. Chegou a assistir cerca de seis mil nascimentos, quando o Rio de Janeiro ainda contava noventa mil habitantes (DELASCIO; GUARIENTO, 1987).



Os historiadores costumam apontar a personalidade original de Madame Durocher, em particular seu aspecto andrógino: um misto mal definido de homem e de mulher. Alta, musculosa, falando grosso, trazendo os cabelos cortados curtos, repartidos e penteados como um homem, o lábio superior fartamente piloso bem como todo o mento, e seus trajes masculinos calçados de botinas de homem; usava camisa, punhos, colarinho, gravata e colete de homem. Madame Durocher explicava que usava essas excêntricas roupas para inspirar respeito, adotou um vestuário que lhe pareceu mais cômodo para a sua profissão, como mais decente e característico para a parteira (OSAVA, 1997, p.28).

Foto 2 - Maria Josefina Durocher
Fonte: DELASCIO; GUARIENTO (1987)

O período compreendido entre fins da década de 1950 e início dos anos 1980 marca a cristalização definitiva do hospital na realidade brasileira, como núcleo

de atenção à saúde da população em geral. Com esse processo também se dá a institucionalização e a medicalização da assistência ao parto (OSAVA, 1997).

2.3 O trabalho das parteiras em Santa Catarina

As mulheres açorianas que viviam no litoral catarinense dedicavam-se especialmente à agricultura e à pesca e também era muito comum entre elas o ofício de partejar. No século XIX, na cidade de Desterro, nome dado à antiga capital do Estado de Santa Catarina, as mulheres que realizavam partos deveriam ter autorização pública para praticá-los. Porém, no século XX essa autorização foi abolida e melhor oportunidade foi-lhes oferecida com a criação de uma escola de formação de parteiras na Maternidade Carlos Corrêa, em 1935. Essa escola oferecia curso teórico e prático sobre obstetrícia para as mulheres que já praticavam a parturição apenas pela prática e também àquelas que demonstrassem vocação e vontade de aprender tal profissão. O curso durava dois anos e concedia à formanda o título de enfermeira obstétrica, mais conhecida como parteira diplomada, com certificado conferido pelo Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Saúde de Santa Catarina. O curso era freqüentado por alunas de diferentes locais do Estado, e não mais exigia pré-requisitos a respeito do estado civil da aluna, como ocorria com as parteiras práticas, pois iriam aprender uma função de acordo com os modelos biomédicos (WOLFF; RÉCHIA, 1999).

Até meados do século XX, em Florianópolis, como em muitas regiões do país, mulheres gestavam seus filhos e os puseram no mundo de forma tradicional, com auxílio de parteiras. Tratava-se de um ritual de passagem, repleto de simbologia desta cultura, e no qual intervinham, sobretudo mulheres de suas relações de parentesco e/ou vizinhança. A parteira atendia não só a mãe, mas também o recém-nascido, permanecendo vários dias junto a eles e acompanhando, assim, a evolução do pós-parto e do puerpério. Sua tarefa era recompensada em espécie, sendo ademais vista como uma missão a ser cumprida, jamais negligenciada. Esse ofício freqüentemente era exercido por mulheres pobres e até por escravas e/ou libertas, que gozavam de certo prestígio em função da utilidade de seus conhecimentos. Estabeleciam-se territórios de relativa autoridade e poder no interior de uma sociedade marcada por hierarquias étnicas e de classe, além de assimetrias muito demarcadas quanto ao gênero. [...] Na Ilha de Santa Catarina, as parteiras foram, até muito recentemente, mulheres de grande prestígio nas comunidades pesqueiras. A prática desse ofício, que envolvia conhecimentos de manobras do parto e práticas rituais

específicas, garantia-lhes um espaço de reconhecimento simbólico bastante grande. Embora ser parteira não fosse um ofício economicamente rentável, estava investido de grande prestígio social; uma boa parte das parteiras eram mulheres viúvas ou mesmo casadas, supunha-se ainda uma certa vocação para o ofício. Algumas mulheres, ao desempenhar este ofício, o faziam em desacordo com a família ou com o marido, o fato delas serem chamadas a qualquer hora do dia ou da noite, fizesse chuva ou sol, e atendessem os apelos em troca de pequenos favores e reconhecimento simbólico (TORNQUIST, 2001, p.42 - 49).

Apesar de no século XX já existir um local adequado e qualificado para as parteiras tradicionais se formarem, muitas não o faziam por acreditar que a formação de uma parteira se dava pela prática. Muitas continuaram a praticar tal ofício ilegalmente e sem ser reconhecido como profissão. Há de se esclarecer que as parteiras tradicionais ou leigas não tinham condições financeiras adequadas e nem mesmo tempo disponível para adquirem uma formação biomédica, pois os afazeres, tanto no lar como fora dele, eram de responsabilidade exclusiva dessas mulheres, tais como: a limpeza e a arrumação rotineira da casa, a preparação da alimentação da família, incluindo pães, roscas e bolos, e muitas vezes faziam queijos, natas e doces para vender. Também costuravam, bordavam e teciam para auxiliar no orçamento doméstico, e mais: cuidar do plantio nas roças, da produção da cachaça nos engenhos, da fabricação da farinha, da atafona de milho para fazer polenta, da retirada do leite de vacas, da limpeza das estrebarias, de torrar o café, de cuidar do quintal, de alimentar e comercializar os porcos e galinhas (WOLFF; RÉCHIA, 1999).

Além de sua jornada de trabalho extensa e estressante, as mulheres também faziam partos. E fazer partos era mais um trabalho como outros, essenciais à sobrevivência daquelas localidades. Não era uma atividade remunerada, apenas vista como troca de favores entre a vizinhança. Muitas vezes a parteira recebia presentes em troca da assistência prestada à gestante, e esses presentes não raro eram bens que as pessoas tinham em casa para consumo próprio e que partilhavam para agradecer o favor recebido. Entre eles, os mais comuns eram: porco, galinha, ovos e frutas ou legumes. Na maioria das vezes era convidada para ser madrinha da criança, porque o mais importante não era o pagamento, mas a afirmação de um auxílio, que deveria ser mútuo. Convém salientar que muitas parteiras tradicionais desempenhavam tal ofício como forma de ajuda, confiança e amizade, amalgamando assim uma relação de comadres.

Há de se reconhecer que o ofício das parteiras leigas não era um trabalho qualquer, pois seu conhecimento era específico, aprendido através da prática e da experiência, mas que lhes conferia certo poder no seio da comunidade onde moravam, além de serem pessoas responsáveis pela transmissão desse conhecimento às demais mulheres locais.

Em geral as parteiras catarinenses eram conhecidas em suas comunidades por estarem associadas à arte da benzedura e das massagens durante o trabalho de parto, com o objetivo de aumentar as contrações necessárias para a expulsão do bebê. Essas técnicas visavam a aumentar a capacidade da parturiente para enfrentar a dor, exigindo delas uma postura ativa. Era um ofício que exigia disponibilidade para atender aos chamados, não importando a hora do dia ou da noite e a distância a ser percorrida. A história das parteiras leigas com sua prática domiciliar começou a contar seus dias para finalizar a partir das décadas de 50 e 60 do século XX, ao ser substituída pela prática hospitalar. Essa substituição foi motivada pela desqualificação das parteiras domiciliares por parte dos médicos que as tachavam de ignorantes alijando-as do meio social em que moravam e a cuja população serviam (WOLFF; RÉCHIA, 1999).

A partir do momento em que adquiriu um aprendizado formal e entrou no ambiente hospitalar, a parteira domiciliar tornou-se uma peça importante, pois várias mudanças ocorreram. Os partos domiciliares começaram a ser transferidos para as maternidades, apesar da resistência de algumas que continuavam a exercer o ofício em comunidades mais afastadas da urbanização. Essa mudança exigiu nova estrutura hospitalar, com a divisão do trabalho, pois naquele ambiente havia médicos e enfermeiras que também prestavam assistência às parturientes, como as parteiras. Muitos conflitos surgiram, a respeito das funções que caberiam a cada profissional no processo de partejar. Para restabelecer a harmonia, algumas rotinas foram estabelecidas: aos médicos couberam as intervenções cirúrgicas, os partos difíceis; e às mulheres parteiras ou enfermeiras, os partos fáceis e o acompanhamento do trabalho de parto (TORNQUIST, 2004).

Entretanto, com o advento da institucionalização do processo do nascimento, algumas alterações foram introduzidas no atendimento às parturientes. Antes assistidas individualmente por uma única pessoa conhecida e num ambiente familiar, as parturientes passaram a ser atendidas por várias pessoas e num

ambiente totalmente desconhecido.

É importante ressaltar que a Maternidade Carlos Corrêa já vinha atendendo mulheres em situação de parturição desde sua inauguração em 1927, mas por ser a única na cidade e de capital privado, atendia apenas um número reduzido de parturientes, aquelas que dispunham de recursos para custear as despesas; as demais gestantes continuavam a ter seus filhos em casa. A institucionalização do processo do nascimento na capital ganha maior consistência a partir de 1955, com a inauguração da Maternidade Carmela Dutra. Desde então, as parteiras catarinenses contam com nova possibilidade de trabalho, pois, impulsionadas pelo progresso e pelas facilidades de parturição, as mulheres passaram a buscar essa Maternidade pública para ter seus filhos. Convém registrar que tais atividades assistenciais só começaram em 1956, devido à escassez de recursos humanos na área da enfermagem no mercado de trabalho catarinense. A equipe de enfermagem de então era formada por um número reduzido de funcionárias, basicamente por atendentes de enfermagem e parteiras (BORENSTEIN, 2000).

Em 1959, na capital do Estado catarinense, as irmãs da Divina Providência criaram a Escola de Auxiliares de Enfermagem Irmã Benvenuta, localizada ao lado do Colégio Coração de Jesus, com a finalidade de suprir as necessidades de profissionais na área da enfermagem para o mercado de trabalho em hospitais e maternidades. Nessa escola várias mulheres foram capacitadas e colocadas nas instituições hospitalares para prestar assistência de enfermagem. Pessoa de destaque na direção, coordenação e como ministrante da escola foi sem dúvida a Irmã Cacilda (Ottillie Hammes). Enfermeira de grande gabarito e dotada de grande liderança, desempenhou suas atividades administrativas na Maternidade Carmela Dutra no período de 50 a 70.

Na década de 60, foi criado o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. Teve grande repercussão para uma nova perspectiva da enfermagem catarinense, contribuindo para que as parteiras diplomadas fossem subalternizadas em seu local de trabalho. A formação das enfermeiras e seu ingresso no ambiente hospitalar causou muitas tensões e disputas de poder e função entre parteiras diplomadas, enfermeiras e enfermeiras obstétricas.

Revisitando a história da parturição, nota-se que as parteiras diplomadas já

se haviam sobreposto às parteiras curiosas, sem qualificação e atuantes fora do hospital; e tal situação se repetiria dentro do hospital.

À medida que a cidade começa a urbanizar-se e conseqüentemente a se modernizar, novos procedimentos são introduzidos, como o aumento de cesáreas e uso de novos equipamentos técnicos visando à saúde da mãe e do bebê.

Para Réchia (2001a), a remuneração da parteira tradicional era inexpressiva: quando cobrava pelos serviços prestados, em geral as pessoas pagavam conforme podiam e com o que tinham. Não havia tabela de preços, ela fazia aquilo para favorecer, ajudar, atitude comum em relações de amizade, de boa vizinhança. Além disso, essa atividade sem preço estabelecido significava que ela não vendia sua força de trabalho, antes cumpria seu papel numa rede de prestações e contraprestações de serviços. Recebia um pagamento, raramente em espécie, porém esse pagamento tinha um valor simbólico. O que estava em jogo era a afirmação de laços de solidariedade.

Quanto ao aprendizado de tal saber, não foi verificada uma passagem da função de mãe para filha, notou-se que a maioria dessas mulheres aprendeu acompanhando outras parteiras práticas, auxiliando-as na hora do parto. São visualizadas como pessoas boas, cuidadosas, que queriam fazer o bem (RÉCHIA, 2001a).

Convém assinalar que algumas parteiras carregavam consigo uma “maleta de médico” quando iam realizar partos domiciliares, a exemplo das parteiras que atuavam no hospital. A maleta simbolizava a familiaridade com certas práticas médicas, pois além da tesoura continha injeções, para forçar o trabalho de parto, e um par de luvas. Algumas parteiras conscientes sabiam que os partos complicados deveriam ser encaminhados ao médico, mas nem todas agiam assim. Algumas tentavam outros métodos, por vezes com sucesso, outras vezes, sem. As que atuavam com responsabilidade eram bem conceituadas entre a classe médica, recebendo até elogios (RÉCHIA, 2001a).

2.4 A formação das parteiras no Brasil

Os primeiros cursos de formação de parteiras anexos às faculdades de

medicina foram o da Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro e o da Faculdade de Medicina da Bahia, ambos de 1832. No período de 1902 a 1925, havia no Brasil os seguintes cursos de parto anexos às faculdades de medicina, além dos dois já mencionados: da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, desde 1897; da Faculdade de Medicina de São Paulo, desde 1912; da Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Hamnammeniano do Rio de Janeiro, desde 1917, e da Faculdade de Medicina do Pará, desde 1922.

Na sua reforma de 1879, a legislação manteve a estrutura básica dos cursos; já a de 1891 introduziu mudanças significativas quanto ao reconhecimento dos cursos na área da saúde, ao transformar a Faculdade de Medicina em Faculdades de Medicina e Farmácia, e ao absorver outro ofício da área da saúde, a Odontologia, para o campo do ensino formal.

As Faculdades de Medicina e Farmácia formavam médicos e farmacêuticos e, em cursos anexos, dentistas e parteiras. Pelo Decreto nº 3902, de 12 de janeiro, a reforma do ensino de 1901 também manteve os quatro cursos formalmente institucionalizados e como espaço legal de formação de profissionais, reconhecidos oficialmente habilitados para executar as ações de saúde no país. Nessa reforma, que manteve os dois anos de formação para parteiros, ficou mais claramente delimitado o objetivo desses cursos: habilitar o profissional para a assistência ao parto em si e em especial ao parto normal; a obstetrícia aparece, então, incorporada como especialidade ou ramo da medicina, responsável pela assistência integral à parturiente, ao recém-nascido e à puérpera. A formação era basicamente prática, e os conteúdos teóricos estavam direcionados para o exercício de tal prática tipicamente manual; o raciocínio clínico e as decisões terapêuticas do tipo intelectual estavam a cargo dos médicos, que mantinham não só o controle da prática, mas também o do ensino. O artigo 39 do mesmo decreto estabelecia que as atividades da parteira deveriam estar sob controle e delegação médica, como se verifica no seu parágrafo único: “à parteira cumpre executar os serviços profissionais que lhe forem determinados pelo assistente de clínica obstétrica e ginecologia” (BRASIL, 1974, p.32).

Acompanhando o processo de institucionalização do parto, em 1925 o curso de parteiras é suprimido por decreto, e para substituí-lo era previsto o curso de formação de enfermeiras de maternidades. Esses cursos permaneceram anexados

às faculdades de medicina, que deveriam reorganizá-los, mas como isso não aconteceu, foram encerrados, como os cursos de partos da Faculdade Nacional de Medicina e do Hospital Hamnammeniano, ambos do Rio de Janeiro, e os do Pará.

Na década de 30, mais precisamente no dia 17 de maio, foi criada a primeira Escola de Parto do gênero do Estado de Santa Catarina na cidade de Blumenau, seguindo o modelo do curso de obstetrícia da Escola Médico-Cirúrgica de Porto Alegre. Foi reconhecida pela Assembléia Legislativa do Estado, e os certificados que ofereceria também seriam válidos em território paranaense, por uma lei de reciprocidade que existia entre os dois estados. Blumenau ficaria com as visíveis vantagens da excelente iniciativa que estava criando, formando o que era tão necessário: parteiras capazes, dando a entender que as parteiras tradicionais eram incapazes, visto que as capazes seriam treinadas na referida escola, em condições de atender aos reclames das colônias desprovidas dessas profissionais. O curso seria de apenas um ano. As candidatas deveriam ter noções de língua portuguesa, noções de aritmética, idade mínima de 18 anos, certificado de boa conduta e atestado médico que garantisse a ausência de alguma moléstia contagiosa. Cabe aqui lembrar que a maioria da população local falava alemão e que em muitas famílias as meninas ficavam sem acesso à educação escolar, além de representar “um sacerdócio”. Durante o período de estudo seriam oferecidas as matérias de anatomia da bacia da mulher, noções de microbiologia, embriologia, fisiologia e patologia, além de aulas de clínica obstétrica. As alunas também deveriam ser semanalmente “levadas” aos hospitais da cidade para as aulas exclusivamente práticas (ZIRBEL, 2006).

Segundo a historiadora Mott (1999) descreveu, a criação de escolas de parto no Brasil encontrava-se intimamente ligada à criação das escolas de Medicina e à disputa dos médicos por um espaço junto às parturientes, pois eles eram recusados pelas clientes que preferiam a companhia de parteiras no momento do parto. E acrescentou que não é possível deixar de pensar, diante do grande número de mulheres que concebiam filhos/as a cada ano, no quanto esse espaço deveria ser importante para a área médica. Além de correlacionar o aumento populacional que contribuía para a cobiça da classe médica e a reforma do ensino médico brasileiro em 1832, sendo utilizados todos esses argumentos para a criação das primeiras escolas de obstetrícia. Outra questão recorrente em vários documentos da

época é a desqualificação do trabalho das parteiras práticas, sempre acusadas de inaptas, ignorantes e charlatãs.

Em 1931, novo decreto realmente anexou os cursos de partos à cadeira de clínica obstétrica dessas faculdades, impedindo que as parteiras competissem com os cursos de medicina e de farmácia, e reduzindo a uma mera disciplina da medicina. Pela primeira vez, foi introduzida a disciplina de prática de enfermagem nos cursos, conferindo o título de enfermeira obstétrica aos que os concluíssem.

Na cidade de Florianópolis o curso de formação de parteiras foi criado em 1935 na Maternidade Carlos Corrêa, através do Decreto 96, de 29 de novembro do mesmo ano, com o nome de Escola de Enfermagem de Santa Catarina através da qual essas parteiras poderiam obter seu diploma, conferido pelo Departamento de Saúde Pública do Estado e alcançar o status de parteiras diplomadas. Após 2 anos de curso, as formadas eram admitidas pela própria instituição de saúde.

A formação das parteiras foi decisiva para garantir a legitimidade das maternidades como espaço qualificado para a realização dos partos. Nesta época, os médicos contavam com uma formação precária, seus conhecimentos sobre o corpo feminino e sobre o processo do parto eram escassos; as lições teóricas não eram suficientes para garantir o sucesso do parto, que envolvia manobras e técnicas conhecidas pelas parteiras. [...] os discursos de médicos e de inspetores de higiene, no início deste século, desqualificaram os saberes das parteiras práticas, a partir de um repertório nitidamente classista e racista. Não só as parteiras práticas como também as parteiras diplomadas estabeleciam relações de disputa com os médicos a respeito dos saberes médicos e saberes populares. Sabe-se que através dos anos, os saberes e técnicas mantidos por mulheres no período anterior à medicalização do parto foram dando lugar a métodos mais assépticos e higiênicos. Tornaram-se alvo principal das acusações de parteiras diplomadas as parteiras práticas. Podemos notar, através destas notas transcorridas, que o processo de transição da casa ao hospital, ou das mãos das parteiras para as luvas das enfermeiras, não foi linear nem tranqüilo. Tal processo envolveu disputas simbólicas em vários níveis, inclusive entre mulheres que, de certo modo, compartilhavam de uma mesma denominação (TORNQUIST, 2001, p. 52 - 54).

De 1832 a 1949, toda a legislação do ensino da enfermeira obstétrica estava contida na legislação da medicina. Com a aprovação da lei que dispunha sobre o ensino de enfermagem (Lei 774/49), os cursos de enfermagem obstétrica das escolas médicas poderiam ser transformados em cursos de enfermagem, de acordo com o seu Artigo 22, que determinava “aos atuais cursos de enfermagem obstétrica (cursos de parteiras) será facultada a adaptação às exigências da presente lei, de modo que se convertam em cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem” (OSAVA, 1997, p. 42).

A maior parte dos cursos encerrou suas atividades, restando apenas dois: o

da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o da Faculdade de Medicina do Recife. Algumas escolas de enfermagem criaram seus próprios cursos de especialização em enfermagem obstétrica, ministrados em um ano, após a graduação em enfermagem. Estes não eram oferecidos regularmente, e quase todos foram encerrados, exceto o Curso de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, que formou enfermeiras obstétricas dentro das duas legislações de ensino, expedindo os diplomas de enfermeira (Decreto 16300/23, da legislação da enfermagem) e de enfermeira obstétrica (Decreto 20385/31, da legislação da medicina).

Na legislação da medicina, a Escola Paulista criou o curso em 1939 e após dois anos e meio de experiência, chegou à conclusão de que a pouca base das alunas (curso primário) não corresponderia ao esforço despendido. Em 1943, a escola começou a exigir o diploma de enfermeira, convertendo-se, em 1949, em curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, exclusivamente dentro da legislação da enfermagem, tornando-se paradigma para cursos criados com a mesma finalidade.

O encerramento dos cursos de enfermagem obstétrica anexos às cátedras de clínica obstétrica das faculdades de medicina gerou um inconformismo entre as profissionais formadas dentro daquele modelo, que passaram a trabalhar em prol da mudança do Artigo 22 da Lei 775/49. Em 1952, o artigo teve sua redação modificada pelo Projeto de Lei 2640/52, que mantinha os cursos de enfermagem obstétrica anexos às cátedras de clínica obstétrica e ainda criava o curso de obstetriz, ensejando a duplicidade dos modelos de formação em obstetrícia: o europeu, ligado às escolas médicas, em nível de graduação e desvinculados da enfermagem; e o norte-americano, ligado às escolas de enfermagem, como habilitação ou especialização.

O projeto 2640/52, que criava o curso de obstetrícia, foi aprovado na Câmara, mas recebeu um substitutivo no Senado, a Emenda 12, segundo a qual os cursos de enfermagem obstétrica deveriam transformar-se em cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Esse substitutivo provocou uma reação indignada por parte das obstetrizes, que foram à imprensa denunciar: “uma emenda pretende conferir às enfermeiras diplomadas por curso de oito meses de especialização em obstetrícia, os mesmos direitos já assegurados às parteiras que

fazem um curso de 36 meses, em regime completamente diferente“ (JORGE, 1975, p. 74).

As enfermeiras saíram em defesa da emenda, alegando ser necessário um maior número de profissionais para contrabalançar os efeitos negativos, em todo Brasil, de um grande número de curiosas, sem um mínimo de formação profissional. Cada categoria era radical em sua posição, aumentando as hostilidades recíprocas (JORGE, 1975, p. 73).

Por determinação do Ministro da Educação, em 1956 uma comissão foi composta para redigir um projeto de lei reestruturando o ensino da enfermagem e da obstetrícia; tal comissão elaborou o Projeto Lei nº 3082/57, que criava os cursos de Enfermagem Obstétrica, em três níveis: elementar, médio e superior. O projeto recebeu vários outros substitutivos, vindos da Associação Brasileira de Enfermagem, da Associação Brasileira de Obstetrizes e até da Conferência dos Religiosos. As enfermeiras continuavam insistindo numa legislação que abrangesse os dois cursos e reivindicavam o curso de obstetrícia para as escolas de enfermagem. Para as líderes da enfermagem, os cursos médicos de formação de enfermeiras obstétricas era um exemplo de especialização sem base, pois não se poderia especializar sem o fundamento de um curso de formação.

Em 1964 o curso de parteiras na Maternidade Carlos Corrêa foi extinto, por não estar de acordo com as normas regulamentadoras da Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999; COSTA, 2002). A partir daí, a enfermeira obstétrica foi lenta e paulatinamente assumindo o cenário do parto, enquanto a parteira foi sendo excluída desse ambiente (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2004).

A Reforma Universitária de 1968, que vetava a duplicação de cursos com finalidades semelhantes, ajudou a dar o golpe de misericórdia nessa longa e acirrada discussão. Em 1969 foi encerrado o Curso de Obstetrícia da Universidade do Recife, restando apenas a Escola de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Em 1970, as disciplinas da Escola de Obstetrícia não foram colocadas entre as do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina, e em vista disso, a diretora da Escola de Enfermagem, Maria Rosa de Sousa Pinheiro, solicitou à coordenadora do Curso de Obstetrícia, Dilce Rizzo Jorge, a relação

nominal dos docentes responsáveis por essas disciplinas, iniciando-se assim uma série de gestões entre os diretores de ambas as escolas, Enfermagem e Medicina, para decidir a qual delas o curso seria integrado. Em reuniões subseqüentes, trataram de definir as linhas para tal integração, e no início de 1971 o Curso de Obstetrícia foi integrado à Escola de Enfermagem, com suas onze instrutoras.

A Escola de Enfermagem passou a ministrar três cursos de graduação: 1) Enfermagem, com opções para especialização em Enfermagem Obstétrica ou Enfermagem de Saúde Pública, oferecidas no quarto ano da graduação, 2) de Complementação em Enfermagem para obstetrias, e 3) de Obstetrícia. No ano seguinte, a Resolução 4/72, do Conselho Federal de Educação, extinguiu o Curso de Obstetrícia. A Escola passou a dar o curso geral de enfermagem em quatro anos e criou imediatamente os cursos para habilitação em Enfermagem Obstétrica e de Saúde Pública. Para não prender o aluno pelo período de cinco anos letivos, foram diminuídos os períodos de férias, o que possibilitou o preparo de enfermeiro habilitado em quatro anos calendários, que correspondiam a cinco anos acadêmicos. Esta modalidade de currículo perdurou até 1978, quando as habilitações passaram a ser opcionais. Nos anos seguintes, a modalidade habilitação deu lugar à “especialização”, em nível de pós-graduação, seguindo a tendência da maioria das escolas de enfermagem (CARVALHO, 1980, p. 107 -109).

Nos anos de 1972/1973, um relatório da Comissão de Documentação e Estatutos da Associação Brasileira de Enfermagem informava que, das 33 escolas de enfermagem existentes, apenas nove ofereciam o curso de enfermagem obstétrica naquele biênio. A partir de 1975, com o incentivo do Ministério da Educação e Cultura, o número de escolas de enfermagem aumentou, possibilitando a criação de novos cursos de habilitação em enfermagem obstétrica. No período de 1972 a 1983, aproximadamente 2.000 profissionais foram formadas. Na década anterior, esses números eram de 622, sendo 251 pelas escolas de obstetrícia, e 371 pelas de enfermagem.

A enfermagem brasileira só se organiza como profissão, regulada por normas próprias, a partir de 1923, e absorve definitivamente o trabalho das parteiras, dos práticos e dos auxiliares de enfermagem como parte do exercício profissional da enfermagem com a instituição da Lei nº 2604/55, que regulou o exercício profissional da enfermagem até 1986, quando foi sancionada a Lei nº 7498/86. O primeiro trabalho de enfermagem que foi institucionalizado foi o dos práticos, no campo hospitalar, e o das parteiras, pelo ensino e pela prática hospitalar. O trabalho de enfermagem já se estruturava sob a égide da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho (PIRES, 1989, p. 139).

O início da estruturação do trabalho em saúde se estabelece nas bases da

organização do trabalho tipicamente do modo capitalista de produção, ou seja, a divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, tendo o médico legalmente instituído como o centro da atenção em saúde e como o gerenciador institucional da assistência, delegando funções parcelares do trabalho em saúde a outros trabalhadores, sob seu controle, no espaço institucional hospitalar (PIRES, 1989).

3 ABORDANDO O MARCO DE REFERÊNCIA SOBRE MEMÓRIA

“A memória é vida, sempre carregada por grupos vivos e, nesse sentido, ela está em permanente evolução, aberta à dialética da lembrança e do esquecimento, inconsciente de suas deformações sucessivas, vulneráveis a todos os usos e manipulações, suscetível de longas e repentinas revitalizações.”

(THOMPSON, 1992)

O marco de referência sobre Memória será sustentado por vários autores: Bosi, Thompson, Bergson, Barreira e Le Goff.

Antes de tratar sobre a memória, sinto a necessidade de inserir alguns informes a respeito de um escritor que estudou a fenomenologia da lembrança, considerada como a sobrevivência do passado, que se conservava no espírito de cada ser humano e que aflorava à consciência na forma de imagens-lembrança. O filósofo e escritor francês Henri Bergson produziu várias obras, entre as quais a de maior impacto, *Matière et Mémoire*, escrita em 1896, pode ser considerada importante pela noção de imagem, na encruzilhada da memória e da percepção. Ao tratar de uma longa análise das deficiências da memória, (amnésia da linguagem ou afasia) descobre uma memória superficial, anônima, assimilável ao hábito, uma memória profunda, pessoal, pura, que não é analisável em termos de coisas, mas de progresso. Essa teoria, que realça os laços da memória com o espírito, senão com a alma, tem uma grande influência na literatura. Em seu estudo nota-se a presença de uma subjetividade pura (*o espírito*) e a pura exterioridade (a matéria); a primeira filia-se à memória, e a segunda, à percepção. (LE GOFF, 1992).

Bérgson quer mostrar que o passado se conserva inteiro e independente no espírito; e que o seu modo próprio de existência é um modo inconsciente. Antes de ser atualizada pela consciência, toda lembrança vive em estado latente, potencial. Esse estado, porque está abaixo da consciência atual [...], é qualificado de inconsciente. [...] o papel da consciência, quando solicitada a deliberar, é, sobretudo, o de colher e escolher, dentro do processo psíquico, justamente o que não é a

consciência atual, trazendo-o à sua luz (LE GOFF, 1992, p. 471).

Bosi (1998, p. 48) descreve que podemos conhecer a memória através da representação de uma figura de um cone invertido, que Bérqson imaginou representar para tornar mais evidente a diferença entre o espaço profundo e cumulativo da memória e o espaço raso e pontual da percepção imediata. Na figura, na base estariam as lembranças que “descem” para o presente, no vértice estariam os atos perceptuais que se cumprem no plano do presente e deixam passar as lembranças. “Esses dois atos, percepção e lembrança, se penetram sempre, trocam sempre alguma coisa de suas substâncias por um fenômeno de endosse². [...] Bérqson afirma que é do presente que parte o chamado ao qual a lembrança responde.

3.1 Considerações sobre a Memória

3.1.1 Conceito

A memória, como propriedade de conservar certas informações, remete-nos em primeiro lugar a um conjunto de funções psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas (LE GOFF, 1992, p. 423).

A memória pode ser mais bem apreendida metaforicamente através da mitologia indiana do esquecimento e da recordação, na qual a anamnese aparece como uma forma de conhecimento. O esquecimento (amnésia) é comparado ao sono, ao cativeiro, à perda da consciência do self, à cegueira, à ignorância e à morte. Ao contrário, a recordação (anamnesis) é comparada ao despertar, à libertação, à tomada de consciência de sua identidade, ao desvelamento da realidade, à sabedoria e ao renascimento (ELIADE apud BARREIRA, 1999, p. 88).

Segundo Japiassú e Marcondes (1996), memória é a capacidade de reter um dado da experiência ou um conhecimento adquirido no passado e de trazê-lo à mente no presente. É considerada essencial para a constituição das experiências e do conhecimento científico. A memória pode ser entendida como a capacidade de relacionar um evento atual com um evento passado do mesmo tipo, de evocar o passado através do presente. É da memória que os homens extraem a experiência, pois as recordações repetidas da mesma coisa produzem o efeito de uma única experiência.

Para Bueno (1992), a memória é a faculdade de reter as idéias adquiridas

² Corrente ou movimento de fora para dentro, entre dois líquidos de densidades diversas separados por uma membrana ou placa porosa (FERREIRA, 1988).

anteriormente; lembrança; reminiscências.

3.1.2 Tipos

Segundo Le Goff (1992), existem cinco tipos de memória:

- memória específica;
- memória étnica;
- memória artificial;
- memória individual;
- memória coletiva.

A memória específica é aquela que serve pra definir a fixação dos comportamentos de espécies animais. A memória étnica assegura a reprodução dos comportamentos nas sociedades humanas. A memória artificial, também chamada eletrônica, assegura sem recurso ao instinto ou à reflexão, a reprodução de atos mecânicos encadeados. A memória individual trata de acontecimentos vividos pessoalmente ou por grupos e coletividades. A memória coletiva retrata os fatos do passado no vivido dos grupos, ou aquilo que os grupos fizeram do passado; pode à primeira vista, opor-se quase termo a termo à memória histórica, como se opunham antes memória afetiva e memória intelectual. Até os nossos dias, história e memória praticamente se confundiram, e a história parece ter-se desenvolvido sobre o modelo da rememoração, da anamnese e da memorização. Mas toda a evolução do mundo contemporâneo, sob a pressão da história imediata, em grande parte fabricada ao acaso pela mídia, caminha na direção de um mundo acrescido de memórias coletivas (LE GOFF, 1992).

A história dita “nova”, que se esforça para criar uma história científica a partir da memória coletiva, pode ser interpretada como “uma revolução da memória” fazendo-a cumprir uma “rotação” em torno de alguns eixos fundamentais: “uma problemática abertamente contemporânea e uma iniciativa decididamente retrospectiva”, “a renúncia a uma temporalidade linear” em proveito dos tempos vividos múltiplos “nos níveis em que o individual se enraíza no social e no coletivo” (lingüística, demografia, economia, biologia, cultura) (LE GOFF, 1992, p. 473).

3.1.3 Funções

Por ser um fenômeno complexo que o ser humano não comanda e que mobiliza quase a totalidade do cérebro, a memória acompanha todos os instantes da vida; é uma extraordinária caixa de lembranças, mas não somente isso, porque ela constrói uma realidade, enquanto matriz do comportamento das pessoas no grupo. Está escondida nos entremeios do cérebro onde cem milhões de neurônios ligados por milhares de sinapses se ativam permanentemente numa infinidade de circuitos; aparece como um conjunto de sistemas especializados, disseminados nas múltiplas localizações cerebrais, a saber: neocórtex, cerebelo, massa cinzenta, tálamo, hipocampo e córtex pré-frontal. As três grandes funções da memória são: linguagem, emoção e razão. Existe duas grandes categorias da memória: a memória explícita e a memória implícita (espontânea e automática), fundada sobre os processos conscientes. As duas se subdividem em subsistemas (GHIORZI, 2004).

A memória explícita abriga duas memórias de longo prazo: a *memória semântica* e a *memória episódica*. A memória semântica tem por função reter o sentido das palavras, os conceitos, os conhecimentos elaborados, os símbolos. É a memória do saber, e sua localização é no neocórtex. A memória explícita contém também a memória episódica, onde são conservadas todas as experiências vividas e a história pessoal do sujeito. Ela se localiza no hipocampo, no tálamo e no córtex pré-frontal. Esta memória, a explícita, constitui o coração da personalidade e das capacidades intelectuais, num balé bioquímico de operações mentais complexas. As informações são primeiramente codificadas. A memorização clama por uma organização própria de cada pessoa. É o hipocampo que permite o registro das novidades, que se enxerta nos conhecimentos anteriores. Após isso, os dados são estocados. As lembranças são acionadas. Os mecanismos responsáveis são ligados ao contexto ou ao estado emocional da pessoa (LEDOUX apud GHIORZI, 2004, p. 101).

Existe a memória do trabalho ou de curto prazo, que faz parte da memória explícita. Ela permite guardar uma informação na cabeça. É a memória ativa, pela qual se transmitem todas as informações que permitem efetuar muitos trabalhos ao mesmo tempo; sua localização é o córtex pré-frontal. A memória implícita retém os automatismos, os hábitos motores. Ela está gravada profundamente nas circunvoluções cerebrais: conduzir um carro, andar de bicicleta, tocar um instrumento, reagir a um estímulo. Ela se localiza no cerebelo e na massa cinzenta. É também nessa parte implícita da memória que está guardada a memória visual, o que foi visto por um breve tempo, sem se prestar atenção às imagens. Enquanto

memória implícita, a memória sensorial trata rapidamente as informações visuais e auditivas; situa-se no córtex. Também existe a metamemória, isto é, o conhecimento que cada pessoa tem dos seus próprios estoques mnemônicos. Esse complexo mecanismo, que estabelece o vaivém entre suas diferentes entidades para assegurar a vida equilibrada da pessoa e da sua família, submete-se ao desgaste da idade, da doença e das agressões da vida cotidiana (GHIORZI, 2004).

No dia-a-dia a memória seleciona aquilo que não é bom de ser percebido, inter-relacionando-o com a realidade. A face consciente do self é protegida pelo estilo de vida adotado pela pessoa para viver em segurança diante das repetições dos acontecimentos. Em conseqüência, os esquemas dos sistemas do self estruturam a personalidade da pessoa, ou seja, sua reação aos acontecimentos da vida cotidiana. Para isto, a pessoa precisa de uma memória autobiográfica e de sua atualização em relação ao self autobiográfico.

Os arquivos da memória autobiográfica contêm as lembranças constitutivas da identidade, assim como aquelas que permitem definir a personalidade. A existência de uma memória autobiográfica permite aos organismos levarem respostas emocionais, assim como as intelectuais coerentes a todas as sortes de situações, simples ou complexas, benignas ou perigosas, da simples preferência à afirmação de princípios éticos fundamentais (DAMÁSIO, 1999, p. 224).

O self individual é unicamente pessoal, singular, porque uma só pessoa o sente. Ele representa a intimidade da pessoa e é constituído a partir da memória dos lugares que guarda as marcas do que a pessoa viveu. É a memória da casa, do canto da pessoa no mundo, de tudo que ela viveu ao longo de sua vida e que conta a sua história única.

Ghiorzi (2004, p.103) relata que Carl Jung identificou o self como o arquétipo central da totalidade humana, no qual o consciente e o inconsciente formam a expressão mais completa da pessoa num movimento entre luzes e sombras para uma busca de realização plena, que ele chamou de individualização. A pessoa começa a sua vida pelo inconsciente, quando é um bebê, passando gradualmente para o desenvolvimento da consciência do ego e, progressivamente, através da apreciação do não-ego, liga uma experiência à sua totalidade de vida. E quanto mais nos tornamos conscientes de nós mesmos, através do autoconhecimento, e atuamos nessa conformidade, mais reduzida será a camada do

inconsciente pessoal que se sobrepõe ao inconsciente coletivo. Surge desse modo uma consciência que já não está aprisionada no mundo pessoal do ego, mesquinho e insuportável, mas participa livremente do mundo mais vasto dos interesses objetivos. Tal visão ultrapassa a concepção de individualidade e permite encontrar o sentido da orientação de cada um, assegurando a saúde.

Além da comunicação oral, os pais passam para seus filhos as emoções e os sentimentos que são vividos no dia-a-dia através de suas atitudes e comportamentos, muitas vezes reforçados pela palavra e registrados na memória. Desde que um feto é concebido no ventre materno, os pais projetam sobre ele mensagens que podem ser positivas ou negativas; eles projetam os seus retratos e os seus futuros. Porém, eles podem se expressar sobre essas coisas ou se calar, criando segredos não-ditos carregados para uma criança. A maneira como os pais se comportam seguramente irá interferir no comportamento da criança.

A criança nasce essencialmente natural e à medida que ela vai tomando consciência do seu espaço, construindo a sua personalidade, seu eu sináptico, domesticando-se, tornando-se educado segundo as normas e regras sociais, desenvolvendo mais e mais a sua parte cognitiva, ela vai deixando adormecido o mundo das emoções. Quando ela cresce, o conjunto do contexto familiar (o dito e o não-dito) vai registrar o programa comportamental da criança na sua psique e lhe dar instrumentos para agir, enfrentar ou fugir da situação que se apresenta (GHIORZI, 2004, p. 104).

A primeira caracterização da memória é que ela é seletiva. Nem tudo o que aconteceu marca, fica gravado, registrado. Muito da memória é herdado, nem tudo se refere à nossa vida atual. Ela sofre flutuações decorrentes do instante em que ela é expressa. Isto ocorre tanto com a memória individual quanto coletiva. [...] A segunda caracterização da memória: ela é um fenômeno construído social e individualmente (POLLAK apud SILVA, 1997, p. 250).

3.1.4 A memória e a história de velhos

Um verdadeiro teste para a hipótese psicossocial da memória encontra-se no estudo das lembranças das pessoas idosas. Nelas é possível verificar uma história social bem desenvolvida: elas já atravessaram um determinado tipo de sociedade, com características bem marcadas e conhecidas; elas já viveram quadros de referência familiar e cultural igualmente reconhecíveis: enfim, sua memória atual pode ser desenhada sobre um pano de fundo mais definido do que a memória de uma pessoa jovem, ou mesmo adulta, que, de algum modo, ainda está absorvida nas lutas e contradições de um presente que a solicita muito mais intensamente do que a uma pessoa de idade. O adulto ativo não se ocupa longamente

com o passado; mas, quando o faz, é como se este lhe sobreviesse em forma de sonho. Em suma: para o adulto ativo, vida prática é vida prática, e memória é fuga, arte, lazer, contemplação. É o momento em que as águas se separam com maior nitidez (BOSI, 1998, p. 60).

Em contrapartida, ao lembrar o passado, o homem idoso que já viveu sua vida não está sossegado, nem por um instante, dos seus afazeres, dos fatos diários, não fica sonhando, mas, se ocupando consciente e atentamente do próprio passado, da essência da sua vida (BOSI, 1999).

O velho não se contenta, em geral, com aguardar passivamente que as lembranças o despertem: ele procura precisá-las, ele interroga outros velhos, investiga seus velhos papéis, suas antigas cartas, e conta aquilo de que se lembra, quando não cuida de fixá-lo por escrito. O velho se preocupa com o passado, muito mais que o adulto; isto não quer dizer que esteja em condições de evocar mais lembranças desse passado do que quando era adulto, nem, sobretudo, que imagens antigas, sepultadas no inconsciente desde sua infância, recobrem a força para transpor o limiar da consciência (BOSI, 1998).

Muitas vezes, por meio de uma terceira pessoa, como o fato de ser entrevistado, dá a uma pessoa idosa um sentimento renovado de importância e de finalidade, algo por que esperar, até mesmo a força para lutar contra uma doença e para conquistar novas esperanças. Podem também ter descoberto que nem sempre isso é tão simples. A maioria das pessoas conserva algumas lembranças que, quando recuperadas, liberam sentimentos poderosos. Falar sobre uma mãe ou pai que se perdeu pode provocar lágrimas, ou ódio. Em geral, tudo de que se necessita nessa situação é uma reação simples e de solidariedade: expressar os sentimentos terá sido, por si só, positivo. Porém, algumas lembranças desenterram sofrimentos profundos, não resolvidos, que realmente exigem uma reflexão mais prolongada com ajuda de um terapeuta profissional [...]. (THOMPSON, 1992, p. 205 - 206).

Haveria, portanto, para o velho, uma espécie singular de obrigação social, que não pesa sobre os homens de outras idades: a obrigação de lembrar, e de lembrar bem. [...]. A memória poderá ser a conservação ou elaboração do passado, mesmo porque o seu lugar na vida do homem acha-se a meio caminho entre o instinto, que se repete sempre, e a inteligência, que é capaz de inovar. De onde resulta uma concepção extremamente flexível da memória: 'a lembrança é a história da pessoa e seu mundo, enquanto vivenciada'. [...] A função da lembrança é conservar o passado do indivíduo na forma que é mais apropriada a ele. [...] A narração da própria vida (autobiografia) é o testemunho mais eloqüente dos modos que a pessoa tem de lembrar. É a sua memória (BOSI, 1998, 63, 68).

Quando a sociedade esvazia seu tempo de experiências significativas, colocando-o para o lado, a lembrança de tempos melhores se converte num

segmento da vida. E a vida atual só parece ter significado se ela recolher de outra época o alento. O vínculo com outra época, a consciência de ter vivenciado muitas coisas, faz com que o ancião se alegre e aguarde uma ocasião para mostrar sua competência. Sua vida ganha uma finalidade se encontrar ouvidos atentos, ressonância. Através da memória dos velhos podemos conhecer um mundo social de uma riqueza e uma diversidade que desconhecemos. Momentos desse mundo perdido podem ser compreendidos por quem não os viveu e até humanizar o presente. A conversa evocativa de um velho é sempre uma experiência valorizada: repleta de nostalgia e revolta, pela desapareição de entes amados, é semelhante a uma obra de arte. Para quem sabe ouvi-la é desalienadora, pois contrasta a riqueza e a potencialidade do homem-criador de cultura com a mísera figura do consumidor atual (BOSI, 1998).

O velho muito das vezes nos aborrece com o excesso de experiência que quer nos passar através de conselhos, ou mesmo prevenir de fatos a serem realizados. Se acaso nós protestamos contra seus conselhos ele pode calar-se e tentar uma outra direção, mas isso será inútil, pois ficará aborrecido e não conseguirá se adaptar, pois se sentirá privado de sua função. Notamos que quem mais perde com essa atitude é a própria sociedade. O velho é alguém que se retrai de seu lugar social, isto se torna uma perda e um empobrecimento para todos. A velhice desgostada, ao retrair suas mãos cheias de dons, torna-se uma ferida no grupo [...]. Hoje não há mais conselhos, nem para nós, nem para os outros. Na época da informação, a busca da sabedoria perde as forças, e esta foi substituída pela opinião [...]. A arte da narração não está confinada nos livros, seu veio épico é oral. O narrador tira o que narra da própria experiência e a transforma em experiência dos que o escutam. A narração exemplar foi substituída pela informação de imprensa, que não é pesada e medida pelo bom senso do leitor. A arte de narrar foi decaindo com o triunfo da informação. Ingurgitada de explicações, não permite que o receptor tire dela alguma lição (BOSI, 1998, p. 83, 85).

A arte de contar história diminuiu consideravelmente com o passar dos tempos, talvez por ter decaído a arte de trocar experiências; esta que passa de boca em boca e que o mundo da técnica aboliu. O narrador está presente ao lado do ouvinte. Suas mãos, experimentadas no trabalho, fazem gestos que sustentam a história, que dão asas aos fatos principados pela voz. Tira segredos e lições que estavam dentro das coisas, faz uma sopa deliciosa das pedras do chão. A arte de narrar é uma relação alma, olho e mão: assim transforma o narrador sua matéria, a vida humana. O narrador é um mestre do ofício que conhece seu mister: ele tem o dom do conselho. A ele foi dado abranger uma vida inteira. Seu talento de narrar lhe vem da experiência; sua lição, ele extraiu da própria dor; sua dignidade é a de contá-la até o fim, sem medo. Uma atmosfera sagrada circunda o narrador (BOSI, 1998, p. 90 -91).

3.1.5 A memória e a identidade coletiva

A evolução das sociedades na segunda metade do século XX demonstra a importância do papel que a memória coletiva desempenha. Exorbitando a história como ciência e como culto público, a memória coletiva se caracteriza como um reservatório rico em arquivos e em documentos. E faz parte das grandes questões das sociedades desenvolvidas e das sociedades em vias de desenvolvimento, das classes dominantes e das classes dominadas, lutando todas pela sobrevivência e pelo poder.

Além de uma conquista, a memória coletiva é também um instrumento e um objeto de poder. As sociedades cuja memória social é, sobretudo, oral ou que estão em vias de constituir uma memória coletiva escrita, são as que melhor permitem compreender essa luta pela dominação da recordação e da tradição.

A memória, onde cresce a história, que por sua vez a alimenta, procura salvar o passado para servir o presente e o futuro. Devemos trabalhar de forma a que a memória coletiva sirva para a libertação e não para a servidão dos homens (LE GOFF, 1992, p. 477).

A memória estando relacionada à formação da identidade social, da solidariedade grupal e da consciência crítica, é um objeto de manipulação por parte das pessoas e dos grupos que detêm o poder de dar visibilidade e prestígio a certos acontecimentos, pessoas, práticas ou idéias, em escala regional, nacional ou internacional, que são os “formadores de opinião”, como os profissionais da comunicação, os políticos, os artistas, bem como os pesquisadores e os professores em geral. Assim é que o domínio das memórias é objeto de disputa, e se interessa a todos, é vital para os grupos e as sociedades que lutam por reconhecimento (BARREIRA, 1999, p. 88).

A memória coletiva é perpetuada através dos documentos de toda natureza, mas que são produzidos por determinada sociedade em dado momento, segundo as relações de poder pré-estabelecidas. Por corresponder a um esforço para conservar a memória dos acontecimentos contemporâneos e para fornecer elementos que possibilitem a realização de estudos históricos, o trabalho de documentação considera não somente os documentos oficiais, mas também os depoimentos orais, os arquivos particulares, os álbuns de fotografias, que formam um complexo de conhecimentos não institucionais e representam a consciência coletiva dos grupos, contrapondo-se a um conhecimento formal constituído de interesses de certos grupos (BARREIRA, 1999).

A memória parece ser um fenômeno individual, algo relativamente íntimo, próprio da pessoa. Mas Maurice Halbwachs, nos anos 20-30, já havia sublinhado que a memória deve ser entendida, também, como um fenômeno construído coletivamente e submetido a flutuações, transformações, mudanças constantes. Os elementos constitutivos da memória, individual ou coletiva, são primeiramente os acontecimentos vividos pessoalmente; em segundo lugar, são os acontecimentos que são chamados de “vividos por tabela”, ou seja, acontecimentos vividos pelo grupo ou pela coletividade à qual a pessoa se sente pertencer (POLLACK, 1992, p. 201).

A memória é constituída por pessoas e personagens; é um elemento essencial do que se costuma chamar identidade, individual ou coletiva, cuja busca é uma das atividades fundamentais dos indivíduos e das sociedades atuais (POLLACK, 1992).

Memória e história estão longe de serem sinônimos, tomamos consciência de que tudo opõe uma a outra. A memória é vida, sempre carregada por grupos vivos e nesse sentido, ela está em permanente evolução, aberta à dialética da lembrança e do esquecimento, inconsciente de suas deformações sucessivas, vulneráveis a todos os usos e manipulações, suscetível de longas e repentinas revitalizações. Em contrapartida, a história é a reconstrução sempre problemática e incompleta do que não existe mais. A memória é um fenômeno sempre atual, um elo vivido no eterno presente; a história, a representação do passado (NORA apud MAUAD, 1997, p. 311).

Por ser afetiva e mágica, a memória não se acomoda a detalhes que a confortam; ela se alimenta de lembranças vagas, telescópicas, globais ou flutuantes, particulares ou simbólicas, sensível a todas as transferências, cenas, censuras ou projeções. Entretanto, por demandar análise e discurso crítico, a história está sujeita a uma operação intelectual e laicizante. A memória emerge de um grupo que une e há tantas memórias quantos grupos existentes; ela é, por natureza, múltipla e desacelerada, coletiva, plural e individualizada. A história, ao contrário, pertence a todos e a ninguém, o que lhe dá uma vocação para o global. A memória se enraíza no concreto, no espaço, no gesto, na imagem, no objeto. A história só se liga às continuidades temporais, às evoluções e às relações das coisas. A memória é um absoluto, e a história só conhece o relativo (NORA apud MAUAD, 1997).

3.1.6 A importância da memória e a história da enfermagem

A memória não é cronológica, linear, e a percebemos como um conjunto de experiências que ocorreram num espaço e num tempo, diversos do tempo presente, o tempo de rememorar. E o instante do rememorar implica o lembrar e o imaginar, pois apenas traços destas experiências podem ser resgatados; elas nunca serão representadas, trazidas para o presente de novo, tais como ocorreram no passado. Além disso, por mais que se possa resgatar do passado, há sempre lacunas de lembrança: a memória do esquecimento (LE VEN; FARIA; SÁ MOTTA, 1997, p. 214).

Os estudos históricos interessam sobremaneira à enfermagem, pois a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que realmente somos, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da auto-estima coletiva e a tarefa de (re) construção da identidade profissional. Assim, o desvelamento da realidade mediante o estudo da História da Enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão. O movimento da história oral, que vem sendo amplamente difundido, nas diversas regiões do país, quer ligado às elites, quer ligado aos grupos de pouca visibilidade social, como a enfermagem, oferece a possibilidade da criação de acervos para o uso no ensino e na pesquisa. Entende que é necessário compreender que se a enfermagem, enquanto prática social, é condicionada pelo contexto onde atua, ela também exerce influência na sociedade em que se insere, segundo as forças sociais em jogo no campo da saúde. Além disso, sobre as determinações históricas, recorta-se a ação coletiva de homens e mulheres e a ação de pessoas que ocupam posições estratégicas, em dado momento ou situação, pois a aceitação de que o indivíduo só pode atuar dentro das condições determinadas pela organização econômica da sociedade e pelo poder político, não elimina a força de certas personalidades nem a imprevisibilidade das opções individuais. Assim, é preciso reconhecer que na história da enfermagem (no passado e no presente) ressaltam figuras que, por sua atuação, se constituem em marcos referenciais (BARREIRA, 1999, p. 90).

A imagem da enfermagem se desenha através do seu reconhecimento no campo da saúde e exige a construção de novas categorias de percepção e de apreciação, ou seja, a emergência de uma nova identidade da enfermeira, diversa daquela aceita pelos detentores do monopólio da expressão legítima da verdade do mundo social (BARREIRA, 1999).

A memória da enfermagem também está alicerçada na história das parteiras, pois as parteiras tiveram em sua trajetória profissional um papel fundamental, reconhecido socialmente influenciando de maneira positiva para a profissão de enfermagem, tornando-se um membro dessa classe profissional.

A história da enfermagem só pode ser entendida com o conhecimento da história das parteiras, as precursoras da assistência à mulher e ao recém-nascido, e também, indiretamente, à família, no que diz respeito aos cuidados realizados nas

residências das parturientes, quando eram consideradas parteiras leigas; depois, através da formação ligada às faculdades de medicina, e finalmente à faculdade de enfermagem, quando passaram a ter conhecimentos dentro dos moldes biomédicos para atuar nos hospitais, longos anos de lutas e reconhecimento foram travados entre as classes profissionais, para culminar na condição de parteira diplomada, como categoria da enfermagem.

4 APRESENTANDO A METODOLOGIA

*“Uma lembrança é diamante bruto que precisa ser lapidado pelo espírito.
Sem o trabalho da reflexão e da localização, seria uma imagem fugidia.
O sentimento também precisa acompanhá-la para que ela não seja
uma repetição do estado antigo, mas uma reparação.”*
(BOSI, 1998)

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem histórica.

A pesquisa histórica se caracteriza como uma metodologia de coleta sistemática e avaliação crítica de dados, que estão relacionados com ocorrências passadas, que tem como objetivo conjecturar hipóteses ou tentar responder algumas perguntas sobre causas, efeitos, ou tendências relacionadas com acontecimentos passados, que podem clarear condutas ou práticas presentes (POLIT; HUNGLER, 1995, p.126).

Um dos objetivos do pesquisador ao utilizar o método histórico é lançar luzes sobre o passado e compreender melhor o presente e talvez, orientar o futuro (WOOD; HABER, 2001).

Além dessas questões, para Vieira; Peixoto; Khoury (1989, p.17) a pesquisa histórica pode servir para preencher lacunas, espaços vazios, procurar ampliar discussão em torno de assuntos já abordados. Isto não significa que se deve pensar a pesquisa histórica de forma estanque, com esquemas tradicionais e ortodoxia³. “A concepção da história deve, antes de qualquer coisa, levar em conta toda a experiência humana, e o historiador não deverá estar alheio a este fato”.

Na pesquisa histórica, o pesquisador tem como limitações a impossibilidade de manipular as variáveis, a incapacidade de exercer controle sobre os documentos, arquivos e outros materiais disponíveis que sobreviveram apesar do tempo, e que em muitas situações se apresentam com alguns vícios ou defeitos. A elaboração da

³ Conforme com a doutrina religiosa, os princípios, ou qualquer doutrina tidos por verdadeiros (FERREIRA, 1988).

pesquisa histórica, semelhante a outros tipos de pesquisa, segue os mesmos passos ou etapas do processo de investigação. Inicialmente se procura definir com clareza o problema a ser estudado, formular algumas hipóteses para nortear o estudo. Os dados são interpretados à luz do referencial teórico (BORENSTEIN; ALTHOFF, 1995).

Na investigação histórica, os dados podem apresentar-se de inúmeras formas de registro do passado, tais como: livros, revistas, jornais, cartas, diários, publicações diversas, atas de reuniões e outros tipos de documentos; podem apresentar-se na forma de documentos não-escritos, como por exemplo: fotografias, filmes, fitas e outros objetos desse tipo. Muitos desses objetos nem sempre se encontram com facilidade e em bom estado geral, exigindo boa dose de paciência, tempo, esforço e um trabalho minucioso por parte do investigador.

Quando o que se investiga ocorreu num tempo relativamente recente, é possível identificar as pessoas que vivenciaram e participaram do processo histórico para integrar a pesquisa, utilizando a história oral.

Na pesquisa histórica, os dados são geralmente apresentados com uma variedade de declarações e por isso o pesquisador deve selecioná-los e organizá-los de forma a possibilitar o encontro de respostas ao problema, no sentido mais amplo; como são fatos ocorridos no passado, nenhum dado pode ser analisado isoladamente, fora do contexto. A análise de uma informação histórica ocorre de acordo com o processo lógico e não com o estatístico, ficando sujeito à subjetividade. O pesquisador deve ser especialmente cuidadoso na análise e na interpretação, relatando-a o mais objetivamente possível (BORENSTEIN; ALTHOFF, 1995).

Portanto, a pesquisa histórica foi a escolha adequada para embasarmos a memória das parteiras na sua trajetória profissional do estudo.

4.2 Sujeitos da pesquisa

Segundo informações do Serviço de Recursos Humanos (RH) da MCD, desde sua implementação em 1956, ali trabalharam dezessete parteiras, três das quais já estão falecidas, as demais aposentadas; a última aposentou-se em 1994.

Atualmente, essas parteiras encontram-se na faixa etária compreendida entre cinquenta e cinco a oitenta e um anos.

Foram realizadas entrevistas com Maria Teresa Martins Fernandes, Otília Coan Vargas, Florentina Cardoso Coan e Maura Felicidade Machado porque suas narrativas abordavam de forma bastante rica e completa as informações necessárias a esta investigação. Os dados foram coletados seguindo o rigor científico e atingiram a saturação.

As quatro participantes foram selecionadas por preencher os requisitos exigidos: boa memória, disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo.

O que interessa ao historiador ou ao pesquisador, neste tipo de estudo, somente determinadas pessoas é que podem prestar informações, pois somente elas têm condições para tal, devido às suas próprias experiências, não importando um universo muito grande de pessoas (CORRÊA, 1978, p.14).

4.3 Local da pesquisa

Embora a MCD tenha sido o foco do estudo e onde aconteceram os fatos narrados, todas as entrevistas foram realizadas nas residências das próprias participantes. Elas escolheram esse local por ser mais aprazível e lhes permitir ficar mais à vontade.

Além das entrevistas realizadas nas residências das parteiras, foram também coletados documentos na Biblioteca Pública Municipal de Florianópolis, na Biblioteca Universitária (UFSC), na Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, no Museu Histórico de Santa Catarina e no Arquivo Médico da MCD, entre outros.

4.4 A coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com base nas entrevistas com as parteiras

(Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista) e seu produto se caracterizou como fonte primária. Também foram utilizados outros documentos originais, como fotos, jornais da época, anuários estatísticos, relatórios da MCD, livros e certificados de cursos de parteira, entre outros, e fontes secundárias (monografias, dissertações, teses, livros, artigos e revistas, entre outros). De acordo com Lee (1988), no levantamento dos dados o investigador deve distinguir entre as fontes primárias e as fontes secundárias. As primeiras caracterizam-se por tratarem de informações de primeira mão, como documentos originais, por exemplo: os primeiros registros de um evento, as palavras de um declarante e as atas, entre outros. São os contatos mais diretos com os acontecimentos ou situações históricas. As fontes secundárias caracterizam-se por serem os relatos de segunda ou terceira mão de acontecimentos históricos, como: coletâneas, enciclopédias e outras obras de consulta. Podem ser consideradas fontes secundárias as análises, interpretações ou resumos das fontes primárias. Por isso, sempre que possível, deve-se dar preferências às fontes primárias.

4.4.1 A história oral

Neste estudo se utilizou a História Oral como metodologia de trabalho. Meihy (2002, p.13) define história oral como sendo “um recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social de pessoas; ela é sempre uma história do tempo presente e é reconhecida como história viva”.

A história oral é um conjunto de procedimentos que se iniciam com a elaboração de um projeto e continuam com a definição de um grupo de pessoas (ou colônia) a serem entrevistadas, com o planejamento da condução das gravações, com a transcrição, com a conferência do depoimento, com a autorização para o uso, arquivamento e, sempre que possível, com a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas (MEIHY, 2002, p. 24).

Por se tratar de um procedimento premeditado, a história oral tem sua base no depoimento gravado, portanto, sem gravação não se pode falar em história oral; e para ser considerada como história oral é necessário que se tenha os três

elementos, que são: o entrevistador, o entrevistado e o gravador (MEIHY, 2002).

A história oral é toda fonte histórica derivada da percepção humana onde é tida como subjetiva, mas apenas a fonte oral permite-nos desafiar essa subjetividade: descolar as camadas da memória, cavar fundo em suas sombras, na expectativa de atingir a verdade oculta (THOMPSON, 1992, p.197).

Desse modo, utilizei a história oral com o intuito de dar “voz e vez” às parteiras, para que, através da rememoração, elas pudessem historicizar o passado profissional vivenciado na Carmela Dutra.

Considero relevante abordar um pouco mais sobre a história oral, por sua importância como método auxiliar para os trabalhos científicos, em especial aqueles de caráter historiográfico.

A história oral se desenvolveu inicialmente após a II Guerra Mundial, tendo como marco a criação do primeiro projeto formal de história oral, na Universidade de Colúmbia, Nova Iorque. Foi possível pela combinação de avanços tecnológicos como o audiogravador, e a necessidade de serem conhecidas as experiências vividas por ex-combatentes, familiares e vítimas da guerra, através dos relatos orais (REINALDO; SAEKI; REINALDO, 2003).

A primeira geração de historiadores orais surgiu nos Estados Unidos nos anos 50, com o propósito de reunir material para historiadores futuros. Tendo ainda como característica privilegiar as ciências políticas e se ocupar da história dos que ele denomina de *'notáveis'*. Na Itália a pesquisa oral foi utilizada para reconstituir a cultura popular, e no México os arquivos orais registravam as memórias e recordações dos chefes da revolução mexicana, sendo estes considerados como a segunda geração dos historiadores orais. Esta segunda geração foi marcada por uma nova concepção da oralidade, se reportando aos relatos orais das minorias étnicas, dos iletrados, dos marginalizados entre outros. É uma história vista como alternativa a todas as construções historiográficas baseadas no escrito. Desenvolveu-se à margem da academia, baseando-se implicitamente na idéia de que se chega à *'verdade do povo'* graças ao *'testemunho oral'*. Um dos aspectos indicativos do desenvolvimento dessa nova história oral foi a adesão de vários estudiosos, entre eles Paul Thompson na Inglaterra, Mercedes Vilanova na Espanha e Danièle Hanet na França, podendo-se afirmar que foi a partir do XIV Congresso Internacional de Ciências Históricas de San Francisco, em 1975, e do Primeiro Colóquio Internacional de História Oral realizado em Bolonha, que se concretizou o marco fundamental da terceira geração de historiadores orais. No Equador, na Bolívia e na Nicarágua foram realizadas pesquisas orais sobre o mundo camponês; na Costa Rica, a Escola de Planejamento e Promoção Social da Universidade Nacional lançou em 1983 um projeto com o objetivo de tentar escrever a história do país através da narrativa do povo. [...] Cabe pontuar que a história oral no Brasil, assim como no

restante da América Latina, principalmente nos países que viveram governos ditatoriais, teve sua incorporação associada ao processo de redemocratização, o que diferencia o papel da história oral latino-americana da europeia ou norte-americana. Outra diferença entre a história oral brasileira e a história oral mundista, era o fato de não podermos utilizar os mesmos critérios analíticos usados pelos autores estrangeiros para estudar, por exemplo, a escravidão, a miscigenação, os grupos marginalizados e excluídos (REINALDO; SAEKI; REINALDO, 2003, p. 66).

Em nosso país, somente em 25 de junho de 1973 é criado o Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC-FGV), que buscava, através de relatos orais, pensar e entender melhor o Brasil daquele período.

Nesse contexto, após 40 anos de sua existência, a história oral suscita outras questões a serem discutidas, entre elas: a sua confiabilidade, suas realizações e a necessidade de avaliar as mesmas. Para tanto o autor apresenta dois problemas relacionados que merecem solução. O primeiro refere-se ao gerenciamento dos registros, onde o controle de dados torna-se cada vez mais imperativo. O segundo ponto está associado à utilidade que esses dados têm para a profissão do historiador (REINALDO; SAEKI, REINALDO, 2003, p. 66).

4.4.2 A entrevista

Neste estudo foi utilizada a entrevista semi-estruturada como técnica para auxiliar a coleta dos dados com as entrevistadas.

A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que também interessam à pesquisa, e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante; é aquela que ao mesmo tempo valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. É útil esclarecer que para evitar qualquer erro na entrevista semi-estruturada, as perguntas devem ser o resultado não só da teoria que embasa a ação do pesquisador, mas também proveniente de toda a informação que ele já obteve nos contatos anteriores, com a documentação e também com as pessoas que serão entrevistadas (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

As participantes do estudo, as parteiras, foram contatadas por mim através de um telefonema. Por ser funcionária da MCD, realizei inicialmente uma busca ativa no Setor de Recursos Humanos daquela instituição e consegui as informações

necessárias, como seus nomes e telefones. De posse desses dados, telefonei para cada uma delas, primeiramente identificando-me, depois expliquei sobre o estudo e seu objetivo, e agendamos um horário para a entrevista.

Após esse contato, uma nova etapa ocorreu, a entrevista propriamente dita. Em três residências fui recebida pela própria entrevistada, e em uma, por familiar seu.

Antes da entrevista sentia-me um pouco apreensiva, pois não sabia como seria recebida e quais as repercussões que dela poderiam resultar. Mas, de um modo geral, tudo correu muito bem. Fui recebida de maneira sutil e carinhosa, o que me deixou encantada, principalmente pela simplicidade, honestidade e humildade nos gestos e nas palavras com que essas mulheres, “tão apreciadas e queridas” na Maternidade, me receberam.

Algumas eu já conhecia, outras não. Notei uma certa preocupação por parte delas no que se referia ao motivo daquela visita e do estudo. Depois das apresentações, exposição dos motivos da investigação e do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), iniciamos a entrevista com consentimento, utilizando um audiogravador e uma máquina fotográfica digital.

Foram gravadas em torno de duas fitas em cada entrevista, numa média de 2 horas cada. Após o término das narrações, era comum ser servido um cafezinho, preparado por elas mesmas. Nós continuávamos aquele bate papo informal, relembando o passado, matando um pouco a saudade dos velhos tempos, abordando questões curiosas a respeito da maternidade e, principalmente, da sala de parto.

Percebi que a entrevista tomava um rumo diferente pelo fato de eu ser enfermeira obstétrica e de trabalhar na MCD. Durante as nossas entrevistas, surgiram vários questionamentos por parte das entrevistadas, tais como os termos técnicos mais usados na obstetrícia e que com o tempo foram esquecidos por elas. À medida que a entrevista evoluía íamos relaxando e brincando, em perfeita descontração.

O que mais me surpreendeu foi a maneira como se reportavam ao passado, narrando fatos pessoais e profissionais, sem receio de expor ocorrências mais íntimas com elas e com os demais na instituição, sem deixar de falar das

parturientes atendidas.

Ao término de cada entrevista, era invadida por uma sensação de cumplicidade que surgira entre nós, com as narrações.

A característica mais importante da entrevista está relacionada à presença de um indivíduo que aceita falar da sua vida para outros, e ambos são ao mesmo tempo estranhos e cúmplices em um projeto comum. Tal situação cria um laço de presença, um lugar e um tempo artificiais, no sentido de obra e não de falsidade, e colocam em movimento todos os sentidos corporais e espirituais que são próprios da relação humana. Os participantes deixam de ser indivíduos para integrar uma história, com direito a todas as emoções que esse momento lhes possibilita. Entende-se que não é só o entrevistador que ouve, não é só o entrevistado que fala; a entrevista não é um monólogo, e sim um diálogo; evidentemente, um depoimento para a história. Na história oral, a cumplicidade significa o reconhecimento do território do outro, sua verdade de vida, longe de ser uma postura neutra (LE VEN, FARIA E SÁ MOTTA, 1997).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi norteada pela Análise de Conteúdo que é compreendida como um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, e em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados e uma hermenêutica controlada, baseada na dedução, ou seja, a inferência. O investigador é atraído pelo escondido, latente, o não-aparente, o potencial do não-dito, retido em qualquer mensagem. O objeto de estudo da análise de conteúdo é a palavra. A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. Através das mensagens, busca outras realidades (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo é, particularmente, utilizada para estudar material do tipo qualitativo, como é o caso deste estudo. Portanto, deve-se fazer a leitura do texto, organizar as idéias incluídas, e, posteriormente, analisar os elementos e as regras que as determinam.

Pela sua natureza científica, a análise de conteúdo deve ser eficaz, rigorosa

e precisa. Trata-se de compreender melhor um discurso, de aprofundar suas características (gramaticais, fonológicas, cognitivas, ideológicas) e extrair os momentos mais importantes do texto. Portanto, deve basear-se em teorias relevantes que sirvam de marco de explicação para as descobertas do pesquisador.

Neste estudo, li mais de uma vez cada entrevista, procurando codificar os parágrafos (Apêndice 3 – Compartilhando as histórias das parteiras). Após essa codificação, consegui estabelecer categorias e finalmente as grandes categorias, que ficaram dispostas da seguinte maneira: a MCD e o seu cenário histórico; a formação das parteiras; os saberes/fazeres e as relações estabelecidas entre os profissionais da instituição.

Para Richardson (1989), a categorização pode ser feita através de duas maneiras. Na primeira, o sistema de categorias é estabelecido previamente, e os elementos são distribuídos da melhor forma possível entre as categorias. Essa teoria exige mais conhecimentos do pesquisador. Na segunda, o sistema de categorias não é dado, é consequência da classificação progressiva dos elementos, devendo as categorias apresentar as seguintes características: exaustividade, exclusividade, concretude, homogeneidade, objetividade e fidelidade.

Finalmente, após a análise cuidadosa do material, chega-se aos resultados, produto que deve ser apresentado de forma viva, pulsante e acessível ao público em geral (BORENSTEIN, 2004).

4.6 A ética na pesquisa histórica

Este estudo foi realizado segundo prevê a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS-MS), que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, nos seus vários aspectos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Todas as entrevistadas do estudo foram orientadas quanto:

- * ao tipo de pesquisa;
- * ao direito de participar ou não da pesquisa;
- * ao sigilo de algumas de suas informações;

- * ao seu anonimato ou não;
- * ao uso de imagens fotográficas e gravação de seu relato;
- * a possibilidade de interromper a entrevista e pedir esclarecimentos; e finalmente, quanto a desistirem em qualquer fase do processo;
- * ao termo de consentimento livre e esclarecido.

É pertinente registrar que as parteiras demonstraram interesse em participar das entrevistas. Todas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e ficaram alegres em poder colaborar com esta investigação.

Esta pesquisa só foi realizada após a aprovação do projeto do estudo submetido ao parecer consubstanciado no projeto nº 295/05 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado em reunião realizada no dia 26 de setembro de 2005, com base no CONEP/ANVS – Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS (Apêndice 4 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos).

A ética na história oral deve ser clara e elucidativa possibilitando ao entrevistado obter o máximo de informações sobre o assunto. Conversar com pessoas implica, por parte do historiador, numa parcela muito maior de responsabilidade e compromisso, pois tudo aquilo que escrever ou disser não apenas lançará luz sobre essas pessoas e personagens históricos, mas trará conseqüências imediatas para as existências dos informantes e seus círculos familiares, sociais e profissionais [...]. Algumas dessas conseqüências serão benéficas para os entrevistados. Uma das maiores alegrias de fazer História Oral é, justamente, presenciar um ex-informante a exibir orgulhoso, emocionado, para parentes e amigos, trechos da entrevista que concedeu, publicada em revista ou livro. Quanto mais humilde o informante, mais tenderá a valorizar uma experiência que lhe rende reconhecimento e prestígio nos círculos que frequenta (AMADO, 1997, p. 146).

Outro fator que torna a ética especialmente importante na História Oral são as relações pessoais estabelecidas entre os historiadores e seus entrevistados. De forma análoga à do entrevistado, o historiador muitas vezes deixa-se envolver pelo ambiente das entrevistas, pelas histórias ali contadas, pela emoção das evocações, esquecendo-se de representar o papel profissional normalmente atribuído a ele e criando fortes laços pessoais com os informantes, tanto de admiração, amizade e amor, quanto de antipatia, rejeição e mesmo ódio. Embebidas de emoção, essas relações pessoais repercutem de várias maneiras sobre o trabalho final do historiador, em geral de forma inconsciente para este: determinados trechos de entrevistas, por exemplo, que embelezam os feitos dos informantes com os quais o historiador simpatiza, podem ser citados, repetidos ou estendidos, enquanto outros, que prejudicam a imagem do informante, podem ser negligenciados, resumidos ou afastados para notas [...]. O historiador oral sabe que seus informantes lerão o trabalho,

formando uma opinião sobre eles (historiador e pesquisa); imagina até as reações que terão. Mas o historiador sabe que as informações reveladas terão impacto, maior ou menor, sobre as vidas desses informantes. Diante disso, impossível é não vivenciar um profundo sentimento de responsabilidade, cuja origem remonta à mesma fonte de todas as preocupações éticas: as relações humanas. A forte ligação da ética com a História Oral evidencia-se, ainda, nos procedimentos metodológicos e técnicos que constituem a prática da disciplina: a necessidade de o historiador ser fiel não apenas às palavras dos informantes, mas ao sentido da entrevista, evitando, por exemplo, citar trechos onde apenas uma parte das opiniões é revelada, para não lhes alterar o significado global; a necessidade de o historiador explicitar, para os informantes, os objetivos do trabalho e os possíveis usos que fará da entrevista; a necessidade de respeitar as solicitações dos entrevistados, como o resguardo da identidade; a necessidade de diferenciar a fala de cada um dos entrevistados, evitando diluí-los em um conjunto homogêneo, indiferenciado internamente; a necessidade de diferenciar claramente a voz do historiador e dos entrevistados (AMADO, 1997, p. 148 - 149).

Para ser ética, a relação entre historiadores e informantes necessariamente envolve uma troca: os informantes concordam em conceder a entrevista, doando seu tempo e saber ao historiador, e este lhes retribui, devolvendo aos entrevistados a pesquisa que estes ajudaram a construir. Há diversas compreensões sobre devolver a entrevista, que, por sua vez, geram diferentes práticas; a mais comum é entregar aos informantes exemplares da dissertação, tese ou livro. A devolução e a troca representam uma conduta essencialmente ética entre os historiadores orais. Muitos acreditam mesmo ser a única conduta ética possível, configurando uma relação igualitária, pois, em troca do tempo, boa vontade e informações, estaria oferecendo um tipo de conhecimento que os entrevistados em geral não possuem, pois não devolver a pesquisa seria o mesmo que explorar os informantes, ou seja, utilizar-se de seu tempo e sabedoria para fins de interesse exclusivo do historiador [...]. Após devolver a pesquisa aos informantes, muitos historiadores sentem-se confortáveis, em paz com a consciência, acreditando terem agido de forma ética (AMADO, 1997, p. 150 - 151).

No capítulo a seguir, os resultados encontrados com base nas memórias das parteiras.

5 VIVENCIANDO SER PARTEIRA NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

As lembrarem o passado profissional vivenciado na MCD entre 1967 e 1994, as parteiras participantes deste estudo manifestaram sentimentos de saudade, emoção e nostalgia, destacando algumas questões que consideraram fundamentais, como: a influência de pessoas na escolha da profissão, a formação no curso de parteiras, os saberes aprendidos, os fazeres no cotidiano do trabalho, as relações estabelecidas com diferentes pessoas, profissionais ou não, e até alguns “casos”, dignos de nota, porém contados em sigilo.

O presente capítulo aborda as categorias de análise que foram identificadas com base nas lembranças das parteiras entrevistadas, como a formação, os saberes/fazeres e as relações de poder estabelecidas na MCD. Preliminarmente, cabe aqui uma sucinta abordagem sobre o contexto no qual aconteceram todas essas experiências, trazendo algumas informações essenciais sobre a instituição estudada.

5.1 Maternidade Carmela Dutra – O Cenário Histórico



Segundo o Anuário Catarinense (1955), as obras da MCD demandaram dez anos de trabalho, iniciando em 1945 e finalizando em 1955. Inaugurada em 03 de julho desse ano, no centro da cidade de Florianópolis, sua finalidade era prestar atendimento às parturientes e aos recém-nascidos catarinenses, demonstrando a evolução da saúde no Estado de Santa Catarina, como

Foto 3 – Jornal A Gazeta
Fonte: INAUGURAÇÃO da MCD (1955)

se constata na reportagem publicada no jornal “A Gazeta”.

[...] trata-se realmente de um grande estabelecimento hospitalar e de um notável e arrojado empreendimento do Governo do Estado, todas as suas dependências, uma a uma (e não são poucas) e ficamos de véras admirados com o esmero posto na sua organização. Ali não há luxo, mas sobriedade e o cuidado especialíssimo de proporcionar o máximo de conforto às suas futuras hóspedes (INAUGURAÇÃO..., 1955, p. 1).



Foto 4 – Jornal Diário da Tarde
Fonte: INAUGURAÇÃO da MCD (1955)

A MCD foi concluída no final da gestão de Irineu Bornhausen, cujo governo arcou com cerca de 90% de seu custo. O anterior empregara apenas Cr\$ 1.850.779,60, enquanto na sua administração os cofres públicos empregaram na construção, acabamento e instalação a soma de Cr\$ 10.442.941,00. Ou seja, o gasto efetuado no governo anterior tinha sido ínfimo em relação ao governo que o finalizou.

Também o Governo Federal contribuiu com Cr\$ 3.049.812,00, do total de Cr\$ 15.343.552,80, que foi o custo final da obra. Em sua inauguração estiveram presentes várias autoridades federais, estaduais e municipais, inclusive eclesiásticas: o Ministro da Saúde, Dr. Aramis Athayde; o Secretário da Saúde de Santa Catarina, Dr. Paulo de Tarso da Luz Fontes; o Secretário da Viação, Dr. Aroldo C. Carvalho; o Diretor de Obras Públicas, Otto Entres; o Monsenhor Frederico Hobold e o Monsenhor Pascoal Gomes Librelotto. Estes últimos proferiram a bênção da instituição.

A idéia da criação de maternidades no Brasil passou a ser ventilada no século XIX para servir de campo de estudo pelas Faculdades de Medicina, e por isso deveriam ser-lhes anexas, segundo a Lei de 28 de abril de 1854, que reformou as faculdades e determinou a criação de maternidades. Porém, somente após 40 anos essa lei seria implementada oficialmente na Bahia, na construção da maternidade

anexa à Faculdade de Medicina. O professor Pacífico Pereira foi quem deflagrou o processo, ao recorrer à influência do professor Manuel Vitorino, Senador Federal, para que fosse incluída, na Lei de Orçamento da União para 1894, verba para aquela obra. Novas verbas foram votadas nos anos posteriores, até que, finalmente em 30 de outubro de 1910, foi inaugurada a Maternidade na Bahia, que abrigaria, após sua inauguração, o Curso de Obstetrícia (BRENES, 1991).

Em Florianópolis, segundo o Jornal “A Gazeta”, as instalações da Maternidade Carmela Dutra eram as mais completas e equipadas com o melhor material existente.

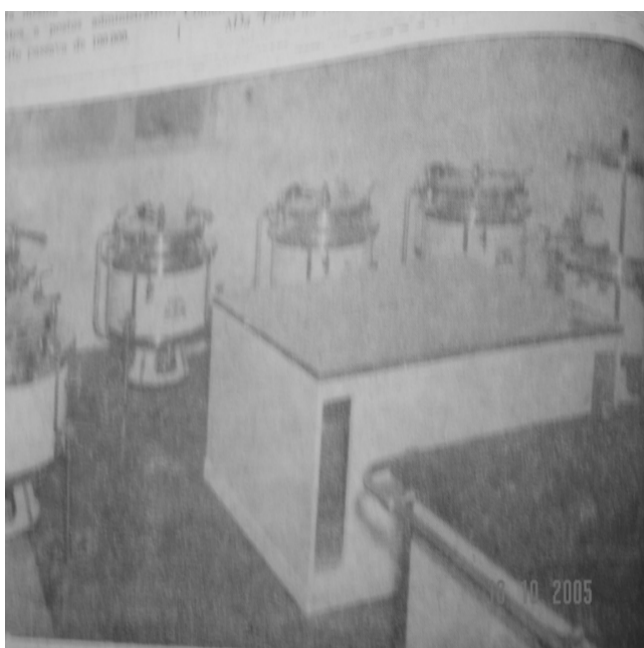


Foto 5 – A cozinha da MCD (1955)

A cozinha, por exemplo, estava excelentemente instalada, com seis enormes caldeirões a vapor, para o preparo das refeições comuns. Havia uma câmara frigorífica de grande capacidade, geladeira, dois carros térmicos para distribuição das refeições sempre aquecidas, e ainda um enorme fogão a lenha. A Maternidade contava também com gabinetes de raios X e fisioterapia, além de banco de sangue.

A Carmela Dutra ainda era um estabelecimento de enormes proporções para a época, englobando dois amplos pavimentos. No inferior, situava-se o gabinete do diretor e do administrador, o arquivo central, a farmácia, o laboratório e a portaria. No piso superior, localizava-se a Capela, a clausura das Irmãs da Divina Providência, que era constituída por cinco quartos, com dois leitos em cada um. Elas eram as responsáveis pela administração da Maternidade. Neste mesmo piso ficavam ainda onze quartos e nove apartamentos de primeira classe, dispendo de todos os requisitos de conforto, inclusive telefones, o que, aliás, não era o usual na época. Havia ainda cinco quartos “de primeira” e onze leitos, destinados às parturientes em observação. Havia dois berçários, com capacidade, cada um, de 30 crianças, contendo duas incubadoras elétricas para os prematuros. Dispunha de quatro enfermarias “para indigentes”, com 11 leitos cada um, separados por box com duas camas, tudo otimamente instalado. No piso inferior, havia dois postos de enfermagem, duas salas de parto completamente aparelhadas e uma sala de admissão. O Centro Cirúrgico foi cuidadosamente instalado, servido por material dos mais

modernos de que há notícia, pois dispunha de sala para anestesia, duas sala de preparação, duas salas de parto e duas de cirurgia (INAUGURAÇÃO...1955, p. 1).

O nome da maternidade foi homenagem à esposa do General Eurico Gaspar Dutra, Presidente da República do Brasil de 31/01/1946 a 31/01/1951. Conhecida como Dona Santinha, Carmela Telles Leite Dutra era uma esposa



devotada, católica fervorosa e era fortemente influenciada pelo Cardeal do Rio de Janeiro, Dom Jaime de Barros Câmara, que por seu intermédio conseguiu do presidente grandes decisões, como as obras da maternidade, iniciadas no seu governo, além de outras de grande alcance social e político: extinção do Partido Comunista Brasileiro, proibição de todo e qualquer jogo de azar (fechamento de cassinos) e também a construção de uma capela no Palácio da

Foto 6 - A enfermaria da MCD (1955)

Guanabara (MARANHÃO, 2005).

Órgão da Divisão Médico-hospitalar do Departamento de Saúde Pública, a maternidade era entidade de caráter eminentemente social subordinada à Secretaria de Saúde e Assistência Social.

Embora sua inauguração tenha acontecido em 1955, devido à falta de recursos humanos para pô-la em funcionamento suas atividades só iniciariam em fevereiro de 1956, com 79 leitos. Sua administração foi entregue às irmãs da Divina Providência, que ficaram responsáveis não só pela área administrativa, como também por todos os serviços e setores que compunham a Maternidade e, em especial, pelo de enfermagem.

Já havia na Grande Florianópolis outros hospitais, construídos na década de 40, pelo então governador e depois interventor, Nereu Ramos. Durante a sua

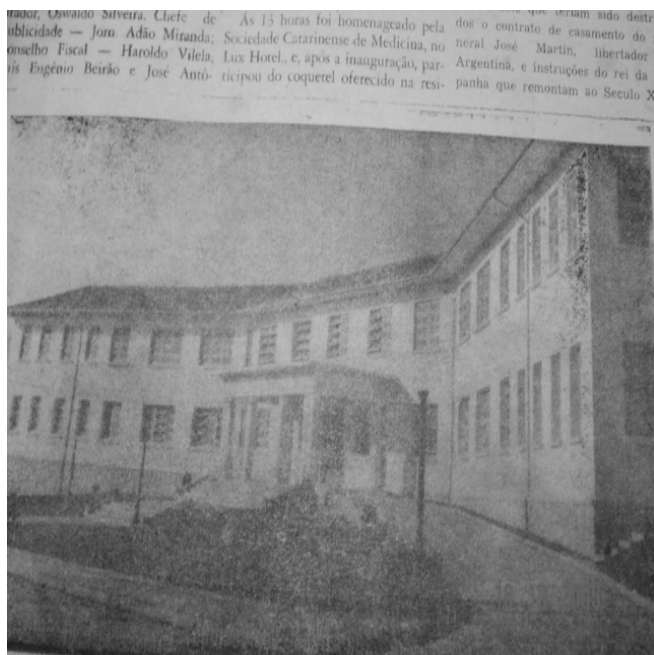


Foto 7 - Vista lateral da MCD (1955)

gestão, Nereu Ramos deu maior ênfase à construção de hospitais especializados, como a Colônia Santa Teresa (1940), para portadores de hanseníase, a Colônia Sant'Anna (1941), para doentes mentais, e finalmente o Hospital Nereu Ramos (1943), para doentes acometidos por doenças transmissíveis, em especial a tuberculose (BORENSTEIN, 2004).

Ao contrário dos demais hospitais especializados, criados na década de 40, cuja filosofia era de segregar, excluir para evitar a propagação da doença à sociedade, a MCD vinha para melhorar as condições de nascimento dos novos catarinenses. Na época - década de 50 - , segundo Coelho (1998), o coeficiente de mortalidade geral em Florianópolis era de 15,97 para 1000 habitantes, e para cada 1000 nascimentos vivos, morriam 157, sendo 62 crianças. Tais dados assumiam grande importância, impondo-se como vital a criação e funcionamento daquela nova maternidade pública, porquanto a MCC, criada na década de 20, já esgotara sua capacidade para a população local, que crescia de forma expressiva na capital e arredores.

O início das atividades da MCD, na segunda metade da década de 50, reflete positivamente na população de Florianópolis já na década de 60, pois coincide com novos serviços de saúde que já vinham sendo implementados na capital para melhorar as condições de saúde da população (BORENSTEIN, 2000).

Havia um complexo médico-hospitalar formado pelo Hospital Edith Gama Ramos (1963) e Hospital Governador Celso Ramos (1966), além de outros serviços especializados constituídos com a criação da Fundação Catarinense de Saúde

(1964), vinculada à então Secretária da Saúde e Assistência Social do Estado, com sede na capital. Além disso, foram criados os Serviços de Diagnóstico Precoce do Câncer, de Cardiologia e o Centro Hemoterápico. Com o objetivo de organizar e operar uma rede médico-hospitalar como entidade autônoma, em 1965 foi constituída a “Fundação Médico-hospitalar Catarinense”, que em 1966, sob o nome de Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), assume o gerenciamento das unidades hospitalares do Estado. Nessa época já funcionava também uma rede de saúde pública, separada do sistema hospitalar. Portanto, um sistema dicotômico formado por duas redes separadas e paralelas, o Departamento de Saúde Pública (DSP), com doze distritos sanitários e a rede hospitalar (FHSC), presente em Santa Catarina, como nos demais estados da federação (COELHO, 1998).

Focada inicialmente na assistência à gestante no seu ciclo gravídico-puerperal, durante as décadas de



Foto 8 – Os vários setores da MCD (1955)

60 e 70 a MCD tornou-se o principal pólo de ensino de graduação para os cursos da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Serviço Social), nas disciplinas de obstetria, ginecologia e neonatologia. Serviu desde o início dos anos 70 como campo de estágio para os alunos de pós-graduação, em especial para a Residência Médica em Obstetria e Ginecologia.

Em 1979, passou a contar também com o serviço de Banco de Leite Humano (BLH) e Central de Informações sobre o Aleitamento Materno (CIAM), no que se destacou por ser o pioneiro no Estado de Santa Catarina.

Inúmeros foram os diretores da MCD que contribuíram para o seu desenvolvimento, alguns deles em mais de uma gestão:

Dr. Biase Agnesino Faraco	1955-1959
Dr. Pelágio Parigot de Souza	1959-1961
Dr. Holdemar Oliveira de Menezes	1961-1962
Dr. Murillo Pacheco da Motta	1962-1964
Dr. Walmor Zomer Garcia	1964-1968
Dr. Murillo Pacheco da Motta	1968-1970
Dr. Renato Henrique Ferreira e Costa	1970-1972
Dr. Hélio Freitas	1972-1973
Dr. Hamilton Rogério Sanford de Vasconcellos	1973-1975
Dr ^a Lea Schimdt da Nova	1975-1976
Dr. Norton Mário Silveira de Souza	1976-1985
Dr. Klaus Meinhardt Huedepohl	1985-1986
Dr. Nelson Grisard	1986-1987
Dr. Jorge Abi Saab Neto	1987-1991
Dr. Hamilton Rogério Sanford de Vasconcellos	1991-1994
Dr. Carlos Gilberto Crippa	1995-1998
Dr ^a Miriam Krieger Tavares da Cunha Melo	1999-2000
Enf ^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos	2001-2002
Dr. Nelson Grisard	2003-2005

Em março de 1992, em reconhecimento aos serviços prestados à comunidade catarinense, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Santa Catarina reconheceram a Maternidade como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher.

O trabalho de incentivo e proteção ao aleitamento materno garantiu-lhe, em julho de 1996, o título de Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Em 1997, a Maternidade criou um Programa de Controle de Infecção Hospitalar, cuja atuação resultou na obtenção do título em Acreditação de Infecção Hospitalar, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Hoje, após 50 anos de sua existência, a Maternidade está equipada com

113 leitos e atende, em média, 41 mil pacientes por ano. É responsável pelo nascimento de 46,52% da atual população nativa de Florianópolis.

5.1.1 As pacientes

De um modo geral, as gestantes que procuravam a Carmela provinham de todo o Estado, em especial da Grande Florianópolis, conforme depoimento a seguir:

Aqui chegava paciente de todo lugar, o que era indigente vinha pra cá, a gente atendia todo mundo, a redondeza. Vinha gente até de Garopaba, e desse interiorzão, vinha tudo para a Carmela, porque a Carlos Corrêa só atendia as pacientes particulares (COAN, 2004).

Embora atendesse mulheres de diferentes classes sociais, o maior contingente era de pessoas mais carentes. Havia até casos de mulheres que viviam nas ruas da cidade, como relatou uma das parteiras participantes do estudo.

A maternidade era uma instituição que acolhia toda aquela pobreza, pois a ambulância e a rádio patrulha traziam aquelas mulheres de rua, bêbadas, que caíam no mercado público, que vinham sujas e cheias de areia para serem atendidas na maternidade. Eram pessoas bem carentes que vinham para a Carmela, muitas até doavam seus bebês na maternidade, pois não tinham condições de mantê-los. Algumas dessas mulheres nós tínhamos que limpá-las antes de prestarmos assistência, pois apresentavam tanta sujeira e muito odor que era impossível atendê-las daquele jeito. Além disso, tinha aquelas que apresentavam chiliques, dávamos um remédio e depois eram avaliadas. Se acaso elas fossem internadas, então preparávamos para ganhar o bebê, se acaso não, elas iam embora (COAN, 2004).

Essa situação talvez possa ser explicada, pois segundo Cardoso (apud COELHO, 1998), durante muito tempo, aproximadamente desde o século XIX até depois da segunda Grande Guerra no século XX, a cidade de Florianópolis manteve-se quase inalterada com a economia, modificando-se lenta e gradativamente. Segundo o autor, a história local dava mostras de poucas e superficiais alterações, caracterizando-se por uma economia pobre e não muito diversificada (COELHO, 1998), baseada na pesca e na agricultura rudimentar. Houve um período de maior prosperidade, quando o porto recebia navios em grande quantidade. Mas à medida que o porto diminuía seu calado, a cidade ia estagnando e a riqueza ficava cada vez

mais distante, deixando a maioria de seus habitantes em precária situação econômica (CENTRO DE ESTUDOS CULTURA E CIDADANIA, 1996). E provavelmente era essa população empobrecida que buscava a MCD para ter seus filhos.

Mas embora fosse instituição pública, a MCD também recebia mulheres da elite, que buscavam conforto e podiam pagar pelos modernos serviços de hotelaria oferecidos pela maternidade, que fora planejada e construída para atender a ambos: povo e elite, cada qual nas suas acomodações específicas. Desde o início das atividades assistenciais oferecidas à população, sempre recebeu expressivo contingente de mulheres superando a clientela prevista no planejamento da obra.

Se no período de sua inauguração os jornais locais descreviam que a Maternidade era resultante de um megaprojeto, as profissionais que passaram a trabalhar na instituição, a partir de 1968, não compartilhavam dessa mesma avaliação. Ao contrário, relataram que os espaços físicos existentes, associados aos recursos humanos e materiais, estavam muito aquém das necessidades para atender a demanda de parturientes, principalmente na sala de parto, como se pode notar nas palavras das parteiras que vivenciaram aquelas rotinas.

Olha, tinha noite de nascer vinte crianças, e a sala de parto só tinha uma parteira e uma atendente, além do médico de plantão que só vinha se a gente chamava, se acaso a paciente complicava e não nascia, ou então que precisasse fazer uma cesariana. Aí o médico vinha. Nascia nenê na maca, na cama, na sala de parto, corria pra cá e corria pra lá (VARGAS, 2004).

Uma vez, a Maternidade Carlos Corrêa fechou, e a gente quase ficou louca de tanto parto que deu, nasciam dois, três, numa hora só. A gente se virava, já tinha estudante na sala de parto, aí eles tinham que vir e fazer também, não dava tempo pra nada. Quando chegava esse tipo de parto, a gente nem fazia tricotomia, já pegava o pacote de parto e atendia a paciente e o bebê, ali mesmo na admissão. A admissão ficava no mesmo bloco que a sala de parto, mas com duas salas limpas pra atender as pacientes e outra sala pra procedimentos contaminados, ficava uma parteira e uma atendente pra atender a paciente. Nessa época era tanto parto, que chegava até a nascer no próprio leito da paciente, principalmente aquelas que eram multíparas, a gente atendia ali e depois levava a paciente pra sala pra fazer a episiorrafia. Quando as pacientes chegavam em período expulsivo e era multípara, nem rotura no períneo tinha, mas quando era primípara, aí tinha que ser rápido pra dar anestesia e fazer episiotomia, aquele cortezinho (MARTINS, 2004).

Muitas vezes, a gente estava fazendo parto, e logo chegava uma e ganhava, chegava outra e ganhava. Muitas das vezes tínhamos que cortar

o cordão umbilical e fazer outro parto, porque não tinha quem atendesse (COAN, 2004).

É evidente que após quase duas décadas de sua inauguração (1955), o projeto inicial da MCD não atendesse mais a grande demanda de gestantes, agravada pela falta de outras instituições públicas na capital e até mesmo na circunvizinhança. Além disso, muitas mulheres, que tinham seus filhos em casa, passaram a tê-los na Maternidade. Segundo Tornquist (2004), até os anos de 50 e 60, um grande número de partos era feito em domicílio. Tal situação muda, drasticamente, na medida em que o país se moderniza, se urbaniza. Assim, a hospitalização do parto, embora predominante hoje no país, é processo inconcluso e heterogêneo, a exemplo da própria modernização como um todo.

É importante ressaltar que as gestantes beneficiárias de convênios ou que tinham condições de pagar os honorários e a hospitalização do parto buscavam outras instituições privadas, tanto no interior como na capital. Segundo as parteiras, a situação ficava ainda pior quando a Maternidade Carlos Corrêa restringia o atendimento, pelos mais diversos motivos. Segundo Capanema (apud COSTA, 2002), havia poucas instituições públicas no Estado, na época, para atender as mulheres nessas situações.

5.1.2 As condições estruturais

Além das condições estruturais já relacionadas anteriormente, a sala de parto da MCD era, sem dúvida nenhuma, o local onde aconteciam os momentos ímpares, que culminavam com o nascimento de um novo ser. Esse espaço especial pode ser visualizado através das descrições abaixo:

Eu me lembro que a sala de parto tinha seis leitos, divididos por cortinas azuis, e num cantinho ficava sempre uma cama pra fazer o cardiotoque. A admissão era anexa à sala de parto. Tinha a sala I, a sala II e outra sala que era para aborto (VARGAS, 2004).

Olha não era fácil, não! Nós só tínhamos duas salas de parto embaixo, e no centro cirúrgico tinha mais uma, mas nessa época se ganhava muito na cama do pré-parto. Nossa! Quantos partos nós fizemos na cama, pois não havia mais lugar para que elas pudessem ganhar seus nenês!(MACHADO, 2004).

A admissão ficava na mesma estrutura física da sala de parto, ela localizava-se em frente às enfermarias do puerpério. Era composta de três salas, uma sala para procedimentos contaminados e duas salas para atendimento de gestantes (COAN, 2004).

Pelo que se depreende das falas transcritas, o espaço físico era bastante restrito. Na verdade, era constituído por uma admissão, uma sala de pré-parto e as

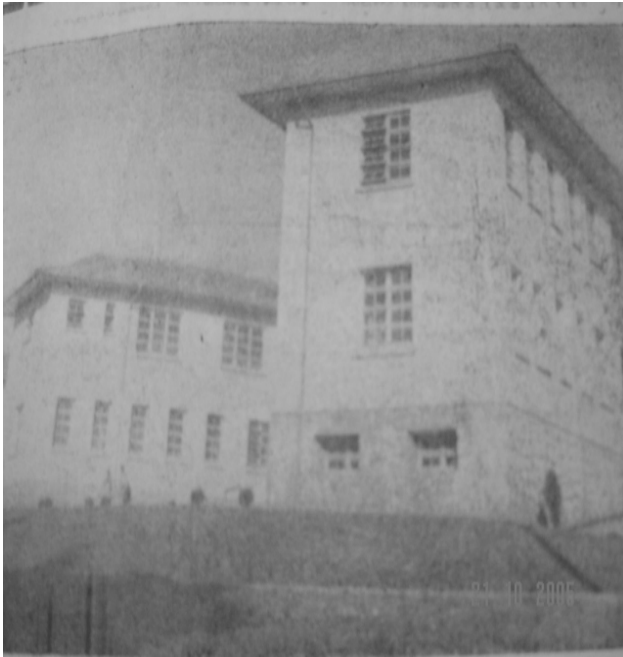


Foto 9 - Vista lateral da MCD (1955)

duas salas de parto que ficavam no mesmo bloco, divididos apenas por um pequeno corredor, por uma porta e cortinas entre os leitos do pré-parto. Mas essas limitações não impediam que as gestantes tivessem seus filhos e fossem bem atendidas pela equipe que lá atuava.

Uma particularidade das maternidades na época de 60 a 80: as parturientes eram separadas de seus filhos, a mulher ficava no puerpério, e o recém-nascido, no berçário; só era levado

até a enfermaria do puerpério na hora de amamentar, retornando após para o berçário com o auxílio das suas atendedoras de enfermagem que assistiam integralmente o bebê; à mãe cabia apenas amamentar. Os bebês eram transportados por um carro grande aberto chamado de “cegonha”, onde todos os bebês, com sua identificação no punho e no tornozelo, eram identificados pelo nome da mãe e do leito correspondente.

5.1.3 As condições materiais

A MCD foi projetada para satisfazer as necessidades ideais das gestantes e seus filhos, porém nem sempre os recursos materiais existentes eram suficientes para atender essa demanda. Segundo algumas entrevistadas:



Foto 10 – O berçário da MCD (1955)

Muitos nenês nasceram sem ter o material de parto em mãos, de tantos partos que ocorriam que não dava tempo de pegá-los. Além do material, tinha também as roupas esterilizadas que eram poucas. Nós tínhamos que dividir as roupas e os materiais para atendermos todas as pacientes que apareciam para ganhar nenê. Tínhamos que dividir um pacote de parto para até três pacientes. Era muita gente que nascia, nós não dávamos conta! Tinha noite que nós usávamos até o nosso avental de tecido para apanhar o nenê, e ficávamos com o avental de plástico. Nós fazíamos muito enjambramento, se não, não dava para atender todas aquelas mulheres. Tinha vez que chegávamos a pegar caixas cirúrgicas no centro cirúrgico para atender os partos, de tamanha que era a falta de material e também pela demanda que nós tínhamos (MACHADO, 2004).

Quanto aos materiais que usávamos na sala de parto, no começo eram utilizados, lavados e mandados para esterilizar; depois de um certo tempo eles começaram a ser descartáveis, mas isso foi mais para o final, quando eu já estava quase para me aposentar. Lembro-me que tinha algumas vezes que tínhamos que pegar as agulhas rombudas e passá-las na pedra para alisá-las. Eu só acho que nós trabalhamos, trabalhamos e cansamos, pois eram noites cansativas, noites doídas, noites de frio, noite de calor insuportável, não tinha nem ar condicionado, ficávamos fechadas naquela sala de parto, não podíamos sair. Não foi fácil! (COAN, 2004).

Quando eu cheguei ali, não tinha pacote organizado, nem de material, nem de roupas. Somente depois é que foram feitos, e isso foi muito bom, porque não tinha mais o perigo de o material ser contaminado na caixa cheia de material, ele ficou individualizado. Foi uma coisa muito boa! (VARGAS, 2004).

Uma das parteiras entrevistadas comentou sobre o papel destacado que a professora Leonita Sulzbach Seibel teve na Carmela Dutra, no que se refere à organização de roupas e instrumentais esterilizados para uso cirúrgico. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, durante os estágios com as discentes ela mostrava ao pessoal da sala de parto a necessidade de ter pacotes de roupas e instrumentais esterilizados individualmente à disposição da assistência. À medida que a demanda de pacientes crescia, além do ingresso de novos profissionais no setor, algumas modificações quanto aos materiais foram sendo incorporadas às rotinas, melhorando substancialmente as condições da assistência prestada, proporcionando maior segurança e rapidez no atendimento.

A partir dessa visão de planejamento, as normas e rotinas se estabeleceram definitivamente, sofrendo modificações sempre que fosse necessário, de acordo com os padrões estabelecidos na época e da abordagem clínica às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

5.1.4 As condições de trabalho

A exemplo de outras instituições de saúde da Grande Florianópolis (Maternidade Carlos Corrêa, Hospital Nereu Ramos, Hospital Colônia Santana, Hospital Colônia Santa Teresa, Hospital Florianópolis e Hospital Governador Celso Ramos, entre outros). Os funcionários da MCD cumpriam uma jornada de trabalho intensa, considerada às vezes um pouco cansativa e até mesmo estafante pelas pessoas que nela militavam. Essas condições podem ser mais bem compreendidas através das colocações feitas pelas parteiras:

A gente tinha uma escala de serviço que dividia as parteiras e atendentes por turno de doze por trinta e seis horas. Na época, o descanso à noite, era uma horinha. Elas se dividiam pro descanso e a partir das duas horas, uma parteira ficava e a outra ia descansar. Ficava uma atendente e uma parteira pra atender a admissão e a sala de parto, era muito ruim; às vezes a parteira ficava fazendo parto e a admissão ficava sem ninguém pra atender. Elas descansavam num cantinho de uma salinha que era pouco usada, deitavam no chão com um cobertor, elas davam um jeito pra dormir, porque não tinha outro lugar, isso tudo escondidinho. As parteiras eram tratadas com respeito, só que as parteiras mais antigas se queixavam, que trabalhavam muito e ganhavam pouco. O salário era muito baixo, custou muito pra melhorar. A noite era considerada treze horas e de dia onze horas; tinha também funcionárias que faziam seis horas, e outras, oito horas (MARTINS, 2004).

Lembro-me que quando entrei na Carmela tinha poucas pessoas trabalhando lá e muitas pacientes pra atender; às vezes não tinha aquele atendimento que deveria ser feito, mas tinha consciência que era impossível melhorar devido ao grande número de pacientes que a gente atendia. A gente trabalhava doze horas e folgava trinta e seis horas, então trabalhava um dia e folgava um dia, mas teve uma época que tinha pouca gente e a Fundação queria que a gente começasse e terminasse junto com o médico fazendo plantão de vinte e quatro horas, só sei que a gente saía de lá estourada. Quanto ao descanso a gente só fazia quando podia, a gente revezava, isto quando tinha poucas parturientes, lá um dia ou outro, porque era difícil (VARGAS, 2004).

Nós até limpávamos as secreções que as pacientes faziam no chão e no

leito, pois não dispúnhamos de uma servente no local. Mais tarde colocaram uma servente para fazer a limpeza da unidade, alegando que poderíamos contaminar as pacientes (COAN, 2004).

É possível perceber que, além de a jornada de trabalho ser longa e até extenuante, as parteiras costumavam trabalhar doze horas ininterruptamente e folgar trinta e seis horas, não havendo um número suficiente de funcionárias para assistência de enfermagem, pois a demanda de parturientes era muito grande para o número de funcionárias existentes. Detectamos ainda que as acomodações também não eram dignas nem específicas para o descanso, com um agravante: as parteiras e atendentes faziam o descanso às escondidas, o que era e continua sendo um direito do trabalhador⁴.

Em sua tese de doutorado, que explora o tema a purgação do desejo: memória de enfermeiras, Sobral (1994) comenta que durante o plantão noturno, para manter-se acordadas as enfermeiras e alunas de enfermagem costumavam arrumar o escritório do serviço de enfermagem, o armário de remédios e a rouparia, entre outros, e finalmente andavam sem parar pelos corredores, para não cochilar.

Borenstein (2000) em sua tese de doutorado, realizada no Hospital de Caridade em Florianópolis, levantou as precárias condições de trabalho a que o pessoal de enfermagem estava submetido. Muitas vezes os funcionários não podiam tirar folgas, nem férias, por falta de substitutos. Além disso, o salário era tão irrisório que mal podiam dar um passeio pela cidade, nos seus dias de folga, devido à crônica falta de dinheiro. Isso que, nas décadas de 50 e 60, muitos deles residiam no próprio Hospital, e portanto, não tinham gastos com moradia e alimentação. Em outros estudos realizados (2004) em hospitais da Grande Florianópolis, esta mesma autora registra informações parecidas a respeito das condições de trabalho daquele estrato profissional catarinense. E aquelas condições de trabalho não mudaram muito ao longo do tempo, permanecendo distantes do considerado ideal.

⁴ Em 1943, Getúlio Vargas, então Presidente da República do Brasil, decreta a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que garantia a estabilidade do emprego depois de dez anos de serviço, descanso semanal, regulamentação do trabalho de menores, da mulher e do trabalho noturno; a criação da Previdência Social e a instituição da carteira profissional em março de 1932 para maiores de 16 anos que exercessem um emprego e a jornada de trabalho fixada em oito horas de serviço (ENCICLOPÉDIA DIGITAL apud BORENSTEIN, 2000). Ver os artigos 71 e 73 referentes ao período de descanso e ao trabalho noturno (CAMPANHOLE; CAMPANHOLE, 1990).

5.2 A Formação das Parteiras



Foto 11 – Florentina em sua casa (2004), mostrando seu diploma de parteira realizado na MCC.

Ao lembrarem sobre os cursos realizados para exercer a profissão, as parteiras relataram lugares distintos: duas delas foram capacitadas na Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina da MCC; uma concluiu o curso em dezembro de 1953, e a outra, dez anos mais tarde, em dezembro de 1963.

A terceira parteira relatou ter

realizado o Curso de Auxiliar de Enfermagem na Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta em 1961, em Florianópolis. Em 1963, por interesse pessoal e indicação de amigos e familiares, resolveu realizar o Curso de Parteira no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, em Porto Alegre.

Finalmente, a última parteira entrevistada ingressou na Carmela Dutra em



Foto 12 – Certificado de Auxiliar em Obstetrícia (1977)

1968, como atendente de enfermagem, para atuar no centro cirúrgico, instrumentando e auxiliando na sala. Entretanto, após nove anos, em 1977, em face do reduzido quadro de parteiras existentes na instituição, a enfermeira Nilza Paim e o Diretor da época, Dr. Norton Mário Silveira de Souza, incentivaram-na e a outras atendentes que vinham demonstrando interesse, para

participarem de um treinamento em obstetrícia que seria realizado na própria instituição. Após dois meses de duração, o curso outorgou às participantes o certificado de “Auxiliar em Obstetrícia”, expedido pelo Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CEDREHU), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde.

5.2.1 O aprendizado formal

No Brasil, o trabalho das parteiras foi institucionalizado quando se estruturaram os primeiros cursos de formação de parteiras, anexos às Escolas de Medicina, em 1832 e quando a sua prática passa a dar-se no espaço institucional hospitalar, não mais de forma independente, mas sob controle médico (PIRES, 1989, p. 108).

As faculdades de Medicina vieram para inovar uma nova maneira de encarar e assistir o nascimento de crianças e de as mulheres darem à luz, e esse era um projeto significativo. Inicialmente foram propostos exames para aprovar aquelas praticantes consideradas caridosas, para depois propor cursos de formação. Era, sem dúvida nenhuma, um projeto civilizador, pois passaria de um simples ofício para uma profissão (TORNQUIST, 2004).

As exigências de escolaridade e de profissionalização nos moldes médicos marcaram a exclusão das antigas parteiras do campo da assistência oficial [...]. O resultado dessa política de profissionalização foi a exclusão das parteiras iletradas [...]. As diferenças em termos de capital cultural servirão como elemento de distinção entre as parteiras diplomadas e as demais, e as denominações pejorativas como comadre, entendida e curiosa (TORNQUIST, 2004, p. 84).

Em Santa Catarina, o comum eram as negras, tidas como peritas, escravas preciosas, que vinham sentar-se à cama entre as pernas das sinhás, esfregando as mãos sujas nos nascedouros para aquilatarem os progressos do desprendimento e, muitas vezes, quando a coisa era demorada, pitando (CABRAL apud TORNQUIST, 2004, p.84).

Em Santa Catarina a idéia de uma formação tradicional de parteiras começou a brotar com base em pensamentos que se vinham disseminando no país e alcançaram o Estado. Um desses idealizadores foi o Dr. Carlos Correa, que, no exercício de seu importante cargo de Inspetor de Higiene, fez um Relatório ao Governador do Estado, segundo (TORNQUIST, 2004, p.88):

Faz-se mister a regulamentação dessa profissão e se criar cursos [...] e assim evitar a proliferação dessas curiosas, tão culpadas da morte daquellas que tem a infelicidade de lhes bater à porta.



Foto 13 – Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina anexa à MCC (1964)

Dr. Carlos Correa, portanto, foi o idealizador do curso e emprestou seu nome à Maternidade onde seria realizado o primeiro curso de parteiras na capital, sob o nome de “Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina”, criada em 1935 pelo Decreto 96, de 29/11/1935, do então Governador Nereu Ramos, publicado no Diário Oficial do Estado nº 504 daquele ano (COSTA, 2002).

[...] a candidata deveria submeter-se a uma prova escrita e oral de português, leitura, ditado e aritmética, ter o consentimento dos pais, marido ou tutores, pagar uma taxa de trinta mil réis, apresentar documento de honorabilidade e outros a critério da banca (TORNQUIST, 2004, p. 89).

O exame de seleção das candidatas para formação de parteiras era realizado no Departamento de Saúde Pública. Além disso, as candidatas aprovadas deveriam submeter-se à filosofia, às normas e às rotinas estabelecidas pelas irmãs da Divina Providência, que administravam a MCC, onde o curso era realizado. Quem não se submetesse ao sistema, era excluída do processo de formação.

Havia uma preocupação muito grande com o comportamento moral das jovens alunas. Segundo Capanema (apud COSTA, 2002), houve um caso de expulsão, porque uma aluna se encontrara com o amante em um hotel da cidade. Além de todas essas exigências, o curso deveria ser pago antecipadamente.

O Curso tinha duração de dois anos e ocorria em regime de internato. Era inicialmente constituído por um bloco teórico, ministrado por vários médicos e de várias especialidades: Dr. Antônio Muniz de Aragão (ortopedista e traumatologista), Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (infecetologista e clínico geral), Dr. Zulmar Lins

Neves (psiquiatra, ginecologista e obstetra) e Renato Costa (ginecologista e obstetra).



Foto 14 – A madre superiora e as alunas do curso de formação de parteiras na MCC (1964).

Durante longo tempo os estágios foram supervisionados pelas parteiras, como a parteira-chefe, Dona Elvira Mund Mazarakis, conhecida como Dona Vivi, mais tarde substituída pela parteira Army Candemil Capanema, que trabalhou tanto no ensino quanto na assistência.

As alunas realizavam o estágio em um enfermaria específica, com as parturientes consideradas indigentes, pois a Maternidade era de economia privada, pertencente à Associação Irmão Joaquim, uma extensão do Asilo da Mendicidade Irmão Joaquim. Tal enfermaria, e uma sala ao lado, era mantida com doações de pessoas da cidade. As demais gestantes, ou tinham convênio (IAPTEC, IAPC, IAPI, entre outros)⁵, ou pagavam do próprio bolso pelo atendimento.

Para as alunas aprenderem a fazer os partos, havia uma rotina: depois de dois meses residindo na Maternidade, elas começavam a se familiarizar com o trabalho e com as pacientes. Aprendiam a fazer palpação, ausculta, toque, até começarem a fazer parto. Depois de seis meses, elas atendiam as múltíparas. No segundo ano, já perto de concluir a formação, elas começavam a atender as primíparas e a realizar os cuidados específicos (episiotomia, episiorrafia e cuidados

⁵ IAPETEC: Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Transportes de Cargas.
IAPC: Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Comerciantes.
IAPI: Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Industriários.
(BORENSTEIN, 2000).

de higiene e conforto, entre outros).

Cumpram ressaltar que, depois de adquirirem conhecimento e experiência prática, essas alunas começavam a realizar os partos, pois a instituição não contratava funcionárias para esse fim, conforme relato da parteira-chefe (CAPANEMA apud COSTA, 2002).

A maternidade não tinha nenhuma funcionária para trabalhar na enfermagem. Tudo era feito por essas praticantes, por essas alunas do curso. A casa dava hospedagem, e elas trabalhavam dentro da linha da enfermagem, não se envolviam com cozinha, lavanderia, nada disso, mas os cuidados de enfermagem eram dados por elas, desde a higiene do neném até o banho na paciente; a gente ensinava tudo como era feito.

Conforme já se viu aqui, duas parteiras deste estudo foram formadas na Carlos Corrêa:



Foto 15 – O berçário da MCC (1964)

Fiz o curso de parteiras na Maternidade Carlos Corrêa em 1952. Para fazer esse curso nós tínhamos que prestar um exame no Departamento de Saúde Pública. Esse curso tinha a duração de dois anos, então a primeira turma trabalhava com a turma do segundo ano e depois no ano seguinte era uma nova turma (COAN, 2004).

Aos dezoito anos de idade, entrei na Escola de Formação de Parteiras da Maternidade Carlos Corrêa. Fiquei interna na escola durante dois anos, tendo aula teórica e prática (VARGAS, 2004).

Segundo relato de Capanema (apud COSTA, 2002), o curso era importante para a qualidade da formação de novas profissionais, como podemos perceber a seguir:

O curso de parteiras na Maternidade Carlos Corrêa nos deu uma experiência fantástica, inclusive eu acredito que dentro de Florianópolis, e quiçá no Brasil, poucas parteiras tenham atendido um número tão grande de partos, porque era a única maternidade. O título conferido era de enfermeira obstétrica... Não foi propriamente um curso para parteira prática: a parteira prática aprendia com as mães, com as mulheres mais idosas; nós não, viemos aprender aqui na maternidade. As alunas da escola eram úteis, porque elas levavam uma experiência, imagina dois

anos trabalhando só com partos, elas tinham muita prática! Havia muito poucas parteiras, e quando formadas normalmente elas trabalhavam nos hospitais que estavam começando.

Essas palavras nos permitem aquilatar que o curso de parteiras efetivamente proporcionava um conhecimento específico na área de obstetrícia: tinha uma base teórica, ministrada pelos médicos, como já visto, mas seu ponto forte era a experiência adquirida na prática. Afinal, as alunas permaneciam dois anos em campo se exercitando, e isso lhes proporcionava uma boa base de experiência prática. Essas alunas ajudavam os médicos nas cirurgias, na utilização do fórceps e em outras eventuais situações excepcionais. Terminado o curso, as alunas retornavam para suas cidades de origem, passando a atender em domicílio ou empregando-se em maternidades. Havia até médicos que reconheciam a capacidade delas, delegando-lhes, em muitas ocasiões, a assistência a partos considerados normais.

Embora fosse considerado de bom nível para a época e tivesse cumprido uma função educativa durante vinte e oito anos, o curso não vinha seguindo os requisitos necessários, por isso foi extinto em 1964, por pressão da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção SC, pela falta de enfermeiras professoras qualificadas para ministrar as aulas e por não preencher as exigências estabelecidas pela Secretaria de Estado da Educação (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999).

5.3 Os Saberes/Fazeres das Parteiras

Iniciamos esta categoria associando o saber versus fazer com a teoria versus prática ao trabalho desenvolvido desde as parteiras tradicionais até as parteiras do modelo biomédico. Porém, o “trabalho da parteira deve ser compreendido como um conjunto de práticas e saberes, devendo ser contextualizado em suas múltiplas relações sociais” (BESSA; FERREIRA, 1999, p. 15).

Para maior clareza deste tópico, é oportuno lembrar que a parteira tradicional tinha um aprendizado empírico, muitas vezes transmitido por um familiar ou vizinho, enquanto a parteira biomédica tinha sua formação pautada por normas e

rotinas do modelo biomédico. Além disso, a primeira gozava de maior autonomia em relação à segunda, que estava atrelada aos moldes biomédicos, os quais ditavam as regras.

Convém também considerar que “o saber é o instrumental que a enfermagem utiliza para realizar o seu trabalho, instrumental este legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática. O saber não é uma instância abstrata, neutra, desvinculada da prática, ele é histórico por tratar-se de uma dimensão desta prática” (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 24).

Na década de 70, o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina manifesta seu desinteresse pelo curso de parteiras, que é transferido para a Escola de Enfermagem, fato que assinala a passagem da parteira para a equipe de enfermagem, com funções específicas em obstetrícia, tornando-se um anexo da enfermagem.

Pode-se dizer que, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o saber da enfermagem é compreendido como a capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos, e estes são entendidos como a arte de enfermagem. Pode-se concluir, então, que o objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa [...]. Os trabalhadores da enfermagem, principalmente os sem instrução, não precisariam conhecer as razões dos procedimentos executados, o importante seria executar as tarefas com economia de tempo e movimentos (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 35).

Esse texto revela claramente que o entendimento sobre o saber da enfermagem estava entrelaçado às atividades executadas e não em como executá-las. O importante era a quantidade e não a qualidade, nem o porquê de realizá-las. Depreende-se que os médicos só estavam interessados na formação das parteiras no que diz respeito às suas atividades, na mão-de-obra, barata e disponível na condição de meras executoras, não lhes oportunizando condições para críticas ou até para prescrever ou atuar em qualquer procedimento. Tal atitude estava tão incorporada pela classe médica que proibiu qualquer ação das parteiras sem a sua autorização, isto sem falar das punições que lhes reservavam. As parteiras eram subordinadas à classe médica, obedecendo religiosamente às ordens recebidas como verdadeiras servas de uma elite profissional.

As primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber da enfermagem ocorreram com as técnicas de enfermagem desenvolvidas durante as

décadas de 30, 40 e 50 do século XX, nos Estados Unidos. Ainda hoje, os procedimentos de enfermagem (chamados anteriormente de técnicas) são considerados fundamentais na atuação da enfermagem com o cliente/paciente ou usuário. A partir da década de 50 começam a ser incorporados outros conhecimentos, como os princípios científicos, à prática da enfermagem. Em final dos anos 60 e durante a década de 70, a enfermagem busca novo enfoque no seu saber, para construir um corpo de conhecimentos próprios e específicos para a categoria, formalizando conceitos, teorias, marcos teóricos e modelos, entre outros (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

A exemplo de outras maternidades do gênero, na MCD as parteiras detinham um saber, tanto adquirido nos cursos formais, como no aprendizado com os outros no cotidiano do trabalho. Conhecimentos e cuidados aplicados nos diferentes momentos do parto e nos cuidados com os bebês podem ser percebidos nos relatos que se seguem.

5.3.1 Os cuidados na admissão

Na Carmela Dutra, esses cuidados se destacam na fala das parteiras entrevistadas, como se vê adiante.

Quando a paciente chegava na admissão a gente examinava, fazia o toque e, se estivesse em trabalho de parto, ficava internada. Então a gente preparava a paciente, fazia a tricotomia do períneo, fazia o enema com sabão de côco diluído através de uma sonda descartável. Depois, levava a paciente no banheiro. Ela fazia a sua limpeza, tomava um banho e vestia uma camisola. A gente a levava pra sala de pré-parto e quando a paciente ia para cesariana então a gente fazia a tricotomia no períneo e no abdome, depois é que levava a paciente até ao centro cirúrgico. Se acaso a paciente chegasse ganhando nenê, aí nós fazíamos o parto dela ali mesmo na admissão. Isto era rotineiro acontecer (VARGAS, 2004).

A gente tinha bastante experiência de parto, então no toque já sabíamos qual era a apresentação desse feto e suas condições. Nós só internávamos a paciente em trabalho de parto com a dilatação do colo igual ou superior a três centímetros, com descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, com infecção urinária, diabetes descompensada, pré-eclâmpsia e se estava com bolsa rota. No caso da bolsa rota era para prevenir uma infecção no feto. E se o colo estivesse fechado ou não, ela aguardava na unidade para ver se ocorria uma evolução no parto (COAN, 2004).

Às vezes aparecia aquelas pacientes em pródromos, nós não mandávamos embora, pedíamos para elas ficarem caminhando por algumas horas e depois o residente é que resolvia esses casos, mas se estava em franco trabalho de parto nós já internávamos (MARTINS, 2004).



Foto 16 – As parteiras Sofia e Florentina na sala de admissão da MCD (1975).

Através das lembranças relatadas pelas parteiras, pode-se perceber que elas tinham certo domínio do trabalho de parto, pois realizavam os cuidados considerados básicos, tais como: de higiene e conforto; os de rotina, diagnósticos, e inclusive internavam aquelas gestantes que já estavam em trabalho de parto, encaminhando os casos mais complexos. É oportuno enfatizar que elas atendiam os casos considerados mais simples e encaminhavam para

avaliação médica os mais complexos e graves, seguindo as recomendações médicas, eximindo-se, assim, da responsabilidade por quaisquer complicações.

Eu examinava, via como é que estava, e se tinha dúvida, então chamava o médico pra avaliar, pois a partir dali a responsabilidade era toda dele. Isso de chamar o médico era costume das antigas, eu fazia, porque todo mundo ali fazia e o médico de plantão sempre recomendava (MARTINS, 2004).

5.3.2 Os cuidados no pré-parto

Segundo Santos (1999), no capítulo Períodos Clínicos do Parto e Assistência de Enfermagem, na evolução clínica do parto distinguem-se quatro períodos ou fases: 1º. Dilatação, 2º. Expulsão, 3º. Dequitação ou Secundamento ou Delivramento e 4º. Greenberg. Cada período possui características específicas, no que se refere às modificações e à evolução do parto.

O primeiro período é aquele que transcorre desde o início das contrações uterinas regulares, que modificam a cérvix, até a dilatação ou ampliação completa de 10 cm. Esse período é considerado o mais longo e árduo do trabalho de parto. Ao

recordar esse momento no pré-parto, as parteiras da Carmela referiram que orientavam as parturientes para manterem a calma, ficarem tranqüilas e relaxarem, procurando uma posição mais confortável, que diminuísse a dor. Além disso, elas



Foto 17 – O pré-parto da MCD (1955)

recebiam orientações para adotar condutas benéficas à saúde das pacientes e dos seus bebês, servindo como doulas⁶.

Percebe-se que nesse tipo de conduta a preocupação não se restringe aos procedimentos técnicos propriamente ditos, mas engloba fundamentalmente os de caráter humano. As parteiras biomédicas ou hospitalares também nutriam sentimentos e

desenvolviam condutas que ultrapassavam o aprendizado formal, praticavam a “humanização da assistência ao parto”⁷, mesmo atuando em cenário institucionalizado. É comum a literatura de modo geral fazer referência aos partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais, classificando-os de mais humanos e pessoais do que os realizados nas instituições hospitalares, quando o parto passou a ser medicalizado.

Observa-se que as parteiras não só tinham os seus sentimentos aguçados para com as gestantes, mas também seus saberes bem consistentes, adquiridos durante a formação profissional e pela prática do cotidiano, como se vê a seguir:

⁶ Pessoa que presta constante apoio à gestante e seu companheiro/acompanhante durante o trabalho de parto, orientando, encorajando, aconselhando medidas para seu conforto e proporcionando contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados (BRASIL, 2001, p. 65).

⁷ Processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. Para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor, a adequação física da rede hospitalar requer, além de boa vontade, também investimentos (BRASIL, 2001, p. 38).

Olha, quando a paciente estava no pré-parto e em trabalho de parto, eu sempre ensinava a fazer a respiração cachorrinho, e quando viesse a contração, pra ficar de lado direito, que era bom para o coraçãozinho do nenê, pra circulação. Já a medicação era prescrita pelo médico, e feita por nós, às vezes a paciente até tinha uma dinâmica fraca, outras tinham bem irregular; a gente preparava, fazia bem lentinho. Aí ficava controlando a dinâmica, pra ver como que ia ficar, porque quando dava resultado positivo aí o colo dilatava que era uma beleza, aí já ia pra mesa e nascia, era muito usado. Tinha algumas pacientes que já vinham com a bolsa rota, a gente perguntava quando que tinha rompido, pra saber quantas horas de bolsa rota. Mais de doze horas de bolsa rota era preciso ter cuidado por causa da infecção, eu sabia tudo isso. A gente fazia o rompimento da bolsa amniótica com sete para oito centímetros, eu sentia que o bebê na hora do parto deslizava mais rápido, quando a bolsa era rompida na mesa ou um pouquinho antes de ir pra mesa, isso ajudava muito. Quando a bolsa já chegava rompida, eu observava, se era um líquido clarinho, se era amarelado, se era esverdeado, se era escuro, porque eu aprendi tudo isso, então eu observava a cor, eu marcava tudo na minha ficha. Dependendo da cor podia ser sofrimento fetal, porque o pélvico, quando é sentadinho e tá adiantado, já vem aquele mecônio escuro; mas se era cefálico e tinha esse tipo de líquido, podia ser um sofrimento fetal, a gente até pela ausculta dava pra saber. A gente tinha que verificar o BCF, se acaso fosse cento e quarenta batimentos por minuto, então era normal, mas se fosse acima de cento e sessenta era taquicárdico, e se fosse abaixo de cento e vinte era bradicárdico, aí a gente comunicava ao médico. Pra verificar o BCF a gente usava o estetoscópio de pinard, depois de muito tempo é que veio o sonar, não me lembro quando, mas se não me engano foi o Dr. Nazareno é que trouxe os primeiros pra admissão. Eu fazia a apalpação no abdome da paciente, pra saber qual lado o nenê estava com seu dorso, além da cabecinha e do pezinho, também o toque no colo uterino quando essa tinha dilatação. Isso pra saber se a apresentação era cefálica, face ou pélvica completa. A gente sabia se o nenê estava alto ou se tava encaixadinho, até pelo toque do colo podia saber se ele estava flutuando ou encaixado (MARTINS, 2004).

As pacientes em trabalho de parto não se alimentavam, ficavam em jejum o tempo todo, pois com o passar do tempo as contrações aumentavam de intensidade e a tendência era delas vomitarem após a ingesta alimentar. Somente era aberta uma exceção quando o trabalho de parto não evoluía. De vez em quando nós oferecíamos água para as pacientes em pequena quantidade, pois elas gastavam muita energia. A paciente só ia pra sala de parto com dilatação total, estando com o colo bem fininho, isto se ela fosse primípara. Se fosse múltipara podíamos levá-la com nove centímetros (COAN, 2004).

Nós orientávamos para que elas ficassem em pé, o máximo que pudessem, e se fossem deitar, então deveria ser do lado esquerdo, tentando manter uma respiração mais tranquila, procurar não gritar, para não faltar oxigênio para o nenê. Nós ficávamos atentas, quando a paciente era uma múltipara, nós a levávamos para a mesa de parto com oito para nove centímetros, se não o nenê caía no caminho; mas se fosse primípara nós esperávamos até que o nenê começasse a coroar, para levarmos para a sala de parto. Quando nós fazíamos o toque e percebíamos que o nenê tinha uma apresentação pélvica, ou outra que não fosse a normal, então nós passávamos o caso para o médico e ele normalmente levava a paciente para a cesárea. No caso da bolsa rota, a gente era orientada para não fazer muito toque, para evitar contaminação (MACHADO, 2004).

Nos relatos das participantes do estudo observa-se a capacidade de avaliação das gestantes e de como deveriam atuar em cada situação apresentada. Já sabendo dos principais sinais e sintomas desse período, a parteira oferecia à parturiente os cuidados respectivos, tanto em suas necessidades físicas como emocionais, proporcionando atenção, carinho e a presença naquele momento, permitindo-lhe sentir-se mais segura e confortável.

Segundo Santos (1999, p. 36), a assistência de enfermagem, durante o período de dilatação, abrange diversos aspectos, dentre eles, a realização de técnicas imprescindíveis para a manutenção do bem-estar da mãe e do feto; detecção precoce de riscos; medidas de conforto (físico e psicológico) e acompanhamento da evolução do trabalho de parto.

5.3.3 Os cuidados no parto

O segundo período de parto é chamado de expulsivo, compreendido entre a dilatação completa do colo e a completa expulsão fetal. [...] Quando se inicia a expulsão do feto, ou seja, o parto em si, a parturiente é levada para a mesa ou cadeira de parto, adotando-se, assim, a posição horizontal (deitada ou semi-sentada) ou vertical, dependendo de cada instituição. [...] Neste período, a parturiente deve ser constantemente orientada sobre os procedimentos que serão realizados, a equipe deve se manter calma, sem agitação, utilizando adequadamente os instrumentais e materiais obstétricos, a fim de realizar o parto sem problemas (SANTOS, 1999, p. 41).

Na MCD era praxe as parteiras realizarem os partos normais. Não havia óbice, muito pelo contrário, era esperado que isso ocorresse. Afinal, nas décadas de 50 e 60 não havia muitos médicos na cidade, e os existentes viviam assoberbados com inúmeras atividades, como, por exemplo: o trabalho no hospital, nas maternidades, nos consultórios e nos institutos de previdência, entre outros, pois naquela época a Capital carecia de escolas de formação, como as faculdades de Medicina⁸ e de Enfermagem⁹, entre outras. E as parteiras eram as mais entendidas na sala de parto, como se pode constatar a seguir:

⁸ A Faculdade de Medicina foi inaugurada em 18 de fevereiro de 1960, em sua sede própria, na rua Ferreira Lima, no Centro de Florianópolis (CONSONI, 2005).

⁹ O Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina foi criado em 24 de janeiro de 1969, através da Resolução 02/69 do Reitor, o Professor João David Ferreira Lima, para funcionar agregado à Faculdade de Medicina (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999).

A gente levava a paciente pra sala de parto quando já estava na hora de nascer, botava na mesa, pedia pra ela deitar e colocar as pernas nas perneiras. Conforme ela ia se ajeitando, eu ia ensinando: segura no ferro quando vier à contração, respira fundo, enche o peito de ar, tranca a respiração e faz força pra baixo. Quando a gente assumia o parto tinha que fazer tudo, né! Fazia anestesia local com xylocaína e depois dava um piquezinho com a tesoura no períneo, que era bom pra quando o bebê tivesse coroadando, né, pra não sangrar muito, aí ela fazia força e o bebê nascia. Quando o bebê nascia era mostrado pra mãe, ela não tinha contato com o bebê e nem dava de mamar, a atendente mostrava e botava do ladinho pra ela vê. Enquanto isso, eu esperava a dequitação da placenta, que também não era pra ficar puxando, senão arrebentava e ficava tudo lá dentro com as membranas (MARTINS, 2004).

Na hora do parto eu fazia a anestesia e quando o períneo estava todo distendido e a criança estava coroadando é que eu fazia a episiotomia, eu acho que era melhor fazer do que deixar a criança ficar esperando muito tempo no canal do parto. Nessa hora que a paciente estava com contração, ela não sente cortar o períneo mesmo sem anestesia, porque fica anestesiado naturalmente. Quem me ensinou a fazer parto como eu já te disse foi a dona Army, ela tinha muita paciência com a gente. A gente aprendia que no períneo tinha três camadas, e que devia ter muito cuidado com o reto (VARGAS, 2004).

Algumas pacientes não conseguiam fazer força necessária na hora do parto, então era feita uma manobra em cima do abdome da paciente para ajudar o bebê a nascer. Essa manobra era chamada por nós de Kraft e depois passou a ser chamada de Kristeler e era feita pelos médicos ou então por funcionárias mais fortes. Quando nós estávamos realizando algum procedimento na paciente, nós explicávamos o que estávamos fazendo para que ela pudesse participar daquele momento, o máximo possível. Tinha sempre algumas pacientes que ficavam com medo e inseguras, por isso gritavam, esperneavam, chegavam até a agredir-nos, mas tentávamos pedir para elas ficarem calmas, pois o bebê só ia nascer se elas ajudassem (COAN, 2004).

Na hora do parto o médico era avisado que era mecônio e então a sonda nasal era colocada ao lado da paciente. Assim que o nenê colocasse a cabeça para fora no períneo ele era logo aspirado, a fim de evitar que o mesmo aspirasse aquela secreção e esta fosse para o pulmão, ocasionando um óbito fetal (MACHADO, 2004).

No segundo período ocorre o nascimento ou a fase de “resolução”, como é chamado por Santos (1999, p. 44). Esse período é visto como recompensa pelos esforços que a parturiente teve no período anterior, e é quando ocorre a mobilização e a atenção da equipe. Os profissionais que não haviam estabelecido nenhuma relação anterior com a parturiente se tornam presentes.

O terceiro período de parto ocorre após a expulsão do feto, a dequitação. Este é o estágio da parturição que se processa após o desprendimento do feto e se caracteriza pelo deslocamento, pela descida e pela expulsão ou desprendimento da placenta e das membranas para fora das vias genitais

(SANTOS, 1999, p. 46).

A seguir, descrição de como eram feitos os cuidados prestados pelas parteiras nesse período.



Foto 18 – O terceiro período do parto - saída da placenta MCD (1975)

Quando a placenta era expulsa, eu examinava-a detalhadamente, para ver se tinha ficado alguma membrana, ou se tinha algum vasinho sangrando. Às vezes dava tempo de fazer a episíio; outras vezes já rompia, aí rasgava tudo, podendo chegar até uma laceração até o reto, isto era muito ruim, pois para dar pontos era bem trabalhoso (VARGAS, 2004).

Logo após o nascimento do bebê ocorre a expulsão da placenta, que geralmente se processa de maneira natural.

5.3.4 Os cuidados no pós-parto

Segundo Rezende (1995), o quarto período de parto, Greenberg, é aquele da primeira hora após a saída da placenta, e é considerado um período perigoso; geralmente não é acompanhado pelo obstetra ou pela enfermagem, que utilizam os recursos terapêuticos (ocitócitos derivados do esporão do centeio ou ocitocina) e neles confiam para contrair o útero. Entretanto, Neme (1982) tem uma concepção diferente: por sua condição mais de biomédico, ressalta a importância da vigilância do estado geral da puérpera, com especial atenção para o controle do pulso e da pressão arterial. Sugere como rotina a permanência das puérperas na sala de pós-parto por duas horas ou mais, uma vez que, além de assegurar a vigilância de seu estado geral, permite controlar a hemostasia uterina, observando-se o sangramento vaginal e a retração uterina. Eis o relato das parteiras sobre os cuidados que costumavam prestar nesse período:



Foto 19 - Período de pós-parto: a parteira Maria Teresa entregando o recém-nascido para a puérpera na enfermaria (1963)

Quanto à placenta, às vezes pegávamos umas que demoravam a sair, outras acabavam não saindo, tendo que serem submetidas a uma curetagem com auxílio de anestesia dentro do centro cirúrgico. Outro caso que tínhamos que prestar muita atenção eram as atonias uterinas que ocorriam principalmente com multíparas, e isto ocorria depois da saída da placenta, então aplicávamos a Pitruitina¹⁰ que era um medicamento para contrair o útero. Lembro-me bem do Dr. Huri, ele era quem sempre mandava eu fazer essa medicação, e nós fazíamos no músculo e quando esse medicamento era feito então não ocorria atonia uterina. Eram casos perigosos que tínhamos que ficar atentas, pois muitas podiam ir a óbito (COAN, 2004).

Num caso de hemorragia, que a paciente vai chocando, os médicos mandavam aplicar o ergotrate intramuscular, a ocitocina na veia pra contrair o útero; a gente também punha um saquinho de areia em cima do útero, pra ir mais rápido a contração do útero. Algumas pacientes davam certo, mas outras tinham que subir pro centro cirúrgico (MARTINS, 2004).

Ocorria muito caso de atonia uterina na sala de parto e, às vezes, nas unidades, e a gente sempre botava um saquinho de areia em cima do útero para fazer uma pressão e ele contrair. E quando as pacientes iam para as unidades, a gente falava para as funcionárias terem cuidado com aquelas pacientes que sangravam muito, para evitar o choque (VARGAS, 2004).

Percebemos que as recomendações eram seguidas rigorosamente pelas parteiras, de acordo com a proposta tanto dos médicos que atuavam na prática, como aquelas referidas pela literatura. Esse período tão delicado era tratado também com muito cuidado e responsabilidade por parte dessas profissionais.

Finalmente, após a conclusão dos cuidados com as parturientes, com os recém-nascidos, com os materiais e instrumentais que eram utilizados, havia uma rotina de registros a ser seguida, como descreveu Martins (2004):

O parto era anotado num livro de registro, onde ia o nome da paciente, o

¹⁰ Medicamento semelhante ao ergotrate, auxilia na contração uterina após o parto (nota da autora).

tipo de parto, sexo do bebê, a hora e o nome do médico de plantão. Quando houvesse um óbito também era anotado nesse livro de registro ou de ocorrências. Além do livro de ocorrências, anotava também no prontuário da paciente.

Os registros de enfermagem são fundamentais porque possibilitam que dados e fatos sejam resgatados a qualquer momento, porque materializam a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e multiprofissional. Servem de fonte para pesquisa, promovem o intercâmbio de informações entre a equipe de enfermagem e outros profissionais da área da saúde e comprovam a qualidade da assistência/cuidado ministrado. Finalmente, os dados se constituem num documento legal em casos de auditoria e em outras situações jurídicas (COSENTINO, 2000). Permitem saber o que foi feito, como foi feito e por que foi feito.

5.3.5 Os cuidados com o bebê

Segundo Oliveira; Monticelli (1999, p. 63), entende-se por assistência imediata ao recém-nascido aquela prestada logo após o nascimento, ou seja, nas duas primeiras horas que se seguem ao parto. Essa assistência também é conhecida como procedimentos de “admissão” do recém-nascido e é realizada no Centro Obstétrico. Podemos ter uma idéia sobre a assistência que era prestada aos recém-nascidos pelas parteiras, através das seguintes falas:



Quando o bebê nascia, era bom ordenhar o cordão antes de cortar, passando todo o sangue pro bebê, assim ele recebia bastante sangue, depois pinçava e cortava o cordão umbilical uns três dedos e amarrava com um cordãozinho de algodão. Com o tempo, trocamos o cordãozinho pelo anel de borrachinha, borrachinha essa que era uma beleza e mais segura, colocava dois anelzinhos de borrachinha no cordão umbilical e depois entregava o bebê pra atendente. Quando o bebê nascia era mostrado pra mãe, ela não tinha contato com o bebê e nem dava de mamar, a atendente mostrava e botava do lado pra ela ver. Na época, a atendente limpava o rostinho, o narizinho, a boquinha bem limpinha com uma perinha de borracha pra tirar toda a secreção; às vezes o bebê nascia meio

Foto 20 – A parteira Florentina nos cuidados com o bebê na MCD (1979)

agoniadinho. A gente já atendia ali mesmo, usava até oxigênio. Depois dos cuidados, aí vinha a identificação, punha uma pulseirinha no braço e na perninha do bebê com o nome da mãe, carimbava o pezinho e o dedo polegar da mãe numa ficha com os dados do bebê. Tudo isso era feito na sala de parto num bercinho aquecido. Depois o bebê era levado pro berçário que ficava ao lado, ligado por uma janela. Nessa época não tinha pediatra pra examinar na sala de parto (MARTINS, 2004).

E se acaso os batimentos cardíofetais melhorassem então era feito o parto normal, e o mecônio era aspirado com uma sonda na hora do nascimento, para evitar que as secreções fossem para o pulmão. E se por ventura o bebê necessitasse de um cuidado maior, então o levávamos bem enroladinho para o berçário de alto risco que ficava no piso superior, através de uma escada externa. Quando o bebê nascia nós pegávamos, enxugávamos, cortávamos o cordão umbilical e entregávamos para a atendente (COAN, 2004).

Notamos que houve mudanças substanciais do período estudado (1967-1994) para os dias atuais. Já há longo tempo que os recém-nascidos não são mais aspirados por pêras de borracha, mas através de sondas nasais, como afirma Santos, 1999, p. 48:

Os bebês são colocados junto às mães, para serem amamentados precocemente, já na primeira hora após seu nascimento. Isso é importante, porque favorece um contato precoce mãe x bebê, a sucção estimula a liberação de ocitocina, ocasionando a descida do leite mais precocemente, aumentando as contrações uterinas e, conseqüentemente, abreviando o tempo de dequitação.

Essas rotinas foram sendo introduzidas pouco a pouco na Maternidade Carmela Dutra, como se nota na descrição de Santos, 1999, p. 106:

A partir de 1989 a OMS/UNICEF lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que consiste em uma importante campanha mundial que visa promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante a adoção de dez passos para o sucesso do mesmo, pelas maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos. Esta campanha foi lançada em 1990 e vem sendo implantada com sucesso tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

A MCD aderiu a essa campanha com sucesso, pois em 1996 recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança”, pelo seu papel de destaque na sociedade catarinense, reconhecido pela UNICEF.

Os cuidados com o recém-nascido eram realizados muitas vezes pela própria parteira, ainda dentro da sala de parto, para depois encaminhá-lo ao berçário. Atualmente esses cuidados vêm sendo feitos pelos residentes da pediatria

ou pelas auxiliares de enfermagem.

Durante as entrevistas realizadas, uma questão que foi bem enfatizada pelas parteiras, ao rememorarem o passado profissional na Carmela Dutra, foi o relacionamento que tiveram com os diferentes profissionais, médicos, enfermeiras e entre elas. Para melhor elucidar esses relacionamentos, apresentaremos a seguir algumas situações narradas pelas participantes.

5.4 As relações estabelecidas com os profissionais da equipe de saúde e enfermagem

Quando recordam as relações estabelecidas na Carmela, lembram das parturientes, dos partos, dos recém-nascidos, dos “causos”, mas principalmente das pessoas com quem trabalharam e com quem conviveram durante muitos anos. Com algumas, as relações foram especiais, de maior intensidade, de longa duração e que perduram ainda hoje, mesmo passados tantos anos. Outras, segundo elas, ficaram somente no nível profissional, sem grandes envolvimento; e havia aquelas que nem valia a pena lembrar. Essas relações ocorreram com diferentes profissionais, com as próprias parteiras, com os médicos e finalmente com as enfermeiras obstétricas que ingressaram na Maternidade na década de 80. Os relatos a seguir exemplificam alguns casos.

5.4.1 Com as parteiras

As relações entre as parteiras variavam. Algumas mantinham uma forte ligação afetiva e profissional, enquanto outras apresentavam alguns problemas, conforme fica evidente nas falas a seguir:

Quando eu entrei na sala de parto da Carmela, as parteiras que estavam lá me receberam muito mal, elas não aceitavam ninguém, porque era uma cúpula, né! Elas achavam que só elas é quem sabiam, elas não aceitavam outra pessoa. Foi assim de verdade, a Dona Ida não, mas até a Dona Sofia. Elas não me ensinavam nada, como que eu tinha de trabalhar, o ambiente aqui era outro. Antigamente era assim, mas eu nunca tive ciúmes das parteiras, porque eu era segura, né. Se eu era segura, porque que eu

ia ter ciúmes da minha colega? Parece que elas tinham ciúmes, sim. Elas não tinham enfermagem, elas iam direto, só na prática de parteira, mas eu tinha o auxiliar, eu tinha o conhecimento das coisas, eu era uma pessoa que me preparei, elas não queriam entender isso, e eu já tinha até o curso de parteira, aquele que eu fiz em Porto Alegre. Quem mais encrencava comigo era a dona Sofia [...] [...] elas não aceitavam a maneira como eu trabalhava. [...] há quarenta anos atrás, as parteiras eram muito egoístas, eram só elas, porque não tinha mais ninguém, não tinha enfermeira, não tinha obstetra, o médico ficava em casa, era a parteira que resolvia. Como tinha poucos médicos na Carmela, não existia nem doutorandos e nem residentes, por isso que as parteiras tomavam a dianteira e achavam que aquelas que já estavam ali é que sabiam tudo. Eu me dava muito bem com a turma de parteiras que entraram depois, aquelas que receberam treinamento na Carmela (MARTINS, 2004).

Quando eu entrei na sala de parto a relação que tivemos com as parteiras que já trabalhavam naquele serviço foi um pouco difícil de início, aparentando por parte de algumas, ciúmes por estarmos se juntando ao grupo. Pois ganhávamos a mesma coisa que elas que estavam naquele serviço há anos, e que pouca experiência tínhamos sobre parto. Elas percebendo tal situação, ficaram magoadas conosco, e se retraíram; conforme iam aparecendo as dúvidas, nós perguntávamos para elas que sabiam, mas elas falavam o mínimo possível; isto não eram todas, somente algumas. Essa situação não demorou muito, pois logo elas sentiram que a nossa presença só iria melhorar a qualidade do atendimento, além de facilitar que todas tivessem oportunidade de tirar suas férias, licenças, e até folgas, quando necessário (MACHADO, 2004).



Foto 21 – A parteira Florentina e suas colegas de curso na MCC (1953)

Provavelmente essas relações conflituosas ocorressem devido à chegada de pessoas estranhas ao ambiente e ao grupo. Esse grupo fechado era composto por poucas parteiras, com extensa experiência no serviço. Havia uma cumplicidade entre elas, e entre elas e os médicos. Por serem poucas e unidas, elas dominavam o

serviço, estabeleciam as normas, rotinas e os procedimentos.

No imaginário dessas parteiras, as pessoas estranhas que chegavam poderiam provocar certo rompimento, até mesmo desequilíbrio nas relações já estabelecidas. Afinal, os papéis já estavam previamente determinados, e a chegada dessas novas parteiras poderia romper o equilíbrio vigente no grupo, pelo longo e intenso tempo de convivência.

Além disso, por já estarem no serviço há mais tempo e dominarem as práticas do cotidiano, as antigas exerciam as atividades de forma adequada. As novas, além de seu menor conhecimento acerca da rotina do local, precisavam aprender o serviço com as parteiras mais experientes, sobrecarregando-as. E no fim do mês receberiam a mesma importância, pois não havia, na época, um plano de cargos e salários.

Cumprе ressaltar que uma das parteiras ingressantes trazia uma bagagem de novos conhecimentos, pois freqüentara dois cursos, o de auxiliar de enfermagem e o de parteira, na Santa Casa de Misericórdia em Porto Alegre. As parteiras antigas não sabiam até que ponto esses conhecimentos da ingressante não as colocariam em cheque, em situações embaraçosas e, até mesmo, descobrissem que elas já estavam ultrapassadas, superadas e que os seus saberes estavam aquém dos dela, por se tratar de um curso realizado numa cidade maior e de prestígio.

Por outro lado, nas relações entre parteiras não havia somente situações conflituosas, havia também reconhecimento das lideranças e da importância de ingresso das novas, como se deduz da narrativa de Vargas (2004).

A Valdéria era quem dividia a caixinha, ela era líder, bem extrovertida, falava bastante, mas era uma boa amiga. Mas pra falar a verdade a entrada das novas parteiras facilitou muito o nosso trabalho na sala de parto, porque dali por diante a gente ficava em duas parteiras e duas atendentes na admissão e sala de parto, além de ter mais gente para substituir as férias ou licenças.

Portanto, nem sempre as relações eram conflituosas. Algumas parteiras mantinham um relacionamento mais amável com as recém-chegadas, demonstrando aceitá-las no serviço. E até certa satisfação, por ter com quem dividir as tarefas do cotidiano, que não eram poucas, muito pelo contrário, eram infindáveis.

5.4.2 Com os médicos

Na sua rememoração, as parteiras entrevistadas referiram que as relações estabelecidas com os médicos, de forma geral, foram muito cordiais, especialmente porque muitos deles necessitavam aprender o saber-fazer do parto:

As parteiras tinham uma boa relação com os médicos. Os médicos que vinham fazer residência (R1), coitadinhos, aceitavam tudo que elas diziam e elas se achavam, por isso elas se davam bem com eles, muito bem (MARTINS, 2004).

Recordo-me também que eu ensinei muitos médicos residentes a fazerem partos, pois todo estudante de Medicina passava por nós, tanto os doutorandos como os residentes. Nós, parteiras, tínhamos que dar o diagnóstico, além de avaliar as pacientes. Os médicos sempre gostavam muito quando eu estava de plantão, pois eu era bem exigente e gostava da coisa certa (VARGAS, 2004).

Nós tínhamos muitos contatos com eles e sempre nos pediam para ensiná-los, pois ficavam ansiosos para saber cada vez mais; aí nós ensinávamos. O médico de plantão nem sempre podia estar com eles nos estágios, sendo que nós, parteiras, estávamos sempre na sala de parto. A relação que tínhamos com os médicos era exclusivamente de respeito mútuo, eu não era capaz de ofender sequer algum deles, mesmo sabendo que eles tinham a teoria, mas não tinham a prática. Muitos médicos gostavam de trabalhar com as parteiras, eles confiavam na gente, porque havia uma troca de necessidades que unia essa relação de trabalho, e esta era fiel, não tinha preço, não tinha hora, e nem interesse algum de valorização financeira (COAN, 2004).



Foto 22 – Os médicos e a irmã superiora Hortência, da Irmandade da Divina Providência em frente a MCD (década de 60)

O que se observa através dos relatos é que na sala de parto eram elas, as parteiras, que ensinavam os médicos, conforme suas necessidades de aprendizado confirmando o que Tornquist (2004, p. 93) diz:

No cenário hospitalar, lócus de aprendizagem dos médicos, quem ensinava eram as parteiras, ao contrário do que os médicos sempre referiram. Eles aprendiam com elas sobre os saberes de que não dispunham. Não os conhecimentos teóricos, nem os padrões de higiene e signos de civilidade, expressos em conhecimentos eruditos ou condutas ritualizadas, mas, sim, os saberes práticos, os segredos do corpo feminino, as famosas manobras *salvadoras* que até hoje são reconhecidas pela OMS. É o que argumentam historiadoras como Maria Lúcia Mott e Annyansi Brennes: era sempre junto às parteiras que os estudantes de medicina vinham adquirir a tão necessária experiência, a parte empírica do seu prestigioso, porém limitado, saber.

Por isso havia uma certa cordialidade, e até mesmo docilidade, dos médicos de um modo geral para com elas. Muitas vezes havia “troca de favores”, entre as parteiras e os médicos do serviço.

Eles davam muito apoio, chegavam até a dar uma cotinha para elas, como ajuda, por elas terem feito os serviços. Todo mês, cada médico dava uma gratificação e era dividido entre as parteiras (MARTINS, 2004).

Teve uma época em que somente alguns médicos davam uma caixinha, era uma quantia insignificante e que só durou por pouco tempo. Tão amados eram eles, amo tanto o Dr.[.]. A gente se dava muito bem com os médicos (VARGAS, 2004).

Essa caixinha tinha um valor muito especial para as parteiras, significando valorização, competência e reconhecimento dos médicos pelo trabalho delas, pois embora fosse da responsabilidade dos médicos, eram elas que acabavam muitas vezes fazendo. Em última análise, além de formalizar o reconhecimento profissional, essa caixinha ajudava bastante no orçamento doméstico.

Com o passar do tempo, as relações estabelecidas entre parteiras e médicos foram se modificando. Após ter incorporado os saberes práticos das mãos das parteiras, conforme Ehrenreich e English (1984), a classe médica centralizou todo o seu poder de conhecimento na área da obstetrícia. Atualmente, não são mais as parteiras que realizam os partos na Carmela Dutra, essa área ficou sob o domínio médico. Mas os partos e sua história permaneceram nas reminiscências¹¹ dessas mulheres e uma vez resgatadas e registradas ficarão para sempre acessíveis aos

¹¹ Aquilo que se conserva na memória; lembrança, recordação (FERREIRA, 1988).

eventuais interessados.

5.4.3 Com as enfermeiras

Segundo Borenstein; Althoff; Souza (1999), o ingresso da primeira enfermeira na MCD ocorreu em 1957, com a chegada da Irmã Cacilda (Otilie Hammes), pertencente à Congregação da Divina Providência, para coordenar o serviço de enfermagem. Depois dessa data, inúmeras outras enfermeiras foram admitidas: Coleta Rinaldi Althoff, Hercília Rosa Girardi, Elza Maria Pires, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Sonia Maria Castilhos, Margaret Hasse, Rita de Cássia Heinzen de Almeida Coelho, Beatriz Regina Silveira de Souza Pimpão, Marina Kuelkamp, Odalea Maria Brüggemann dos Santos, Nair Wensing, Edith Ilza Pfaffenzeller, Kleyde Ventura de Souza, Luciana Demetri Harger, Maria Goreti Rauling Rumpf, Odete Back, Rosana M. B. Farias, Heloisa H. Z. Ribas, Vitória Regina Petters Gregório, Carbajal F. Silvestrin, Neli Sílvia Andreatzi Canassa, Eliane Gonçalves de Souza, Maria Sebastiana Mota Machado, Vergínia Silveira Barbi Coan, Jaqueline Soar Cavalheiro Locks, Iracema Maria de Souza, Marta Mitterer, Anita de Souza, Nadir de Souza Figueiredo, Anelisse Daussen, Gislaine Mara Peruzzolo, Jaqueline de Souza, Andréa Aparecida C. Bastos, Silvana Janning Prazeres, Marly Denise W. de Aquino, Soraya Jeanine Ferreira, Suzana Ramos Koerich, Ana Aparecida Wolff Borges entre outras. Elas desempenharam e continuam desempenhando um trabalho de excelente qualidade. Entretanto, somente em 1985 é que ingressa no Centro Obstétrico a enfermeira Odalea Maria Brüggemann, que, diferentemente das anteriores, assumiu de fato e de direito esse espaço, até então supervisionado a distância pela Chefia do Serviço de Enfermagem da Maternidade. É esse marco inicial das relações de poder entre parteiras e enfermeiras no centro obstétrico, que notamos através do relato de Martins (2004).

Sabe que as parteiras mais antigas não gostavam das enfermeiras, quando essas entraram, porque elas tinham o poder na sala de parto, e mandavam na gente. Eu até gostei muito quando começaram a entrar as enfermeiras, porque elas punham ordem na sala de parto. As parteiras diziam assim: sem enfermeira a maternidade fica, mas sem parteira, não! Custou muito pra elas aceitarem, mas depois aceitaram, numa boa.

E ratificadas por Ward apud Osava, (1997, p. 32) a seguir.

As relações entre a emergente profissão de enfermagem e a milenar profissão de parteira não foram nada amistosas, em seus primórdios. Ward registrou que parteiras e enfermeiras hostilizavam-se mutuamente: as enfermeiras, vendo as parteiras com desdém, compartilhando a visão que a classe médica tinha delas: 'supersticiosas, ignorantes e pouco higiênicas'. E as parteiras, considerando as enfermeiras como 'um pouco mais do que servas da profissão médica'.

Os desentendimentos entre médico, enfermeira e parteira, no que tange ao trabalho desempenhado por eles na obstetrícia, durante muito tempo foram motivo de agressões verbais, desqualificando-se mutuamente as categorias, visando somente o poder de sua profissão. Mas as participantes desse estudo não citaram esse fato em seus depoimentos.

As relações de poder dentro do hospital se tornaram mais complexas com o surgimento dos cursos de enfermagem, criados a partir do final dos anos 60. Suas características de curso superior aproximam os enfermeiros dos médicos, e as antigas parteiras diplomadas passam a ser subalternas (TORNQUIST, 2004).



Foto 23- A enfermeira Odalea e a equipe de saúde na gincana da MCD (década de 80)

Embora alguns pequenos desentendimentos tenham ocorrido entre as enfermeiras e as parteiras diplomadas, nem tudo eram farpas naquele relacionamento, havia também ocasiões de grande amabilidade e respeito, conforme revela a fala das parteiras.

Eu me lembro da enfermeira Hercília que era chefe da sala de parto, eu a ensinei a fazer parto porque ela queria muito aprender, porque gostava de fazer parto e de trabalhar na sala de parto. Ela era muito eficiente, inteligente e honesta, coordenava muito bem o serviço. Uma enfermeira que trabalhou na sala de parto era a enfermeira Ana Maria. Ela era maravilhosa, um anjo de mulher, de bondade. Ela ensinava muita coisa para gente, nunca menosprezou ninguém, nunca quis ser mais do que ninguém, era uma pessoa humilde, querida, amada. A professora Leonita,

enfermeira competente, era enérgica, mas eu gostava dela e ela de mim, porque a gente se dava muito bem e gostava de fazer as coisas direito. A chefe da sala de parto era a enfermeira Odalea, ela era enfermeira obstétrica, ela era muito competente, meu Deus! (VARGAS, 2004).

A relação com as enfermeiras foi assim até que prejudicada, pois no começo não tínhamos uma enfermeira fixa na sala de parto, eu me lembro mais recente da enfermeira Odalea. Esta sim era boa, muito boa, ela entendia bastante, nunca tive problemas com ela (COAN, 2004).



Foto 24 – As parteiras Otília, Eunice, a enfermeira Hercília e atendentes de enfermagem na gincana da MCD (década de 80)

As enfermeiras catarinenses em 1964 já haviam pressionado, através da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção SC, para fechar a Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina, que funcionava na Maternidade Carlos Corrêa, alegando falta de condições de funcionamento, por não cumprir as exigências da Secretaria da Educação.

Na década de 80, a chefe do Serviço de Enfermagem da MCD, com respaldo na Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986¹², que determinava a

¹² A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, identifica quem são as parteiras, mas não especifica suas atribuições como se vê no seu Art. 9º: São Parteiras: I – a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959. II – a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta lei. Refere que as enfermeiras têm entre suas atribuições o direito de, como integrante da equipe de saúde: a assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera; acompanhamento da evolução e trabalho de parto e execução do parto sem distocia (CONSELHO

regulamentação do exercício profissional da Enfermagem, comunica às parteiras que a partir daquela data não poderiam mais realizar partos dentro da maternidade, por infringir a lei citada. Um ano depois de criada a lei, esta foi regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Esse fato é relatado por Vargas (2004) a seguir:

Quando disseram que não era mais pra nós fazermos parto, aí eu saí da Carmela. Naquela época, a chefe da enfermagem, foi ela quem disse isso pra nós. Disse que a gente não podia mais fazer parto, somente a enfermeira obstétrica e o médico [...]. Segundo ela me disse, que tinha uma lei proibindo as parteiras de fazerem partos, depois é que se criou o COREN, antes não existia. Ela não me mostrou a lei, só me disse. Isso me magoou muito na época e tenho essa magoa até hoje, mas não tenho raiva delas.

Esse fato, associado ao fechamento da Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina, teve conseqüências desastrosas para as parteiras, que não tiveram mais condições de exercer o seu trabalho no âmbito institucional. Simbolicamente essa lei foi caracterizada como um “golpe de misericórdia”, acabando definitivamente com o trabalho dessas profissionais não só na MCD como nas demais instituições hospitalares do país. A partir daí, essas profissionais passaram a desenvolver atividades afins. O que antes era de sua responsabilidade, acabou nas mãos das enfermeiras obstétricas por força da citada Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Aquelas parteiras que permaneceram na MCD passaram a desenvolver atividades afins até o ano de 1994, quando a última parteira da maternidade se aposentou.

As parteiras ao lembrarem o período em que trabalharam na MCD, demonstraram uma grande nostalgia, de um tempo que passou e que não volta mais e que teve um grande significado em suas vidas. Um tempo em que eram reconhecidas como profissionais, que tinham um papel de destaque na sociedade local. Exerciam poder nas atividades prestadas, eram parteiras e reconhecidas como tais. Afinal, faziam um trabalho digno de nota, “ajudavam a trazer seres humanos ao mundo”. Por elas passava a vida, ajudavam a dar vida, contribuía num momento de grande significado, tanto para a mãe, quanto para o pai, e também todos os outros membros da família.

As parteiras ao lembrarem o período em que trabalharam na MCD, demonstraram uma grande nostalgia, de um tempo que passou e que não volta mais e que teve um grande significado em suas vidas. Um tempo em que eram reconhecidas como profissionais, que tinham um papel de destaque na sociedade local. Exerciam poder nas atividades prestadas, eram parteiras e reconhecidas como tais. Afinal, faziam um trabalho digno de nota, “ajudavam a trazer seres humanos ao mundo”. Por elas passava a vida, ajudavam a dar vida, contribuía num momento de grande significado, tanto para a mãe, quanto para o pai, e também todos os outros membros da família.

6 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluído o estudo, acredito haver resgatado, por meio da memória, um pouco da história das parteiras na MCD durante o período de 1967 a 1994, desvelando a sua formação, seus saberes/fazer, as práticas realizadas na atenção ao parto e ao nascimento e, inclusive, nos cuidados com o recém-nascido. Foi possível também visualizar como se estabeleceram as relações profissionais entre as parteiras e os demais profissionais no centro obstétrico.

A realização deste estudo constituiu-se em um momento ímpar em minha trajetória, tanto profissional como pessoal, pois o que era inicialmente um sonho tornou-se realidade, uma realidade construída a partir de memórias. Tinha como intenção dar “voz e vez” a essas mulheres que tanto fizeram, contribuíram e se comprometeram com a obstetrícia na instituição. Como enfermeira obstétrica, eu reconhecia o significado do trabalho que elas desenvolveram, daí a minha necessidade de registrar “os fatos, os feitos e os efeitos” dos seus trabalhos. Dessas mulheres, assim como de outras parteiras, embora tivessem tido um papel de destaque na instituição e na comunidade local, pouco ou quase nada havia sido registrado. Os trabalhos existentes (RÉCHIA, 2001; COSTA, 2002; TORNQUIST, 2004) dão conta de estudos desenvolvidos fora desse contexto hospitalar, dando ênfase às parteiras que atuavam mais em domicílio e até mesmo em outra instituição privada similar, localizada na cidade de Florianópolis.

Segundo Fox-Genovesi (1982), enquanto os homens estavam desempenhando os grandes feitos, construindo as instituições, produzindo os bens e culturas, governando os povos, e geralmente ocupando-se dessas atividades a que acostumamos chamar de história, as mulheres estavam trazendo mais homens ao mundo, para fazer história e trazer mais mulheres para permitir que eles a fizessem. Em geral, eles construía uma história sobre homens. Ao longo da história da humanidade têm sido registrados os grandes fatos, os grandes feitos dos vencedores, enfim, dos grandes homens.

Mais recentemente, a partir da nova história, criada na França na década de

20 do século passado (BURKE, 1992), tem havido um movimento, uma preocupação com a história dos oprimidos, ou seja, de operários, negros, velhos e mulheres (PERROT, 1992; BOSI, 1998; SCOTT, 1992). Por esse motivo, escrever sobre as parteiras, com base em suas próprias memórias, é válido e pertinente, e só foi possível com a utilização da técnica da História Oral (HO).

Dependendo da orientação do trabalho, a HO pode ser definida como método de investigação, como fonte de pesquisa, ou ainda como técnica de produção e tratamento de depoimentos gravados. Neste estudo, sua utilização permitiu que as memórias de quem vivenciou histórias de vida carregadas de sentido, significados e emoções, em certo período de tempo fossem no exercício de uma profissão resgatadas com a colaboração das participantes através do seu próprio testemunho.

As entrevistas seguiram uma seqüência lógica, e a cada uma delas sentia-me diferente, como se uma espécie de metamorfose atuasse em todo o meu ser. À medida que as entrevistas terminavam, eu saía cheia de energia, como se estivesse sonhando e ao mesmo tempo vivenciando aqueles fatos narrados. É interessante essa sensação de êxtase que me envolvia. Além de contar suas experiências, essas mulheres estavam preocupadas com a apresentação do seu vestuário, do seu linguajar, da arrumação da casa para me receber e da seqüência dos fatos a serem relatados, além do receio de não lembrar mais do passado. Um passado, nunca mais explorado, não mais tocado, apenas fazendo parte de suas lembranças adormecidas, como se estivessem num arquivo morto.

Paraphraseando Bosi (1999, p. 39), [...] freqüentemente, as mais vivas recordações afloram depois da entrevista, na hora do cafezinho, na escada, no jardim, ou mesmo na despedida no portão. Muitas passagens não foram registradas, pois foram contadas em confiança, como confidências, continuando a escutar outro tanto e ainda mais, um sem-fim. As lembranças puxavam outras lembranças... seria necessário um escutador infinito.

Muitas vezes sentia-me constrangida em finalizar nosso encontro, pois mais do que a história contada havia as emoções que se exacerbavam, os sentimentos de alegria e tristeza. Momentos de alegria, por poder reviver um passado considerado glorioso, em que a narradora era a protagonista, e momentos de tristeza por ser um passado, algo que não voltaria mais. Enquanto eu escutava

aqueles relatos, eu não era somente uma enfermeira pesquisadora, mas uma cúmplice, companheira de uma viagem, era parte integrante, com duplo privilégio: dar voz a essas parteiras e com elas reviver momentos de intensa emoção.

A história oral tornou possível focalizar o período em análise com a transparência necessária ao estudo, pois apenas a utilização de fontes documentais ou qualquer outra seria insuficiente, árido e não-abrangente. Isso só foi possível porque as narradoras guardaram na lembrança muitas vivências daquela época e concordaram em evocá-las, tornando-as disponíveis para este trabalho. Certamente essas parteiras expuseram suas informações e sentimentos porque se sentiam parte daquela instituição onde se realizaram como profissionais e à qual dedicaram suas vidas. Tais sentimentos lhes permitiram conservar essa proximidade, que mantém vivas as lembranças.

Sanna (2002) refere que à primeira vista o ato de lembrar pode parecer fácil, descomprometido e prazeroso, mas nem sempre é assim. Não é possível controlar a memória dos sentimentos e, às vezes, ao relembrar o passado, pode-se viver intensa dor, frustração e tristeza. Mesmo a lembrança de um tempo feliz pode provocar saudades. Lembrar para dizer ao outro é um ato de prodigalidade, em que uma geração se doa à seguinte, para permitir a ambas reconhecerem-se como parte da humanidade.

É importante também estar atento àquilo que não está sendo dito, e a considerar o que significam os silêncios. Eles podem expressar uma imensa gama de significados que o pesquisador deve buscar compreender, ler nas entrelinhas.

A abertura com que as entrevistadas compartilharam seu passado profissional na Carmela Dutra permitiu perceber os seus vários níveis de empoderamento, no que se refere ao saber/fazer explicitado durante os vários momentos do trabalho de parto e também nos cuidados com os recém-nascidos. Era um verdadeiro trabalho autônomo, independente, em que as avaliações clínicas das parturientes consideradas dentro da normalidade eram realizadas, e os procedimentos subseqüentes, também. Esses procedimentos dispensavam qualquer interferência de outro profissional, fosse ele médico ou enfermeira obstétrica. E não se limitava apenas aos diversos momentos do parto, abrangia os cuidados com o recém-nascido, pois na época não havia médicos pediatras nem neonatologistas para atendê-lo. Inicialmente eram as próprias parteiras que assumiam tais cuidados.

Além das questões relativas à assistência, observa-se ainda o papel desempenhado pelas parteiras no ensino, por ocasião do ingresso das “novatas” e até dos doutorandos e residentes que necessitavam aprender as rotinas da sala de parto. Sem dúvida nenhuma, esse foi um período relativamente longo e glorioso em que as parteiras foram protagonistas quase exclusivas da sala de parto e de sua história na Carmela Dutra.

Mas tal poder não se manteria indefinitivamente. Entre os relatos constantes deste estudo, talvez o ponto mais emocionante, triste e crítico tenha sido quando uma das participantes mencionou a proibição de realizar partos na Carmela Dutra a partir da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, em 1986, admitindo inclusive sua renúncia a permanecer na instituição daquele momento em diante.

Os resultados obtidos neste estudo mostram claramente que a formação, os saberes e os fazeres das parteiras durante o período estudado (1967-1994) tiveram um papel importante e contribuíram para que a instituição fosse reconhecida pela sociedade, não somente em termos de assistência, mas como principal pólo de ensino e pesquisa. Embora as parteiras tenham perdido a possibilidade de exercer sua profissão em decorrência de os médicos se haverem apropriado dos seus saberes, e porque as escolas de enfermagem, na década de 60, abriram espaço para a formação de enfermeiras obstétricas, durante longo tempo elas foram as principais responsáveis pelo nascimento de bebês em diferentes regiões do mundo.

Considero que o presente estudo poderá contribuir para a reflexão dos diferentes profissionais da área da saúde, em especial aqueles ligados com parto e nascimento. Documentar essa história não servirá somente para lembrar o trabalho desenvolvido pelas parteiras, mas principalmente para mostrar o envolvimento e a afetividade que elas dispensavam às parturientes, além de constatar que o trabalho representava não apenas uma forma de sobrevivência, mas fundamentalmente de realização pessoal e profissional.

Finalmente, considero que este trabalho terá um valor inestimável, especialmente para aqueles que estão ligados direta ou indiretamente à MCD, e que desejem conhecer mais sobre as parteiras e o trabalho que elas desenvolveram na instituição, num passado relativamente recente. A importância deste estudo reside exatamente no fato de ter sido construído com base nas pessoas que viveram a história e que a fizeram acontecer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AMADO, Janaina. A Culpa nossa de cada dia. In: PERELMUTTE, Daisy; ANTONACCI, Maria Antonieta (Org.). **Ética e história oral**. São Paulo: [s.n.], 1997. p. 145-156.

ANUÁRIO CATARINENSE, Florianópolis, ano 8, p. 172, 1955.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.7,n.3, p.87-93, jul. 1999.

BEAUVALKET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo?. **Rev. Est. Fem.**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 403-413, jul./dez. 2002.

BESSA, Lucineide Frota; FERREIRA, Sílvia Lúcia. **Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural**. Salvador: GRAFUFBA, 1999.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind. **O cotidiano da enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1953 a 1968**. 2000. 160 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind (Org.). **Hospitais da Grande Florianópolis: fragmentos de memórias coletivas**. Florianópolis: Assembléia Legislativa, 2004.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind; ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Pesquisando o passado. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 144-149, abr./jun. 1995.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind; ALTHOFF, Coleta Rinaldi; SOUZA, Maria de Lourdes (Org.). **Enfermagem da UFSC: recortes de caminhos construídos e memórias 1969-1999**. Florianópolis: Insular, 1999.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Enfermagem, legislação e assuntos correlatos**. Rio de Janeiro: Artes Gráficas da Fundação Serviços de Saúde Pública, 1974. 3v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

BRENES, Anayansi Corrêa. História da parturição no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p.135-149, abr./jun. 1991.

BUENO, Francisco da Silveira. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 11. ed. Rio de Janeiro: FAE, 1992.

BURKE, Peter. **A escrita da história**. 2. ed. São Paulo: UNESP, 1992.

CAMPANHOLE, Adriano; CAMPANHOLE, Hilton Lobo. **Consolidação das leis do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1990.

CAPANEMA, Army Candemil. **Memórias de Army**. Florianópolis, 18 nov. 2005. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a Miriam Süsskind Borenstein.

CAPARROZ, Sueli Castilho. **O Resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada**. Joinville: Editora Univille, 2003.

CARVALHO, Amália Correa de. **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**: resumo histórico, 1942 – 1980. São Paulo: USP, Escola de Enfermagem, 1980.

CENTRO DE ESTUDOS CULTURA E CIDADANIA. **Uma cidade numa ilha**: relatório sobre os problemas sócio-ambientais da Ilha de Santa Catarina. Florianópolis: Insular, 1996.

COAN, Florentina Cardoso. **Memórias de Florentina C. Coan**. Florianópolis, 9 out. 2004. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a Neli Sílvia Andreazzi Canassa.

COELHO, Alcides Rabelo. **O urbano e o sanitário na globalização**: estudo das questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis–SC. 1998. 385 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Legislação sobre o exercício da enfermagem**. Florianópolis, 2004.

CONSONI, Roldão. **Fundação da Faculdade de Medicina de Santa Catarina**: reminiscências e dados históricos. Florianópolis: UFSC, 2005.

CORRÊA, Carlos Humberto Pederneiras. **História oral**: teoria e técnica. Florianópolis: UFSC, 1978.

COSENTINO, Susane Flores. **Registros de enfermagem**: ressaltando a sua importância através de uma prática educativa. 2000. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues da. **Memórias de parteiras**: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. 2002. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

DAMÁSIO, Antonio R. **Le sentiment même de soi**: corps, émotions, conscience. Paris: Odile Jacob, 1999.

DELASCIO, Domingos; GUARIENTO, Antonio. **Obstetrícia normal Briquet**. 3. ed. São Paulo: SARVIER, 1987.

DONAHUE, M. Patrícia. **Historia de la enfermeria**. Espanha: DOYMA, 1993.

EHRENREICH, Bárbara; ENGLISH, Deirdre. **Brujas, comadronas y enfermeras** – historia de las sanadoras. Barcelona: Lasal, 1984.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1995.

FOX-GENOVESI, Elisabeth. Placing women's history in history. **New Left Rev.** , n. 133, p. 5-29, May/June 1982.

GHIORZI, Ângela da Rosa. **Entre o dito e o não dito**: a percepção à expressão comunicacional. Florianópolis: [s.n.], 2004.

HASSAUER, Werner. **O Nascimento da individualidade**: a gênese humana e a moderna obstetrícia. São Paulo: Antroposófica, 1987.

INAUGURAÇÃO da Maternidade Carmela Dutra. **A Gazeta**, Florianópolis, p. 1, n. 5003, 3 jul. 1955.

INAUGURAÇÃO da Maternidade Carmela Dutra. **Diário da Tarde**, Florianópolis, p.1, n 10115, 1 jul. 1955.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. rev e ampl. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

JORGE, Dilce Rizzo. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri – UFRJ, 1975.

KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. **O Martelo das feiticeiras**. 9. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 2. ed. São Paulo: UNICAMP, 1992.

LE VEN, Michel Marie; FARIA, Érica de; SÁ MOTTA, Miriam Hermeto de. História oral de vida: o instante da entrevista. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von (Org.). **Os desafios contemporâneos da história oral**. Campinas: UNICAMP, 1997. p. 213.

LEE, Jan L. The historical method in nursing. In: SARTER, Bárbara. **Path to knowledge and innovative research methods for nursing**. New York: Nacional League for Nursing Pub., 1988. p. 5-15.

MACHADO, Maura Felicidade. **Memórias de Maura Felicidade Machado**. Florianópolis, 14 out. 2004. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a Neli Sílvia Andreazzi Canassa.

MARANHÃO, Josué. Última instância - os bingos, Dona Santinha e a Mamma. Disponível em: <http://ultimainstancia.ig.com.br/colunas/ler_noticia.php?idNoticia=19864>. Acesso em: 13 nov. 2005.

MARTINS, Maria Teresa Fernandes. **Memórias de Maria Teresa Fernandes**

Martins. Florianópolis, 18 nov. 2004. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a Neli Sílvia Andreazzi Canassa.

MAUAD, Ana Maria. História, iconografia e memória. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von (Org.). **Os desafios contemporâneos da história oral**, Campinas: UNICAMP, 1997. p. 309-320.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MONTICELLI, Marisa. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do Nascimento Hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

_____. Assistência ao recém-nascido no alojamento conjunto. In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odalea Maria Brüggemann (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. Textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p. 82-89.

MONTICELLI, Marisa; OLIVEIRA, Maria Emília. Assistência de enfermagem ao recém-nascido no centro obstétrico. In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odalea Maria Brüggemann (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. Textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p. 56-73.

MOTT, Maria Lúcia. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 108, p. 133-160, nov. 1999.

NEME, Bussâmara. Assistência ao parto – 4º período – assistência clínica ao parto. **Femina**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 188-94, mar. 1982.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PERROT, Michelle. **Os excluídos da história: operários, mulheres, prisioneiros**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem – Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLLACK, Michael. Memória e identidade social. **Est. Hist.**, Rio de Janeiro, v. 5, n.10, p. 200-215, 1992.

RÉCHIA, Karen Christine. Das senhoras dos repolhos e das roças: ou de como nasciam os bebês. In: MORGA, Antônio Emílio (Org.). **História das mulheres de Santa Catarina**. Chapecó/SC: Argos, 2001a. p. 92-119.

_____. **Lembranças Íntimas de minha avó: partos, parteiras e outras histórias em Treze de Maio – SC**. 2001. 161 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001b.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SAEKI, Toyoko; REINALDO, Telma Bonifácio dos Santos. O uso da história oral na pesquisa em enfermagem psiquiátrica: revisão bibliográfica. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 5, n. 2, p 65-70, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em :23 nov. 2005.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

SANNA, Maria Cristina. **História de enfermeiras gerentes**. Subsídios para a

compreensão de um modelo referência de organização de serviços de enfermagem no período de 1950 a 1980. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2002.

SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino. Alojamento conjunto. In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odalea Maria Brüggemann (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. Textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p. 76-82.

SANTOS, Odalea Maria Brüggemann. Mecanismo do parto. In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odalea Maria Brüggemann (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. Textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p. 52-56.

_____. Períodos clínicos do parto e assistência de enfermagem. In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odalea Maria Brüggemann (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. Textos fundamentais. Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p. 29-52.

SCOTT, Joan. História das mulheres. In: BURKE, Peter (Org.). **A escrita da história**: novas perspectivas. 2. ed. São Paulo: UNESP, 1992. p. 63-96.

SILVA, Regina Helena Alves. A Construção da memória e as lembranças de moradores. In: SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von (Org.). **Os Desafios contemporâneos da história oral**, Campinas: UNICAMP, 1997. p. 247-266.

SOBRAL, Vera Regina Salles. **A purgação do desejo**: memórias de enfermeiras. 1994. 149f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. **Maternidade**. Dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC /ABRASCO, 1995.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo

da França no período entre as duas guerras. **Rev. Est. Fem.**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 415-426, jul. /dez. 2002.

THOMPSON, Paul. **A Voz do passado**: história oral. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

TORNQUIST, Carmen Susana. **História das mulheres de Santa Catarina**. A mão e a luva: o processo de medicalização do parto e o corpo feminino em Florianópolis. Chapecó: Argos, 2001.

_____. **Parto e poder**: O movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 1v. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ática, 1987.

VARGAS, Otília Coan. **Memórias de Otília Coan Vargas**. São Miguel, 01 nov. 2004. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a Neli Sílvia Andreazzi Canassa.

VIEIRA, Maria Pilar Araújo; PEIXOTO, Maria do Rosário da Cunha; KHOUKY, Yara Maria Aun. **A Pesquisa histórica**. São Paulo: Ática, 1989.

WAECHTER, Eugenia H.; BLAKE, Florence G. **Enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

WOLFF, Cristina Scheibe; RÉCHIA, Karen Christine. Mulheres de Santa Catarina: vidas de trabalho. In: BRANCHER, Ana (Org.). **História de Santa Catarina**: estudos contemporâneos. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1999. p. 61-72.

WOOD, Geri LoBiondo; HABER, Judith. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ZIRBEL, Ilze. O fim de uma prática e o início de outra: substituindo parteiras por um

sistema médico-hospitalar. Disponível em:
<http://geocities.yahoo.com.br/izirbel/parteiras.html>. Acesso em: 18 fev. 2006.

APÉNDICES

Apêndice 01 - Roteiro de Entrevista.

1 - Nome:

2 - Idade:

3 - Filiação:

4 - Estado Civil:

5 - Natural / Local de residência:

6 - Formação:

7 - Como ocorreu seu ingresso na MCD?

8 - Em que ano?

9 - Como era a MCD?

10 - Quem era o Diretor?

11 - Quem era a Chefe do Serviço de Enfermagem?

12 - Em que local passou a trabalhar?

13 - Que práticas realizavam?

14 - Como era a assistência prestada?

15 - Com quem aprendiam as atividades?

16 - Quem eram os profissionais que lá atuavam?

17 - Como eram as relações com a equipe médica?

18 - E com os demais profissionais?

19 - Como eram as relações com as outras parteiras?

20 - Como eram as relações com as enfermeiras

21 - Quem vocês atendiam?

22 - Como eram as parturientes?

23 - Quais eram os cuidados com as gestantes?

24 - Quais os cuidados que prestavam aos recém-nascidos?

25 - Quais os aspectos mais importantes que ocorreram na época?

26 - O que você gostaria de falar a respeito?

27 - Como eram tratadas?

28 - Como eram as condições de trabalho?

29 - Como eram o horário, as férias, o salário e as folgas de trabalho?

30 - Como se sente ao ser procurada para falar sobre as suas experiências como parteira?

Apêndice 02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Neli Sílvia Andreazzi Canassa, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Memórias de parteiras: a trajetória profissional na Maternidade Carmela Dutra (1967 – 1994)”**, que tem como objetivo: Historicizar a trajetória profissional das parteiras da MCD de Florianópolis / SC, no período de 1967 a 1994. A importância deste estudo está fundamentada na necessidade de conhecer e compreender o passado profissional das parteiras, do seu saber fazer, da sua prática no cotidiano dessa maternidade pública de Florianópolis, e também pela falta de registros que certifiquem a sua existência e sua participação ativa. Tenho a convicção de que o estudo proposto atenderá não somente às minhas inquietações, como também, oportunizará a sociedade catarinense desvelar a historicidade das parteiras de uma maternidade, onde várias gerações de mulheres foram assistidas durante um momento importante de suas vidas, o nascimento de seus filhos. A sua colaboração consiste em participar das entrevistas. Serão garantidos: privacidade, sigilo de todas as informações; o nome do informante aparecerá se ele assinar este termo, assim como o uso de imagens fotográficas e gravação de seu relato; tem total liberdade para desistir da pesquisa no momento que desejar. Para qualquer dúvida ou necessidade de contato você poderá me encontrar nos telefones (48) 99146260, (48) 3334-0984 e e-mail: nelicanassa@hotmail.com

Neli Sílvia Andreazzi Canassa

Assinatura do Pesquisador

Dra. Miriam Süsskind Borenstein

Assinatura do Orientador

Eu, _____ esclarecido (a) sobre a pesquisa **“Memórias de parteiras: a trajetória profissional na Maternidade Carmela Dutra (1967–1994)”**, concordo em participar desta pesquisa e estou ciente de que os dados coletados na entrevista serão utilizados para esta pesquisa e outras pesquisas científicas.

Florianópolis, _____ de _____ de 2004.

Assinatura: _____ RG: _____

Apêndice 03 – Compartilhando as histórias das parteiras

Memórias de Maria Teresa Fernandes Martins



Foto 25 - Maria Teresa sentada no Hall do Ambulatório da MCD, 2004

Meu nome é Maria Teresa Fernandes Martins. Lembro-me como se fosse hoje, quando minha mãe dizia, que eu havia nascido numa pequena cidade chamada Aratingaúba, município de Imaruí às oito horas da manhã, do dia doze de outubro de 1939. Já se passaram sessenta e cinco anos e desde então, sempre fui pequenina. Tomaz Fernandes Valentim era o nome de meu pai e Antonieta Custódia da Silva Martins era o nome de minha mãe. Recordo desde a infância, quando vim para Florianópolis em busca de um sonho, que era ser freira. Fiz meus estudos no Colégio Coração de Jesus até completar o segundo grau e também o curso de Auxiliar de Enfermagem. A Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenuta foi inaugurada em mil novecentos e cinquenta e nove e reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Estudei na primeira turma do curso, durante dois anos. Essa escola ficava ao lado do Colégio Coração de Jesus, onde tínhamos aulas teóricas e práticas. Depois de alguns anos o curso passou pra um ano. Naquele tempo, eram pouquíssimas as irmãs que davam aula no Colégio Coração de Jesus, as que me lembro eram: a irmã Cacilda, a irmã Zita e a irmã Flérida. Lembro-me bem da irmã Cacilda, que era enfermeira e dava aulas pra gente. Era morena, alta, bem enérgica e durona, costumava usar roupas brancas com véu na cabeça, não dava nem pra ver os cabelos. Ela gostava muito que a gente aprendesse decorando, tinha que ser tudo como ela tinha dado. Depois do Auxiliar, fui pra Porto Alegre fazer o Curso de Parteira na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em 1963. O curso de parteira tinha duração de um ano com aulas teóricas e práticas diárias. Lembro-me muito bem, e com entusiasmo, da professora Leonita, que foi uma professora bem competente e enérgica, mas que era uma grande profissional. Ensinou-me muita coisa, e depois acabamos nos encontrando na Carmela, quando lá fui trabalhar na sala de parto. Ela foi freira em Porto Alegre, deixou a congregação, veio para cá dar aula na UFSC. Nesta instituição, ela dava aulas para as alunas da Graduação de Enfermagem na sala de parto da Carmela. Ela se paramentava todinha, explicava o porquê e a razão de

cada coisa, ela era muito competente, eu gostava muito dela, né. Ela trouxe tudo de berço, de fazer tudo certinho. Meu ingresso na Carmela foi através de concurso público, que prestei na Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC). Entrei na Carmela no dia primeiro de maio de 1977, como auxiliar de enfermagem. É isso que está na minha carteira de trabalho. Antes de trabalhar na Carmela, eu já tinha trabalhado em Tubarão, como parteira. De lá eu vim pra cá, me chamaram porque estavam precisando de parteiras na sala de parto. No começo as pessoas olhava-me meio de lado, porque pensavam que eu não sabia nada, pois eu era pequenina, mas eu sabia! Lembro-me de um fato, quando uma paciente ficou a noite inteirinha no pré-parto, era uma apresentação de face e com dilatação completa. Tocaram, tocaram essa paciente e não viram que era de face, aí quando eu cheguei, toquei a paciente e logo percebi que se tratava de uma apresentação de face e que era uma primípara. Passei o plantão pra médica que assumiu o plantão naquele turno, aí ela me perguntou: onde é que tu trabalhasses menina? Ela com aquele jeito todo cheio de regras, e também não me conhecendo, chegou até a me elogiar. Aí eu contei-a sobre minha formação, ela examinou a paciente e disse: é mesmo, sobe já pra cesárea! Ninguém tinha passado quem eu era, e eu a enfrentei logo de cara, né, aí depois pronto [...]. Nessa época, o diretor da MCD era o Dr. Hamilton Vasconcellos, na sua primeira gestão. Por incrível que pareça, nessa época, não havia enfermeiras, somente auxiliares de enfermagem que eram as responsáveis pelos postos de enfermagem. Depois é que veio uma enfermeira, uma moreninha que eu não me lembro mais o nome dela, ela veio transferida. Soube mais tarde que ela tinha morrido de acidente. Depois veio uma enfermeira chamada Doraci, que trabalhava no Hospital Celso Ramos, ela não era chefe de enfermagem, ela estava ali apenas ajudando na enfermagem, pois como estava fazendo um curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho e precisava trabalhar seis horas, então veio para a Carmela durante o período do curso. A Carmela era a única que tinha esse período disponível, mas ao término desse curso, ela retornou ao Celso Ramos. Quando cheguei na Carmela, as freiras já tinham saído, isso deve ter ocorrido lá por 1970. Muitas delas trabalharam ali, tanto na área administrativa, como na assistência de enfermagem. O berçário foi meu primeiro local de trabalho, logo em seguidinha, fui pra sala de parto, que eles queriam fazer uma experiência comigo, pra ver se eu sabia trabalhar mesmo. Sabe, naquela época a gente fazia quase tudo na sala de parto; admitia paciente, preparava quando a atendente não estava, fazia tricotomia, fazia o toque, a ausculta, via a pressão, fazia a escrita, fazia enema, fazia tudo na admissão. A gente dividia; ficava uma parteira na admissão e outra na sala de parto. Na, sala de parto, a gente também fazia de tudo, controlava o batimento cardíofetal, o tal do BCF, fazia parto, pois muitas vezes os médicos estavam ocupados. Estava me esquecendo que quando a paciente chegava na admissão, eu tinha o costume de mandá-la pro banheiro pra esvaziar a bexiga, pra depois fazer o exame bem feito, e assim eu dizia: Olha, se tiver vontade de fazer xixi faz, tá! Depois eu examinava, via como é que estava e se tinha dúvida, então chamava o médico pra avaliar, pois a partir dali a responsabilidade era toda dele. Isso de chamar o médico era costume das antigas. Eu fazia, porque todo mundo ali fazia e o médico de plantão sempre recomendava. Olha, quando a paciente estava no pré-parto e em trabalho de parto, eu sempre ensinava a fazer a respiração cachorrinho, e quando viesse a contração, pra ficar de lado direito, que era bom para o coraçãozinho do nenê, para a circulação. Isso eu estou te contando como eu controlava, mas cada uma tinha o seu jeito, né! Já a medicação era prescrita pelo médico e feita por nós. Às vezes, a paciente até tinha uma dinâmica fraca, outras tinham bem irregular. Eles medicavam muito, passavam na papeleta soro com ocitocina, na época, não sei se mudou, mas era cinco unidades de

ocitocina em quinhentos ml de soro glicosado. A gente preparava tudo, fazia bem lentinho. Aí ficava controlando a dinâmica pra ver como que ia ficar, porque quando dava resultado positivo, aí o colo dilatava que era uma beleza, aí a gente levava pra mesa e já nascia, isso era muito comum. Tinha algumas pacientes que já vinham com a bolsa rota, a gente perguntava quando que rompeu, pra ver quantas horas de bolsa rota. Mais de doze horas de bolsa rota era preciso ter cuidado por causa da infecção, eu sabia tudo isso! Dependendo do caso, o médico encaminhava ou não pra cesárea, e tinha uma outra que estava com a bolsa íntegra, aí eles pediam pra romper no pré-parto, ou então na mesa de parto. A gente botava a comadre e rompia no leite, tinha o rompedor de bolsa no bidê do leite do pré-parto. A gente fazia o rompimento da bolsa amniótica com sete para oito centímetros. Eu sentia que o bebê, na hora do parto, deslizava mais rápido, quando a bolsa era rompida na mesa ou um pouquinho antes de ir pra mesa, isso ajudava muito. Outra coisa importante no caso da bolsa rota era a cor do líquido amniótico, eu observava muito isso. Quando a bolsa já chegava rompida, eu observava, se era um líquido clarinho, se era amarelado, se era esverdeado, se era escuro, porque eu aprendi tudo isso, eu observava a cor e marcava tudo na minha ficha. Dependendo da cor, podia ser sofrimento fetal, porque o pélvico quando é sentadinho e tá adiantado já vem aquele mecônio¹³ escuro, mas se era cefálico e tinha esse tipo de líquido, podia ser um sofrimento fetal. A gente até pela ausculta, dava pra saber. Uma vez, eu tava atendendo uma paciente na admissão, ela chegou com dilatação adiantada. Aquela bolsa que quando fiz o toque ela estorou, eu não fui pra romper, mas estourou a bolsa e veio uma procedência de cordão que eu não pude sair dali. Como eu estava sozinha, fiquei gritando até que alguém apareceu. Aí eu disse pra chamar o médico rápido que era uma procedência de cordão, e eu continuava com os dedos na vulva, enquanto a gente fazia tricotomia bem rápida. Isso aconteceu comigo, acho que nunca aconteceu com ninguém, só comigo! Eu agüentei firme e não tirei o dedo dali. O cordão veio pra fora e eu empurrei pra dentro. Botamos na maca e eu continuava com o dedo ali. Fui até o centro cirúrgico. Sabe, se a gente não tivesse tido esse cuidado rápido, poderia ter ocorrido um óbito fetal, porque daí o sangue não passaria mais da mãe para o bebê através do cordão umbilical. Ah, tá vendo, eu ainda sei! Eu gostava muito da minha profissão, acho que era por isso que eu me aprofundava, eu fazia porque eu gostava, eu fiz obstetrícia e trabalhava porque eu gostava muito! Além da bolsa amniótica, a gente também tinha que ver a situação do colo após a colocação do soro, porque às vezes era assim, tinha quatro pra cinco centímetros, mas era colo grosso, tinha aquele colo médio, mas tinha o colo fino que dilatava bem rápido. Além disso, tinha que verificar o BCF, se acaso fosse cento e quarenta batimentos por minuto, então era normal, mas se fosse acima de cento e sessenta era taquicárdico e se fosse abaixo de cento e vinte era bradicárdico, aí a gente comunicava ao médico. Pra verificar o BCF a gente usava o pinard, depois de muito tempo é que veio o sonar, não me lembro quando, mas se não me enganou foi o Dr. Nazareno é que trouxe os primeiros pra admissão. Vou dizer uma coisa pra você, eu achava ótimo o sonar, porque a gente escutava mesmo um tum, tum bem alto e a paciente também. Já o pinard era só a gente que escutava, além disso, tinha que ficar concentrada pra escutar, porque às vezes era difícil, ainda mais se a paciente fosse obesa. Naquele tempo não tinha o ultra-som, não tinha nada. Eu fazia a apalpação no abdômen da paciente, pra saber qual lado o

¹³ Nome das primeiras fezes do recém-nascido eliminadas após o parto; consiste de secreções intestinais parcialmente ressecadas que se acumulam gradualmente no trato inferior. É de cor verde-acastanhado escura (WAECHTER; BLAKE, 1979, p. 157).

nenê estava com seu dorso, além da cabecinha e do pezinho, também o toque no colo uterino quando essa tinha dilatação. Isso pra saber se a apresentação era cefálica, face ou pélvica completa. A gente sabia se o nenê estava alto ou se tava encaixadinho, até pelo toque do colo podia saber se ele estava flutuando ou encaixado. Além da admissão e a sala de parto, a gente controlava as pacientes das unidades de tratamento, observação, pré-eclâmpsia, a gente que controlava o BCF e anotava no prontuário, se tivesse algum caso urgente, já avisava o médico e trazia a paciente pra admissão. Gostaria de falar uma coisa pra você, mas eu fico meio preocupada, acontece o que eu vou falar é verdade! Sabe, quando eu entrei na sala de parto da Carmela, as parteiras que estavam lá me receberam muito mal, elas não aceitavam ninguém, porque era uma cúpula, né! Elas achavam que só elas é que sabiam, elas não aceitavam outras pessoas, foi assim de verdade, a Dona Ida não, mas até a Dona Sofia. Elas não me ensinavam nada, como que eu tinha de trabalhar, o ambiente aqui era outro. Um dia eu fiz uma pergunta pra Dona Sofia: Sabe Dona Sofia, como é feita a admissão da paciente aqui na Carmela, porque em Tubarão é de um jeito, lá em Tubarão era assim, assim [...] e aqui como que é? Ela me respondeu assim: oh, menina, Tubarão é Tubarão, aqui é aqui! E não me ensinou nada, eu tinha que puxar por mim mesma, elas não me ensinavam como é que era o andamento do serviço. Antigamente era assim, mas eu nunca tive ciúmes das parteiras, porque eu era segura, né. Se eu era segura, porque eu ia ter ciúme da minha colega, parece que elas tinham ciúme, ciúme de mim. Eu tive que mostrar o meu trabalho para os médicos, pra eles acreditá em mim, como a Dr.a Helena e o Dr. Nazareno também. Depois elas ficavam dizendo: “Ah, a Maria Teresa faz um trabalho ótimo”, e não me aceitavam não sei assim o porquê, eu era auxiliar e naquele tempo elas achavam que a auxiliar não podia ser parteira, era só parteira, que era mais valorizada, né. Elas não tinham enfermagem, elas iam direto, só na prática de parteira, mas eu tinha o auxiliar, eu tinha o conhecimento das coisas, eu era uma pessoa que me preparei, elas não queriam entender isso, e eu já tinha até o curso de parteira, aquele que eu fiz em Porto Alegre. Eu trabalhava na sala de parto como parteira e ganhava como auxiliar de enfermagem, mas eles da Fundação Hospitalar não tinham me enquadrado ainda e as outras parteiras não queriam que eu entrasse no quadro delas. Depois de tanta discussão eles me enquadraram no dia primeiro de julho de 1979, só depois de dois anos. Quem mais encrencava comigo era a dona Sofia, a Valdéria não, ela não tinha feito nenhum curso de parteira e nem treinamento para trabalhar, só tinha prática. Eu me dava bem com a Otília, eu a valorizava porque ela sabia trabalhar, eu não tinha ciúmes das parteiras. Eu fui acostumada a aceitar as coisas tudo da maneira delas. Para mim, era aquele sacrifício, mas valia, eu tava passando por um sacrifício, mas eu pensei: um dia vai melhorar, eu tinha fé! E realmente melhorou, mas elas não aceitavam da maneira com que eu trabalhava. Durante o meu turno eu ficava atenta, prestava atenção em tudo que se passava, observava como elas e os médicos trabalhavam, e foi assim que fui adquirindo mais conhecimento. Sabe, eu sempre tive essa presença de espírito de observação, quando ia a algum lugar, logo já notava tudo que estava a minha volta e ainda continuo assim. Eu acho ótimo se todas as pessoas tivessem esse dom, seria muito bom. Com essa minha observação aguçada eu pude aprender muita coisa, pois há quarenta anos atrás, as parteiras eram muito egoístas, eram só elas, porque não tinha mais ninguém, não tinha enfermeira, não tinha obstetra, o médico ficava até em casa, era a parteira que resolvia. Nessa época, só tinha esses quatro médicos, o Dr. Huri Mendonça, o Dr. Faraco, o Dr. Valmor Garcia, o Dr. Hamilton Vasconcellos que faziam partos aqui, desses somente o Dr. Faraco já morreu. Também trabalhavam na Maternidade Carlos Corrêa e em outros serviços. Agora nem sempre estavam aqui na Carmela quando

havia partos, mas deixavam recados onde eles estavam. Aqui em Florianópolis ainda não tinha Faculdade de Medicina. Na década de 60, quando eu fiz o auxiliar, estava começando. Como tinha poucos médicos na Carmela, não existia nem doutorandos e nem residentes, por isso que as parteiras tomavam a dianteira e achavam que aquelas que já estavam ali é que sabiam tudo. Isso foi no começo, depois ficava um médico de plantão. Não é que eu esteja criticando, tá! Mas eu passei por isso, eu senti; elas achavam que só elas que sabiam! Se a gente entrasse, não sabia como elas, né, talvez não, mas eu também sabia! Quando havia alguma ocorrência que a gente não tinha como resolver, logo se ligava pro médico de plantão e ele vinha rapidinho ou dependendo da urgência já mandava pro centro cirúrgico. Sabe quando o caso era pra subir pro centro cirúrgico, a gente já punha a paciente na maca e nós mesmo levava com a roupa que estava, também levava as pacientes pra cama depois do parto, era tudo a gente. Naquela época não tinha a preocupação de uma paramentação específica pra sala de parto, eu que ia ao centro cirúrgico e pedia uma roupa igual à delas e ficava com ela o dia inteiro, usava o gorrinho, a máscara e também o propé. Eu aprendi assim, e eu fui criticada quando usava. Eu explicava pra elas que eu usava aquela roupa para me proteger, eu estava me cuidando, como também era bom, né. Uma vez eu fui fazer um parto, como era pequenina, acabei tomando um banho de líquido amniótico, pois a bolsa amniótica havia rompido espontaneamente ali na cama, porque veio tudo em cima de mim, ainda bem que estava com um avental ainda por cima, porque naquela época não tinha roupa esterilizada pra fazer parto, só um avental de plástico que ficava pendurado. Depois disso, levei a paciente pra mesa. Na sala de parto ficava sempre uma atendente pra ajudar a parteira ou o médico, era ela quem fazia os cuidados com o bebê e a gente cuidava da paciente. Quando eu cheguei na sala de parto tinha uma atendente chamada Dona Nair, muito querida e muito trabalhadeira. Só depois de muito tempo, aí sim, vieram os pacotes de parto. Com o pacote de parto completo facilitou o nosso trabalho era só abri-lo na hora do parto na mesinha de material. A professora Leonita, da UFSC, insistiu tanto nisso até que fizeram. Antes não havia uma roupa própria pra se usar na sala de parto, somente um avental plástico pra fazer o parto e que todos usavam. Aí era bom, a gente já vestia tudo pra fazer o parto, eu adorava, né! Também fizeram uma roupa própria pra se usar dentro de local fechado, então se usava na sala: calça, camisa, propé e o gorro; e na hora do parto, a gente escovava e enxugava as mãos, botava o avental de plástico e por cima o avental esterilizado bem gostoso de manga comprida e depois a luva. Ficava bem protegida, era muito bom, eu me sentia muito bem. Isso ocorreu mais ou menos na década de oitenta e pouco. Eu acho que depois foi modificando. Eu conversava muito sobre isso com a Dona Leonita. Depois foram chegando as enfermeiras, aí elas organizaram melhor os instrumentais e as roupas de parto. Lembro-me bem das parteiras que estavam naquela época, eram: a dona Ida, dona Sofia, que já faleceram, depois tinha a Otília, a Florentina, a Zilda e a Waldíria. Eu fui a sétima a entrar. Algumas fizeram o curso de parteira na Maternidade Carlos Corrêa, outras parteiras que já eram atendentes da sala de parto e do centro cirúrgico foram chamadas para fazer um treinamento em obstetrícia na própria Carmela com os médicos da instituição. Isto ocorreu devido à falta de parteiras. Algumas já estavam bem idosas, precisavam se aposentar, além disso, precisavam de mais parteiras para cobrir as férias, as faltas e as licenças. Eu me lembro dessas atendentes, que eram: a Maura e a Angelina, que vieram do Centro Cirúrgico; a Bernadete, a Eunice e a Lucimar, que eram da sala de parto. Em cada turno tinham duas parteiras: uma ficava na admissão e a outra na sala de parto. A gente levava a paciente pra sala de parto quando já tava na hora de nascer, botava na mesa, pedia pra ela deitar, colocar as pernas nas perneiras. Conforme ela ia se ajustando, eu ia

ensinando: segura no ferro quando vier a contração, respira fundo, enche o peito de ar, tranca a respiração e faz força pra baixo. Eu ensinava assim. As que eu atendia era uma beleza, porque eu orientava bastante! Quanto à assepsia, a gente fazia com auxílio de uma cuba com álcool iodado, na região perineal, depois a gente botava a perneira que antes não tinha nenhum protetor, mas depois começou a vir no pacote esterilizado. Vinham duas perneiras pra vestir as pernas da paciente, os campos pra botar em cima e embaixo, tudo certinho, enquanto isso ia orientando. Quando a gente assumia o parto tinha que fazer tudo, né! Fazia anestesia local com xylocaína e depois dava um piquezinho com a tesoura no períneo, que era bom pra quando o bebê tivesse coroadando, né, pra não sangrar muito, aí ela fazia força e o bebê nascia. Eu aprendi em Porto Alegre com o Dr. Silva, que quando o bebê nascia era bom ordenhar o cordão antes de cortar, passando todo o sangue pro bebê, assim ele recebia bastante sangue, depois pinçava e cortava o cordão umbilical uns três dedos e amarrava com um cordãozinho de algodão. Com o tempo trocamos o cordãozinho pelo anel de borrachinha, borrachinha essa que era uma beleza e mais segura, colocava dois anelzinhos de borrachinha no cordão umbilical e depois entregava o bebê pra atendente. Na época, a atendente limpava o rostinho, o narizinho, a boquinha bem limpinha com uma perinha de borracha pra tirar toda a secreção. Às vezes o bebê nascia meio agoniadinho. A gente já atendia ali mesmo, usava até oxigênio. Depois dos cuidados, aí vinha a identificação, punha uma pulseirinha no braço e perninha do bebê com o nome da mãe, carimbava o pezinho e o dedo polegar da mãe numa ficha com os dados do bebê, tudo isso era feito na sala de parto, num bercinho aquecido. Depois o bebê era levado pro berçário que ficava ao lado, ligado por uma janela. Nessa época não tinha pediatra pra examinar na sala de parto. Quando o bebê nascia era mostrado pra mãe, ela não tinha contato com o bebê e nem dava de mamar, a atendente mostrava e botava do ladinho pra ela ver. Mas eu aprendi no meu curso, que a mãe deveria ter contato com o bebê assim que nascesse e dar de mamar se pudesse, pra ele já ter um vínculo com a mãe. A janela do berçário ficava fechada e quando tinha bebê para passar, então a gente dava um toquinho e elas já sabiam que tinha um nascimento, e o bebê já tava pronto. Enquanto isso eu esperava a dequitação da placenta, pois não era pra ficar puxando, senão arreventava o cordão e as membranas ficavam tudo lá dentro. Daí eu esperava, e fazia bastante, bastante massagem na barriga da paciente, que logo ela vinha sozinha, a dequitação procedia normalmente. Eu tinha muito medo da dequitação, eu aprendi que era muito importante não só fazer o parto, mas muito cuidado na hora da dequitação. Depois eu fazia a episiorrafia, eu aprendi a fazer o ponto com o Dr. Silva que me ensinou, um ponto bem feitinho, o ponto da beleza, ninguém sabia fazer, só eu fazia, tudo isso eu aprendi lá em Porto Alegre. Teve até um elogio por parte do Dr. Murilo Motta, aquele que morreu de câncer, tadinho! Uma paciente dele falou no seu consultório, e depois me contou, que ele me elogiou a respeito da episiorrafia que eu tinha feito nela em seu parto. Ele comentou que a episio ficou uma verdadeira plástica de tão bem feita que estava. Sabe, isso me dá muito orgulho, de saber essas coisas, pois eu fazia bem feitinho, eu fazia questão de ficar bem certinho! A gente tinha duas salas para fazer parto, sendo que uma era mais usada que a outra, onde tinha a janela que dava acesso ao berçário. Quando tinha mais parto acontecendo junto, usavam-se essas duas salas, o próprio leito e uma sala no centro cirúrgico. Uma vez, a MCC fechou, e a gente quase ficou louca de tanto parto que deu, nasciam dois, três, numa hora só. A gente se virava, já tinha estudante na sala de parto, aí eles tinham que vir e fazer também, não dava tempo pra nada. Outra vez, ai de mim, faltou uma atendente na admissão e eu fiquei sozinha. Na sala de parto, ficou a outra parteira, o residente. O R2 foi atender uma cesárea no centro cirúrgico e o R1 ficou fazendo outro parto, na sala de

parto. Chegou uma paciente em franco trabalho de parto na admissão, aí eu tive que atender sozinha, nisso chegou uma paciente particular e esperou, esperou. Aí ela telefonou pro médico e disse que não tinha ninguém pra atender na admissão. Esse médico veio na admissão e me chamou a atenção injustamente, mas depois ele viu que eu tava sozinha, mais tarde ele mandou alguém me ajudar na sala de parto. Quando chegava esse tipo de parto, a gente nem fazia tricotomia, já pegava o pacote de parto e atendia a paciente e o bebê ali mesmo, na admissão. A admissão ficava no mesmo bloco que a sala de parto, mas com duas salas limpas pra atender as pacientes e outra sala pra procedimentos contaminados, ficava uma parteira e uma atendente pra atender a paciente. Nessa época era tanto parto, que chegava até a nascer no próprio leito da paciente, principalmente aquelas que eram múltiparas, a gente atendia ali e depois levava a paciente pra sala pra fazer a episiorrafia. Quando as pacientes chegavam em período expulsivo e era múltipara, nem rotura no períneo tinha, mas quando era primípara, aí tinha que ser rápido pra dar anestesia e fazer episiotomia, aquele cortezinho. Sabe que as parteiras mais antigas não gostavam das enfermeiras, quando essas entraram, porque elas tinham o poder na sala de parto, e mandavam na gente. Eu até gostei muito quando começaram a entrar as enfermeiras, porque elas punham ordem na sala de parto. As parteiras diziam assim: “Sem enfermeira a maternidade fica, mas sem parteira, não!” Custou muito pra elas aceitarem, mas depois aceitaram, numa boa. As parteiras tinham uma boa relação com os médicos. Os médicos que vinham fazer residência (R1), coitadinhos, aceitavam tudo que elas diziam e elas se achavam, por isso elas se davam bem com eles, muito bem. Os R2 já entendiam mais, mas não discutiam com o Staff, aí elas se davam bem, porque eles as apoiavam muito. Eles davam muito apoio, chegavam até a dar uma cotinha para elas, como ajuda, por elas terem feito os serviços. Todo mês, cada médico dava uma gratificação e era dividido entre as parteiras. No começo elas não me davam e eu não ligava, eu não dependia daquilo, eu não queria aquilo e elas não me davam. Uma vez uma médica disse para elas, que eu deveria receber também, pois era parteira e fazia partos. Ela disse que não era justo, que elas deveriam dividir comigo, só que elas não dividiam, ficavam só pra elas. Quem deveria fazer os partos eram os médicos, mas eram as parteiras que faziam tudo, porque o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) pagava os médicos, né, eu sabia disso. Eu não sei te dizer qual era o valor dessa cotinha, mas as parteiras mais antigas é que dividiam, a Dona Ida e a Dona Sofia. A gente tinha uma escala de serviço que dividia as parteiras e atendentes por turno de doze por vinte e quatro horas. Deixa-me explicar melhor: a gente trabalhava uma noite sim e outra não, e de dia também era assim. Ficava duas parteiras e duas atendentes por turno e a gente dividia, uma parteira e uma atendente pra cada sala, admissão e sala de parto. Eu era uma das funcionárias que fazia até vinte e quatro, trinta e seis horas sem parar, trabalhava a noite e dia, quando precisava. Às vezes ocorria alguma coisa com a funcionária, então eles me ligavam e eu vinha fazer! Como eu era sozinha, sem marido e sem filhos, então fechava a casa e vinha trabalhar, ganhava hora extra. Sabe, cheguei a fazer até uma semana inteira, por falta de funcionárias. Na época, o descanso à noite era uma horinha, só que eu não gostava de descansar, preferia ir pra casa sem preocupação, elas diziam que eu era puxa-saco e que eu podia ir pra casa depois, mas elas não, tinham que ir pro outro trabalho. Elas se dividiam pro descanso e a partir das duas horas, uma parteira ficava e a outra ia descansar, ficava uma atendente e uma parteira pra atender a admissão e a sala de parto, era muito ruim; às vezes a parteira ficava fazendo parto e a admissão ficava sem ninguém pra atender. Elas descansavam num cantinho de uma salinha que era pouco usada, deitavam no chão com um cobertor, elas dava um jeito pra dormir, porque não tinha outro lugar, isso tudo escondidinho. Eu adorava a sala de

parto, eu achava que aquele momento do nascimento era uma coisa muito linda, representava uma vida, eu sempre senti isso. Do meu ponto de vista, a sala de parto era um dos setores diferentes dos outros, ela não representava doença como alguns; já o posto três era triste, era só sofrimento. Na sala de parto a paciente chegava chorando e saía rindo pra enfermaria. Mais tarde, o pessoal do berçário levava o bebê pra mãe amamentar e depois voltava pro berçário. Sabe, quando as pacientes estavam em trabalho de parto tendo as contrações, elas diziam que estavam com muita dor e não entendiam que, o que elas estavam sentindo eram as contrações, só queriam que passasse aquilo. Eu quando podia ficava com elas e ensinava o que era contração, que quanto mais pertinho ficava do parto, mais dilatava o colo e aí ficava mais pertinho do bebê nascer. Aquilo que elas diziam pra nós que doía, não podia passar, se não o bebê não nascia, era importante ela ter a contração, mas pra elas só interessava que passasse a dor. Eu dizia assim: quanto mais dor melhor, porque o útero dilata mais depressa e o bebê nasce mais rápido. Eu não gostava muito de fazer toque, eu aprendi isso, principalmente em bolsa rota, pra evitar infecção e trauma. A redução do colo eu aprendi, mas não fazia, porque podia dar ferida de colo, então eu não fazia, eu não gostava. Algumas parteiras e alguns médicos faziam, levavam a paciente com rebordo de colo pra mesa e fazia redução com força e mais força, e continuavam com a redução, eu não gostava disso, não. As pacientes com cesárea prévia a gente não colocava sorinho, porque podia dar rotura de útero. Comigo nunca aconteceu, graças a Deus. Às vezes acontecem situações graves. Uma coisa que eu não admitia, que me dava arrepio era o crack. Era assim que eles chamavam, o médico mandava a atendente ir pro lado e botá o braço em cima do fundo do útero da paciente e o médico puxava para o lado, eu não sei como não arrebentava tudo. Na verdade o nome verdadeiro do crack é kristeler, eles usavam essa manobra pra ajudar as pacientes que não conseguiam fazer força ou fazia a força errada na hora do parto, ou ainda se fosse um parto demorado; o maior perigo era pro bebê que ficava preso sem oxigênio. Aquelas pacientes que passavam por isso, falavam que sentiam muita dor na barriga, os bebês nasciam às vezes bem cianóticos, eu era uma boa observadora. Eu ainda presenciei o negócio do vácuo extrator, era horrível, botavam aquele aparelho na cabecinha do bebê e bombavam pra puxar o bebê, aí a cabeça do bebê nascia comprida, muitos bebês tiveram problemas. Aquilo foi abolido, ainda bem. Credo! era uma coisa horrorosa, eu nunca gostei. Aqui sempre faziam o fórceps. Três médicos faziam bem o fórceps, mas com o tempo eles foram deixando e foram substituindo por cesárea. O Dr. Hamilton era diretor e fazia plantão também. Eu acho que o parto normal é o certo. É o melhor, é o que Deus deixou, pois uma cesariana não deixa de ser uma operação, também corre os riscos, só quando não dá de fazer, é melhor fazer a cesárea. Lembrei-me de outro caso, onde a paciente morreu, mas essa foi diferente, foi bem diferente. Eu internei uma paciente que era a oitava gestação, aí ela chorava bastante, coloquei na cama e perguntei porque ela chorava tanto, e daquele jeito. Ela me disse que tinha apanhado do marido, que estava bêbado antes de vir para a maternidade, e ele ainda disse o seguinte: tomara que ela voltasse morta pra casa! Eu tentei animar a paciente, mas não foi possível, aí ela foi pro parto e o residente R1 fez o parto dela. Foi tudo bem, nasceu uma menina linda, mas depois a paciente começou a passar mal, levaram ela com sorinho e sangue pro centro cirúrgico, mas não deu, a paciente morreu. Disseram que foi por causa da placenta, que ficou grudada na parede do útero e deu atonia uterina, aquela hemorragia grande. Depois, eu contei pro médico de plantão sobre o que o marido da paciente tinha feito. Então ele disse: “que marido! Que estupidez! Essa mulher é uma santa!” Eu fiquei muito triste aquela noite, não conseguia esquecer. Num caso de hemorragia, que a paciente vai chocando, os médicos mandavam aplicar o ergotrate intramuscular, a

ocitocina na veia pra contrair o útero, a gente também punha um saquinho de areia em cima do útero, pra ir mais rápido a contração do útero. Em algumas pacientes davam certo, mas outras tinham que subir pro centro cirúrgico. Uma das coisas que eu gostava de fazer, era orientar as pacientes, quanto aos cuidados que elas deveriam fazer depois do parto, que era: tomar um banhozinho depois de fazer o xixi e o côco, principalmente quando era primípara com episiorrafia, pra passar um chuveirinho no lugar da episio, pra não dar infecção. Naquela época voltava muita paciente com infecção de episio, aberta mesmo. Eu aprendi que essas orientações eram importantes, aí eu repassava, enquanto eu tava fazendo os pontos eu ia falando. A gente fazia a limpeza do períneo com auxílio de uma compressa limpa e depois passava o mercúrio. Depois de um certo tempo mudamos, e começamos a passar o álcool iodado. Deixava uma compressa esterilizada pra proteger a episio no períneo, porque elas já saíam com forro e tudo da sala de parto, colocava a paciente na maca e levava até o leito dela no puerpério, a parteira ou a atendente eram quem levava. O parto era anotado num livro de registro, aonde ia o nome da paciente, o tipo de parto, sexo do bebê, a hora e o nome do médico de plantão. Quando houvesse um óbito também era anotado nesse livro de registro ou de ocorrências. Além do livro de ocorrências, anotava também no prontuário da paciente. Isso só começou a ocorrer depois de um certo tempo, pois no começo não havia registro no prontuário. Às vezes ocorria que uma paciente ou outra apresentavam atonia uterina na enfermaria, era preciso que essas pacientes ficassem em observação. Muitas chegavam até voltar pra sala de parto e outras iam pro centro cirúrgico direto. As pacientes vestiam camisolinhas dadas na admissão e ficavam com elas até chegar na enfermaria. No tempo das freiras, tinha até um chambrezinho para elas botar por cima da camisolinha. Às vezes elas iam ao banheiro ou ficavam caminhando pelos corredores. As parteiras eram tratadas com respeito, só que as parteiras mais antigas se queixavam muito, que trabalhavam muito e ganhava pouco. Pra mim tava sempre bom, eu sempre me contentei, que engraçado! Eu sempre morei sozinha, eu era solteira, morava numa casinha, depois fui pra um apartamento reformado em Barreiros. Era um tempo bom para se trabalhar! Na Carmela, as roupas oferecidas pelo serviço de costura e lavanderia eram poucas, mas nunca faltava, assim como os medicamentos e materiais sempre tiveram o suficiente. Quanto às luvas, as seringas de vidro e as agulhas de metal usadas, a gente tinha que lavar, secar e mandar pra esterilizar no centro de material e esterilização. Somente na década de 90 é que esses materiais passaram a ser descartáveis. Quanto à episiotomia, eu aprendi a fazer, colocando dois dedos no períneo do lado direito da paciente, posicionando o dedo indicador e o do meio com a mão esquerda na porção do médio lateral do períneo da paciente, e ter o cuidado de não pegar o ânus. Para fazer a episiorrafia a gente usava três tamanhos de agulhas, uma para cada porção, pro músculo, pras membranas e pra pele. Cada parteira tinha a sua técnica, uma diferente da outra! Eu observava algumas colegas fazerem partos e também os médicos. Eu já fazia mais devagar, de um jeito mais carinhoso. A anestesia a gente enchia uma seringa de vinte ml e eu ia aplicando devagarzinho quando precisasse, ou quando eu sentia que estava passando o tempo da anestesia. Quanto à limpeza das salas, eram insuficientes, elas não tinham a noção e não faziam. No meu tempo eu limpava e passava álcool e água sanitária em tudo, pode perguntar pra dona Leonita, quantas vezes ela me viu limpando as mesas e ela dizia: Maria Teresa, só tu mesmo, que faz isso! Até na admissão, eu fazia essa limpeza. Trocava os campinhos de tecido que protegia o colchãozinho. Depois veio o papel, aí começamos a usar, era melhor! Eu ficava de olho, pra deixar tudo limpinho. Recebi vários elogios pela minha limpeza, de algumas enfermeiras. Quanto às férias, tinha um pequeno problema, as

parteiras mais antigas escolhiam os meses delas, a maioria queriam as férias de verão, somente a dona Ida, a dona Sofia e a dona Flora não se importava, tudo tava bom. Eu gostava de tirar no mês do meu aniversário. O salário era muito baixo, custou muito pra melhorar. A gente trabalhava um dia sim e outro não, a jornada de trabalho era de quarenta horas por semana, a noite era considerada treze horas e de dia onze horas, tinha também funcionárias que fazia seis horas, e outras, oito horas. Gostaria de contar pra você, que um dia apareceu uma paciente com muita dor na admissão e nessa hora não tinha residente, todos estavam ocupados, eu fiz um toque e comecei a desconfiar de uma tubária. Quando chegou o residente eu falei que eu achava que era uma tubária. Ele ficou bravo e disse que quem dava o diagnóstico era o médico. Pegou, examinou a paciente e disse que era dengo da paciente. Mandou eu dar um buscopan e mandar a paciente embora. Eu fiz a medicação e pedi pra ela esperar no banco um pouco. Passando um tempo essa paciente desmaiou no banco e a gente a pôs pra dentro, nisso tava entrando o médico plantonista, então passei pra ele o que eu achava. Na mesma hora, ele mandou levar a paciente pro centro cirúrgico. Mais tarde, ele veio me procurar e disse que eu tava de parabéns que realmente era uma tubária rota. Se esperássemos mais um pouco ela ia a óbito. Só sei que aquele residente ficou com bastante raiva de mim, mas eu só fiz as coisas certas, o que eu sabia. Gostaria de deixar um recado pros profissionais da saúde que tenham mais carinho com as pessoas que eles tratem, que eles olhem nos olhos e cuida como seres humanos. Eu aprendi no Colégio com a irmã Cacilda que a pessoa mais importante de um hospital era a paciente. Eu me dava muito bem com a turma de parteiras que entraram depois, aquelas que receberam treinamento, as atendentes, que foram: a Angelina, a Eunice, a Lucimar, a Bernadete e a Maura. Eu me lembrei de algumas enfermeiras que foram chegando depois como a Elza, a Vanda, a Margaret, a Soninha, a Beatriz, a Marina, a Gorete, a Odalea e a Vitória. Eu me aposentei em 1990 como técnica de enfermagem, porque parteira saiu do quadro funcional e eu já tinha os trinta anos completos e mais um pouquinho. Aquelas parteiras mais antigas brigaram bastante por causa disso, pois elas queriam ter se aposentado como parteira e não como técnica de enfermagem. Eu tenho um sonho de voltar a trabalhar como voluntária, não é por interesse de dinheiro, eu só queria ficar um pouco no meio pra ver como é que está hoje, porque eu gostava muito da minha profissão. Eu gostaria, mas eu penso que ninguém mais aceita a gente de ficar no meio, não para incomodar. Mas eu queria sentir, como é que eu estaria hoje na ativa, trabalhando na assistência e não só observando.

Memórias de Otilia Coan Vargas



Foto 26 - Otilia na varanda de sua casa, 2004

Meu nome é Otilia Coan Vargas. Nasci no dia onze de junho de 1942. Portanto, há sessenta e três anos, no município de Orleans. Minha avó, que era parteira, fez o parto gemelar de onde nasceram eu e meu irmão Orlando. Pedro Coan, já falecido, era o nome do meu pai. O nome da minha mãe é Amélia Zanini Coan, que hoje está com noventa e dois anos. Casei-me em 1965, tive dois filhos homens, de parto cesariana. Hoje, um casado e o outro solteiro. Tive três abortos e duas gestações prematuras de oito meses e meio, devido às contrações uterinas que iniciavam desde os sete meses. Eu tinha tendência a ter partos prematuros. Num deles, ocorrido na antiga Sagrada Família no Estreito, onde hoje fica o Hospital Florianópolis, nasceu um dos meus filhos. Nessa época eu trabalhava na Sagrada Família. O outro parto ocorreu na MCD, onde eu estava trabalhando. Gosto muito de crianças e por enquanto, tenho só uma netinha do meu filho casado, o outro nem quer saber de casar. Como já mencionei anteriormente, a minha avó era parteira. Quando tinha dezessete anos eu sonhei com ela. Eu me lembro muito bem, eu vi direitinho ela assim no meu sonho, uma mulher galega bem alta, com um penteado tipo coque. Aí ela disse assim: vai minha filha, segue a minha carreira, que eu ajudei a salvar muita gente e eu sei que tu tens esse dom! Em 1960 não tinha faculdade de enfermagem em Florianópolis. A minha cunhada Florentina, que já era parteira e tinha feito o curso na Maternidade Carlos Corrêa, me recomendou que eu fizesse o curso, então eu também fui fazer. E aos dezoito anos de idade, entrei na Escola de Formação de Parteiras da Maternidade Carlos Corrêa. Fiquei interna na escola durante dois anos, tendo aula teórica e prática. As nossas professoras foram: a parteira Dona Army Capanema, que mais tarde se formou em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, a parteira Dona Zilda e a parteira Dona Terezinha. Tínhamos também os médicos como professores: o Dr. Renato Costa, o Dr. Valmor Garcia e o Dr. Zulmar Lins. O curso era muito bom, porque a gente prestava assistência, fazia plantão em períodos alternados, uma semana era diurno e na outra, era noturno. Nesses plantões, a gente ficava responsável por uma ala inteira nos cuidados da parturiente e do nenê. A gente dava banho no nenê de manhã, levava pra mãe para dar mamar, cuidava da mãe durante o dia todo, dava banho nas

parturientes na cama, porque naquela época elas não iam ao banheiro para não abrir a episio. Todos os cuidados eram feitos na cama. Tanto o curativo da episio, quanto o enema eram feitos com auxílio de uma comadre colocada em baixo da parturiente. O curativo da episio era feito com pinças flambadas, depois da lavagem do períneo ou do banho com água fervida e deixada amornar para depois usá-la. Antes da parturiente ir pra casa era feito um enema para evitar abrir os pontos e para poder cicatrizar bem direitinho. Além de cuidar das parturientes, a gente ajudava no parto e no berçário. Fico muito feliz de estar podendo lembrar daquela época que tudo era mais difícil; no entanto, a gente era tão feliz em poder ajudar os outros. Era tão bom quando chegava uma paciente do interior e a gente podia atendê-la e fazer um carinho. Essas pacientes chegavam em péssimas condições e na maioria das vezes moravam longe. Eu me lembro tão bem que apareciam aquelas mulheres, muitas das vezes descalças, com o pezinho sujo de lama, porque naquela época era muito difícil. A MCC era a única maternidade que existia na cidade, depois é que surgiu a MCD. Lá na MCC era tão difícil, tinha poucas pessoas pra trabalhar. Tinha uma parteira, duas auxiliares e um médico. Ele só vinha quando a parteira realmente precisasse, quando não dava jeito, então se levava a paciente pra sala de cirurgia e logo o médico chegava pra ajudar. A cesariana era feita só em último caso. A gente só podia auxiliar a parteira. Nessa época, em 1962, a gente era estudante, tinha pouca responsabilidade, mas observava tudo e guardava. A memória da gente era que nem um computador. Tinha que gravar tudo, pra depois fazer quando chegasse à hora da gente assumir. Depois de me formar como parteira, fui trabalhar na maternidade de Tijucas até me casar. Depois saí da maternidade, pois não permitiam mulheres casadas. Morava em Tijucas e comecei então a trabalhar como parteira particular. Um dia eu vim trazer uma paciente com aborto de Tijucas na Carmela Dutra, aí chegou o Dr. Valmor e falou comigo. Perguntou-me se eu queria trabalhar na Carmela, que tinha uma vaga pra parteira. Aí eu disse que não sabia, que eu iria falar primeiro com o meu esposo; conforme fosse, eu retornava, né. Depois eu retornei, conversei com ele, e já comecei a trabalhar no outro dia dando plantão; isso ocorreu em 1969. Depois de um tempo eu fiz concurso, porque naquela época a maternidade era do Estado, depois é que passou pra Fundação, né. Pois dessa época em diante, só podia trabalhar se a gente fizesse concurso. Pois bem, prestei o concurso e passei, até que fui bem classificada. A partir daí, comecei a trabalhar e desde então, fiquei esses anos todos trabalhando na MCD. Quando comecei a trabalhar na Carmela, eu me mudei de Tijucas para o Estreito, e mais tarde para Biguaçu, então eu trabalhava na Carmela e também como parteira particular. Muita das vezes chegava em casa, e ainda tinha que atender as pacientes particulares. Lembro-me que quando entrei na Carmela tinha poucas pessoas trabalhando lá e muitas pacientes pra atender; às vezes não tinha aquele atendimento que deveria ser feito, mas tinha consciência que era impossível melhorar devido ao grande número de pacientes que a gente atendia. Quando eu entrei na maternidade, o diretor na época era o Dr. Valmor Garcia e a chefe de enfermagem parece que era a irmã Teófila, mas tinha uma outra que eu não me lembro bem, só o que sei que ela era alta e alemã. Nós tínhamos mais ou menos umas cinco irmãs na Carmela: a irmã Cacilda era da ala de cima, tinha a irmã Hortência que era baixinha, elas só ajudavam a gente, nunca fizeram parto. Muitas coisas as irmãs aprenderam com a gente e a gente com elas. Quem me recebeu no primeiro dia na Carmela foi a Dona Ida, ela era uma pessoa muito querida, muito amada, muito competente. Ela era galega de olhos azuis, era mais alta e mais fortezinha que eu. Trabalhou muitos anos com uma outra parteira, a Valdéria, no período do noturno. Eu pegava o plantão da Florentina e passava para elas. Eu trabalhava no período diurno, somente quando precisasse eu ia trabalhar à noite e eu não me importava. Na sala

de parto tinha somente duas parteiras: a Dona Ida e a Dona Sofia. Eu fui a terceira parteira da sala de parto da Carmela, sendo bem recebida por elas. Depois veio a Zilda, a Florentina, a Waldíria e a Terezinha. Olha, tinha noite de nascer vinte crianças e a sala de parto só tinha uma parteira e uma atendente, além do médico de plantão, que só vinha se a gente chamava; se acaso a paciente complicava e não nascia, ou então que precisasse fazer uma cesariana. Aí o médico vinha. A gente registrava todos os nascimentos nos livros de ocorrência, pois tem até os nossos nomes lá ainda e encontrarão a imensidade de nascimentos que a gente atendia diariamente. Nascia nenê na maca, na cama, na sala de parto, corria pra cá e corria pra lá. Mas minha fé em Deus e na Nossa Senhora do Parto me ajudava a enfrentar essas situações. Cada vez que eu saía de casa eu rezava pra Nossa Senhora do Parto pra me acompanhar e graças a Deus nunca morreu nenhuma paciente na minha mão, tudo corria às mil maravilhas. Quando os médicos mandavam induzir o trabalho de parto, a gente só levava o prontuário para o residente prescrever e depois a gente anotava todos os procedimentos realizados na folha da enfermagem. Na folha do partograma a gente não mexia, só eles. Nós, parteiras, tínhamos que dar o diagnóstico, além de avaliar as pacientes. Os médicos sempre gostavam muito quando eu estava de plantão, pois eu era bem exigente e gostava da coisa certa. Eu me lembro que a sala de parto tinha seis leitos, e num cantinho ficava sempre uma cama pra fazer o cardiotoque. Para aquelas pacientes que variavam o batimento do feto, os exames eram realizados pelos médicos e doutorandos. Muitas vezes a paciente tinha a companhia de uma pessoa, normalmente um familiar. A admissão era anexa à sala de parto. Tinha a sala I, a sala II e outra sala que era para aborto. Nós trabalhávamos em duas parteiras: uma ficava lá dentro com o residente e os doutorandos, e a outra ficava na admissão, com o outro residente, atendendo as gestantes que internavam e as que não internavam. Nós, parteiras, fazíamos verbalmente a passagem de plantão. Para as pacientes com maiores cuidados fazia registro no livro de plantão. Ao receber o plantão a gente lia o livro de passagem de plantão e via quais as pacientes das unidades que precisavam de uma assistência com maior controle e traziam para dentro da sala de pré-parto. Aí a gente examinava e controlava todas que estavam em condições piores, como hipertensão, pré-eclâmpsia e em trabalho de parto prematuro. Todos os procedimentos realizados a gente anotava no prontuário. Assim que a paciente melhorava, ela retornava para o seu leito. Por outro lado, se a paciente piorasse, continuava em controle com medicação ou ela ia para a cesariana. A gente passava na unidade de três em três horas para controlar os batimentos cardíofetais e anotava no prontuário. Se houvesse intercorrência, a gente avisava o médico de plantão. Eu me lembro da enfermeira Hercília, que era a chefe da sala de parto. Eu a ensinei a fazer parto porque queria muito aprender, ela gostava de fazer parto e de trabalhar na sala de parto. Ela era muito eficiente, inteligente e honesta, coordenava muito bem o serviço. Ela saiu da Carmela depois de mim e foi para o Hospital Regional de São José. Quando a gente ia marcar as férias, ela colocava a prioridade pra aquelas funcionárias que não tinham nenhuma falta ou licença sem necessidade. Eu era uma funcionária que nunca faltava, mesmo estando doente, eu sempre ia trabalhar. Eu sempre tive artrose e artrite, eu vivia com as juntas doídas. Quantas vezes eu trabalhei com meu braço engessado! Mas, sempre ia trabalhar. Eu conseguia tirar férias em janeiro; uma, que o meu período aquisitivo era em janeiro e os das outras eram antes, outro porque meu marido tirava férias nesse mês e as crianças também estavam de férias escolares. A gente trabalhava doze horas e folgava trinta e seis horas, trabalhava um dia e folgava outro; mas teve uma época que tinha pouca gente e a Fundação queria que a gente começasse e terminasse junto com o médico fazendo plantão de vinte e quatro horas. Só sei que a gente saía de lá estourada. Saía dali e ia para casa quase

morta, além disso tinha que cuidar da casa e dos filhos. Enquanto a gente trabalhava, o marido é quem cuidava das crianças, pois não dava pra pagar uma babá, porque a gente ganhava pouco e não existia creche. Quanto ao descanso, a gente só fazia quando podia, a gente revezava, isto quando tinha poucas parturientes, lá um dia ou outro, porque era difícil. A gente via se ia ter bastante paciente, dependendo da lua. Se a lua estivesse cheia, aí podia esperar casa cheia, até os partos domiciliares aumentavam. Eu acredito que influenciava. Quando a gente notava uma variação no batimento cardíaco fetal, já se suspeitava de mecônio ou uma circular de cordão, pois isto já sugeriria um sofrimento fetal. Quando se rompia a bolsa amniótica, a gente já via a cor do líquido amniótico. Peguei varias circulares de cordão apertadas, então tinha que pinçar o cordão dos dois lados e cortar no meio, e quando era frouxa era só dar uma volta por cima da cabeça da criança, aí dependia das voltas que tinha, três, quatro. Lembro-me de um episódio que ocorreu com o Dr. Parente, e por sinal eu soube que ele morreu, tadinho, que homem bom, bem querido. Um dia ele tava na sala de parto, junto com uma turma de doutorandos e eu tava já vestida fazendo um parto de gemelares, sendo que o primeiro era cefálico e o segundo era pélvico. Botamos um sorinho na paciente e logo nasceu o primeiro, foi rápido, e ele ali explicando como fazia as manobras para nascer de apresentação pélvica. Eu já comecei a ficar nervosa, e ficava pensando que aquela criança não podia ficar muito tempo ali no canal de parto, e dizia pro Dr. Parente: essa criança vai morrer, doutor! Ele estava de costas pra mim e dizia: espera, espera, eu só estou explicando! Eu vendo que tava demorando demais para o meu gosto, fui, peguei o pezinho da criança, fiz a manobra, tirei a criança e botei em cima do aparador. Quando ele se virou para mostrar, eu disse: oh, doutor a criança já tá aqui! E ela já tava berrando em cima da mesa. Aí ele disse: Ah, meu Deus, que rápido! Outra vez fui atender uma paciente particular no interior de Tijuca, chegando lá, nem luz não tinha. Examinei a paciente e ela já tava com oito centímetros, era a primeira gestação, com bastante contração, mas só que não tava na posição certa. Aí eu pedi pra família arrumar uma condução pra gente levar a paciente pra uma maternidade, porque a criança tava sentadinha e por ser o primeiro filho deveria ser uma cesariana. Lá em Tijuca tinha a "Maternidade Chiquinha Gallotti". Acontece que a família disse que não tinha condução. Então, eu fui na rua com uma luz de querosene e disse: Jesus estou precisando da tua ajuda, minha Nossa Senhora do Parto me ajuda, que eu vou fazer esse parto. Falei para o marido: olha, meu filho, a tua mulher está bem, mas a criança eu não garanto, pois a criança era grande e tinha que ser feita uma cesariana. O marido disse assim: não há de ser nada, a minha mulher está em boas mãos, nós conhecemos a senhora, a senhora sabe o que fazer. Aí eu disse: então, seja o que Deus quiser! Foi num instantezinho, deu duas contrações, eu fiz a manobra e tirei a criança, botei em cima da cama, a criança chorando numa boa, quase três quilos, é que naquela época a gente não pesava porque não tinha balança, mas devia dar uns três quilos. A gente levava uma malinha com todo material que a gente ia usar esterilizado, fazia episiotomia, fazia tudo em casa, dava os pontos tudo direitinho, aplicava até anestesia. A gente pedia sempre para as mulheres ter bastante paninhos limpos e passados bem a ferro com brasa, pra gente enxugar o sangue e fazer os pontos direitinhos. As comadres é que deixavam tudo isso pronto, tinha também a canjinha que já preparavam para a paciente, e a gente também tomava. E como era bom! A gente fazia o parto, esperava mais um pouco, tirava a placenta e depois aplicava o metergim após o parto, esperava mais ou menos umas duas horas para o útero contrair, fazia massagem e quando estava tudo bem é que eu ia embora. Entretanto, na maternidade, era mais tranquilo atender as pacientes, pois tinha uma estrutura melhor em relação ao domiciliar. As pacientes, quando vinham para a maternidade, primeiro elas faziam uma

ficha na portaria, depois o acompanhante levava ela até a admissão ao lado da sala de parto, e se ela internasse, aí então o acompanhante voltava na portaria e fazia a internação dela com a abertura de um prontuário, e este era entregue na sala de parto. Nessa época, o acompanhante não entrava com a paciente na sala de parto, ficava do lado de fora da sala de parto. Quando a paciente chegava na admissão, a gente examinava, fazia o toque e se estivesse em trabalho de parto, ficaria internada. Então a gente preparava a paciente e fazia a tricotomia do períneo, fazia o enema, com sabão de côco diluído, através de uma sonda descartável. Depois, levava a paciente no banheiro e lá ela fazia a sua limpeza e tomava um banho e vestia uma camisola. A gente a levava pra sala de pré-parto e quando a paciente ia para cesariana, então a gente fazia a tricotomia no períneo e no abdome, e depois levava a paciente até ao centro cirúrgico. Se acaso a paciente chegasse ganhando nenê, aí nós fazíamos o parto dela ali mesmo na admissão, isto era rotineiro acontecer. E se fosse bolsa rota a gente tomava cuidado para evitar infecção intra-uterina. A gente fazia o toque com mercúrio usando luvas, e dependendo da dinâmica e do controle das contrações, se colocava um sorinho para ajudar. A gente instalava e controlava o sorinho, fazia a dinâmica antes, durante e depois da contração e normalmente dava três contrações em dez minutos. Conforme as contrações iam aumentando, já podia se saber que estava próximo o nascimento ocorrer. A gente botava a mão em cima do abdômen e aí quando a contração era fraquinha, então o intervalo era mais espaçoso e quando a contração era forte, então a duração era maior. Pela contração a gente já levava a paciente para sala de parto, pois já estava em franco trabalho de parto, né! Mas havia casos onde a paciente internava em pródromos (contrações bem fraquinhas e bem espaçosas) por ela morar longe, mas isso era raro, uma vez que demorava muito e a paciente se cansava até realmente ela entrar em trabalho de parto. Para poder ajudá-la, a gente mandava ela caminhar por duas a três horas ali por fora e depois voltava novamente, e se ela tinha contrações, a gente sempre dava um jeitinho, internava, e se não houvesse evolução do trabalho de parto, então se dava alta para paciente. Tinha que tomar bastante cuidado, porque se acaso essas pacientes comesçassem a desencadear o trabalho de parto tinha que estar na maternidade, principalmente nas múltiparas, onde elas são mais rápidas e não podia facilitar. Ali na sala de parto a gente tinha duas salas para fazer o parto, geralmente tirava uma e botava outra paciente, às vezes dava tempo e às vezes não dava. Quando era múltipara às vezes fazia o parto na cama mesmo, porque não dava tempo, só que dificultava um pouco, a gente trabalhava de lado, colocava o lençol e o forro esterilizado em baixo da paciente e se vestia do mesmo jeito, com o avental. Quando eu cheguei ali, não tinha pacote organizado, nem de material, nem de roupas. Somente depois é que foram feitos, e isso foi muito bom, porque não tinha mais o perigo de o material ser contaminado na caixa cheia de material, além disso ficou individualizado. Foi uma coisa muito boa! Eu me lembro de um caso que aconteceu no plantão daquela médica que faleceu num acidente de avião, a Dr^a. Lea. No seu plantão chegou um Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP), então telefonei pra ela e pedi que ela viesse urgente, porque tinha chego esse caso. Ela ao saber, mandou a paciente subir imediatamente para o centro cirúrgico. Eu só sei que só deu tempo de fazer a tricotomia e já mandamos pra cima. Em três minutos, ela abriu o abdome da mulher e salvou a criança. Ela era uma médica abençoada, muito boa, puxa! Sabe, são casos assim que marcaram muito a minha vida profissional. A gente aprende muita coisa, como doação, humildade, amor e compaixão. Teve um outro caso, onde chegou uma múltipara com uma dilatação bem adiantada, com um feto anencéfalo, e eu examinei. Aí chamei a residente e passei o caso pra ela. Ela também não encontrou o pólo cefálico, então concordou de chamar o médico de plantão. O médico não achou e também não concordou, mas

mandou a paciente subir pro centro cirúrgico, e a residente foi ajudar. Mais tarde desce a residente bem abatida e muito chocada disse que a criança era uma menina anencéfala e que a mãe e a criança morreram. É, foi uma hemorragia intra-uterina. Eu chorei muito aquele dia, assim como todos dali. Ocorria muitos casos de atonia uterina e a gente na sala de parto, e às vezes nas unidades, sempre botava um saquinho de areia em cima do útero para fazer uma pressão e ele contrair. Mas quando as pacientes iam para as unidades, a gente falava para as funcionárias terem cuidado com aquelas pacientes que sangravam muito, para evitar o choque. Quando a gente ia levar outra paciente para o pós-parto, às vezes encontrávamos algumas pacientes com sangramento até no chão. A gente logo corria e já examinava e dependendo do caso levava para o centro cirúrgico e avisava o médico. Lembro-me daquele aparelho, o vácuo extrator, que era uma coisa horrível, que botava na cabeça da criança quando ela não tava na posição adequada. Eles ficavam bombeando, bombeando, e ali eles iam puxando, iam contornando até que a criança nascesse com a cabeça comprida. Mas, quantas crianças foram a óbito também, né! Quanto ao fórceps, o Dr. Jorge, o Dr. Nazareno e o Dr. Klaus era quem mais faziam. Os demais preferiam levar a paciente para cesariana. Já as parteiras nunca usaram o fórceps. Alguns casos foram bem marcantes, por isso eu acredito que devemos ter bastante segurança e prática pra fazer parto, pois cada caso é diferente do outro. O parto pélvico para mim era mais fácil, utilizando a manobra e se tivesse uma boa contração era melhor ainda. Mas quando era primigesta a indicação era para cesariana, devido a pouca elasticidade. Na hora do parto eu fazia a anestesia, e quando o períneo estava todo distendido e a criança estava coroando é que eu fazia a episiotomia, eu acho que era melhor fazer do que deixar a criança ficar esperando muito tempo no canal do parto. Nessa hora que a paciente estava com contração, ela não sente cortar o períneo mesmo sem anestesia, porque fica anestesiado naturalmente. Quem me ensinou a fazer parto como eu já te disse foi a dona Army. Ela tinha muita paciência com a gente. A gente aprendia que no períneo tinha três camadas, e que deve ter muito cuidado com o reto. Quando a placenta era expulsa, eu a examinava detalhadamente, para ver se tinha ficado alguma membrana dentro, ou se tinha algum vasinho sangrando. Logo tentava resolvê-los. Em outros casos observava algumas placentas mais endurecidas, como se essas estivessem calcificadas. Logo perguntava para a paciente se ela era fumante, pois a criança nascia bem raquítica, bem miudinha, e tudo o que eu observava, eu anotava no prontuário. Às vezes dava tempo de fazer a epíseo, outras vezes já rompia, aí rasgava tudo, podendo chegar a uma laceração até o reto; isto era muito ruim, pois para dar pontos era bem trabalhoso. A gente só rompia a bolsa amniótica em torno de oito centímetros, pegava uma pinça esterilizada, dava um pique e rompia. Uma vez, ao romper uma bolsa, ocorreu uma procedência de cordão. Aí eu tive que colocar a paciente em posição genitopeitoral e introduzir o cordão umbilical novamente na vagina com uma compressa cheia de mercúrio e levá-la rapidamente para o centro cirúrgico. Tinha pacientes que não queriam ver o seu nenê, virava o rosto, aí eu dizia: você pode até doar o seu nenê, mas primeiro você vai abençoar seu filho. Eu fazia elas olharem a criança e abençoar, porque você não vai criar, mas outra pessoa irá, e ela tem que ser abençoada. Eu sempre fui enérgica com elas, mas para que elas pudessem pensar melhor. Teve um caso de um xifópago¹⁴, que ao fazer o toque eu senti que tinha alguma coisa errada, logo ocorreu uma procedência de perna, então chamei o médico de plantão, levamos a

¹⁴ Dois gêmeos que nascem ligados desde a parte inferior do esterno até o umbigo; o mesmo que teratópagos; ou pessoas estreitamente unidas por inclinação e temperamento ou conveniência (BUENO, 1992).

paciente para o centro cirúrgico e ao abrir viram que era xifópago. Eu era uma pessoa que me dava bem com todo mundo, mas quando eu tinha que brigar, eu brigava mesmo, eu era muito enérgica nesse ponto, eu gostava de ver as coisas bem certinhas. Uma coisa que eu ficava triste era quando chegava um aborto, porque eu ficava pensando na rejeição que essa criança estava tendo, eu não achava isso certo. Chegavam abortos espontâneos, provocados e por estupro. Mas o pior e mais comum era o provocado, elas tentavam abortar de várias maneiras, e muitas chegavam até infectadas. Muitas até foram a óbito. Na admissão, a gente recebia muitas pacientes que tiveram criança dentro do carro, em cima da ponte, outras tinham tirado até a calcinha dentro do táxi, e outras fechavam a perna e não queriam mais abrir, eu só sei que era uma correria, e tinha aquelas que as crianças nasciam no hall da maternidade. Nessa época não tinha quase ambulância, os motoristas de táxi ficavam doidos, a rádio patrulha é que levava também as pacientes. Chegava paciente que vinha até de lancha, principalmente aquelas que moravam na Costa da Lagoa. Aí a gente tinha que internar, e muitas ficavam bravas, mas a gente não podia deixá-las ir embora naquelas condições. Aqui chegava paciente de todo lugar, o que era indigente vinha pra cá, atendia todo mundo, a redondeza, vinha gente até de Garopaba, e desse interiorzão, vinha tudo para a MCD, porque a MCC só atendia particulares. Quando a paciente estava no pré-parto a gente orientava como elas podiam proceder para se ajudarem neste período árduo e também porque elas viviam muito nervosas, no meio de gente estranha, com dor, a gente conversava e tentava deixá-las mais tranqüila e calma. Mais tarde, nós ensinávamos muita coisa como: virar-se de lado para melhorar a respiração, elas tinham que ser bem profunda e depois uma respiração tipo cachorrinho. Também passava a mão na barriga e no rosto dela, dizendo palavras de carinho e conforto. A gente colocava elas pra caminhar, depois para agachar e quando vinha a contração elas deveriam fazer força pra baixo, para ajudar. Tinha algumas pacientes que eram queridas, mas tinha outras que eram agressivas. Um dia levei um pontapé de uma paciente, ela atingiu a minha mama, isto me levou a um abscesso e eu tive de tirá-lo. Algumas pacientes ficavam tão transtornadas que tínhamos que dar umas palmadinhas, mas depois quando nascia a gente dizia: olha, querida, eu tive que te dar umas palmadinhas para você reagir e salvar o teu filho, olha ele tá aqui são e salvo, mas se eu não gritasse com você, eu não sei o que poderia ter acontecido, você estava tão rebelde! Nessa hora elas se transformavam. Quantos partos do lado eu tive que fazer, porque elas não deixavam, empurravam a gente, não ficavam na posição ginecológica ou não queriam ir para mesa de parto, aí acabavam nascendo na cama. Tinha pacientes que não se ajudavam, então a gente tinha que ajudar fazendo uma força em cima da barriga dela para tentar expulsar a criança, se não, dava problema para o nenê que ficava sem oxigênio. Depois que o bebezinho nascia, a gente limpava, aspirava com uma pêra. Mais tarde é que veio o aspirador, então a gente aspirava as secreções, enxugava o bebê, cortava o cordão umbilical e passava pra atendente. A atendente pegava, colocava no berço aquecido, fazia a identificação do pezinho e colocava uma pulseirinha no pulso da criança, depois entregava para o berçário. No berçário elas davam banho, vestiam a criança e levavam para a paciente na enfermaria. O berçário era ao lado da sala de parto, ligado por uma portinha fechada com um trincozinho, que a gente abria e entregava a criança para outra atendente. Lembrei-me agora da enfermeira Elza, ela era responsável pelo berçário de cima e de baixo. As atendentes do berçário eram muito carinhosas e eficientes, lembro-me da Jane e da Lucimar, que saudades! Uma pessoa que não posso esquecer era a professora Leonita, que enfermeira competente! Era enérgica, mas eu gostava dela e ela de mim, porque a gente se dava muito bem e gostava de fazer as coisas direito. Eu gostava quando ela tava lá, às vezes ela fazia

parto pra ensinar as alunas da Universidade. As alunas não faziam, só assistiam. Ela explicava tudo direitinho. Quando tinha pouca parturiente, eu a deixava fazer, porque tinha tempo, mas quando tinha muita gente, às vezes não dava porque tinha que ser mais rápido. Assim que dava eu sempre deixava, porque eu achava que elas estavam ajudando, ensinando aquelas alunas, ela tava colaborando. Eu sempre dizia para as outras parteiras: pôxa, mas vocês são um pouco ignorante, não tão vendo que ela está ensinando? Ensinando uma coisa que no futuro vai ser bom pra todo mundo. Eu acho que a gente tem que colaborar com essas pessoas, né! As parteiras às vezes ficavam meio arredias, mas eu não. Somente depois de um tempo, na década de setenta, quando o Dr. Norton foi diretor é que fizeram um curso de parteira pras atendentes, porque era preciso mais parteiras. Esse curso foi dado pelos médicos da MCD, onde as aulas eram teóricas e práticas. Essas parteiras eram: a Maura, a Angelina, a Bernadete, a Eunice e a Lucimar. Elas começaram conosco como atendente e depois do curso de parteiras, aí entraram como parteiras, elas faziam parto direitinho e tinha autorização para fazê-los. Quando as parteiras novas entraram foi mais difícil a aceitação delas, porque elas já estavam entrando como parteiras e a gente ainda tinha que ensiná-las, aí é aquela coisa... A gente se incomodava muito, porque nunca ganhamos uma gratificação de nada daquilo que fazíamos, além da responsabilidade que tínhamos ao fazer os partos. Teve uma época em que somente alguns médicos davam uma caixinha, era uma quantia insignificante e que só durou por pouco tempo. A Valdéria era quem dividia a caixinha, ela era líder, bem extrovertida, falava bastante, mas era uma boa amiga. Mas para falar a verdade, a entrada das novas parteiras facilitou muito o nosso trabalho na sala de parto, porque dali por diante a gente ficava em duas parteiras e duas atendentes na admissão e sala de parto, além de ter mais gente para substituir as férias ou licenças. Recordo-me também que eu ensinei muitos médicos residentes a fazerem partos, pois todo estudante de medicina passava por nós, tanto os doutorandos como os residentes. Tão amados eram eles, amo tanto o Dr. Luiz Artur, o Dr. Nazareno, o Dr. Gilberto Crippa, e tantos outros. A gente se dava muito bem com os médicos, não tenho nenhuma reclamação, tanto eu deles, quanto eles de mim, e com as enfermeiras também. Já nessa época, no começo da década de oitenta, a chefe da sala de parto era a enfermeira Odalea. Ela era enfermeira obstétrica, ela era muito competente. Meu Deus! Quando era hora de passar o plantão, o Staff médico descia na sala de parto e me procurava pra passar o plantão, isto ficava um tanto chato, porque eles não perguntavam pra enfermeira ou pros residentes. Aí eles me perguntavam assim: Otília como é que tá aqui? Ai eu passava todas as pacientes com seus diagnósticos e algumas sugestões de condutas. Eu acho que aquilo, elas ficavam chateadas, mas não é que eles não gostassem delas, é que a gente já tava muitos anos lá dentro trabalhando, com eles. E era assim, eles confiavam na gente, às vezes eles nem desciam, só perguntava pelo telefone, como é que estava? Então o que era pra cesariana, eu já mandava subir, e as outras, a gente tinha que fazer. Eu amava, amava, eu adorava muito o que fazia, tanto que quando disseram que não era mais pra nós fazermos parto, aí eu saí da MCD. Eu amava tanto fazer parto, que cada criança que nascia, eu sempre fazia o sinal da cruz, pedia a Deus que encaminhasse aquela criança. Naquela época, a chefe de enfermagem, disse que a gente não podia mais fazer parto, somente a enfermeira obstétrica e o médico, então eu disse assim: então tá muito bom querida, você fica e eu vou sair! Saí da MCD em dezembro de 1985, e fui trabalhar no posto de saúde de Biguaçu, fiquei mais quatro anos no posto, e depois me aposentei, em outubro de 1989. Mesmo assim eu não tenho nada contra elas. Isso me magoou muito na época e tenho essa magoa até hoje, mas não tenho raiva delas. E rezo pra Deus sempre abençoar e proteger todas elas. Segundo elas me disseram, que tinha uma lei, porque depois

formou o COREN, e antes não existia. Ela não me mostrou a lei, só me disse. Os médicos ficaram muito tristes com essa lei. Eu não entendia, porque eu tinha um diploma de enfermeira obstétrica registrado pelo Ministério da Educação – MEC, que eu fiz na Maternidade Carlos Corrêa, e mesmo assim eu não podia fazer parto. Eu só sei que veio a faculdade e acabou com o nosso curso, você pode ver que foi mais ou menos nessa época que estava entrando a faculdade em Florianópolis. Depois que veio essa lei, não era mais para as parteiras fazer o parto, aí ninguém mais fez. Aí, devagar, todas as parteiras da sala de parto foram saindo. Nessa época, a Dona Sofia e a Dona Ida já tinham se aposentado, elas estavam bem idosas e se aposentaram com mais tempo do que precisaria. A verdade é que elas não queriam sair, mas não tiveram alternativa. Gostaria de dizer que eu amo todos os médicos, as enfermeiras, a Carmela Dutra sempre fica marcada na vida da gente. Foi uma parte da gente que passou lá dentro, tinha vontade de ver todos eles, mas sei que é impossível, mas queria que você desse um abraço neles, principalmente no Dr. Nazareno e nas meninas, na Maura, naquela turma toda, que eu me lembro delas. Eu sinto muita saudade, mas é uma saudade boa, de momentos felizes e com o coração tranquilo.

Memórias de Florentina Joaquina Cardoso Coan



Foto 27 - Florentina no jardim de sua casa (2004)

Meu nome é Florentina Joaquina Cardoso Coan. Nasci em São Luis, no município de São Martinho, no dia nove de agosto de 1925. Estou com oitenta anos, nossa como passou o tempo! Atualmente estou residindo no Jardim Atlântico no município de São José. Moro com minha filha, dois netos e uma irmã deficiente mental. Sou viúva desde 1977, quando meu marido João faleceu. Tive três filhos, uma mulher e dois homens. O nome do meu pai era Zeferino Raulino Cardoso. O nome da minha mãe era Joaquina Maria da Silva. Eles tiveram dez filhos, sendo oito homens e duas mulheres. Estudei até o quarto ano primário no colégio interno de freiras de Vargem do Cedro. Este colégio em que estudei era misto, recebia meninos e meninas. Minha vontade era de continuar a estudar, mas a continuação dos estudos só era oferecida na cidade de Imaruí ou de Laguna, e eu não tinha condições financeiras. Fiz o curso de parteiras na Maternidade Carlos Corrêa em 1952. Para fazer esse curso nós tínhamos que prestar um exame no Departamento de Saúde Pública. Esse curso tinha a duração de dois anos. Nós recebíamos aulas teóricas dos médicos, que eram o Dr. Renato Ramos, o Dr. Polidoro e o Dr. Zulmar. As aulas práticas eram dadas pela Dona Army Capanema na própria maternidade. A Dona Army era uma pessoa muito exigente, mas era competente. Como o nosso curso era de dois anos, então a primeira turma trabalhava com a do segundo ano e depois no ano seguinte era uma nova turma. Lembro-me até hoje das minhas colegas de curso que eram: a Adelina Duss, que morava em São Bonifácio, a Bernadete Brenica, a Dona Zilda que foi auxiliar da Dona Army, a Madalena Schuargath, a Petronilha Beckeuser, e a Vaz, de São Ludgero. Nós éramos em sete mulheres na nossa turma. No primeiro ano do curso de parteira, nós só ajudávamos a professora nos procedimentos tais como: a tricotomia, o enema e ficávamos cuidando da paciente durante quatro dias com cuidados integrais, pois nesta época a paciente não levantava da cama para ir ao banheiro, então nós fazíamos todos os cuidados no leito. Nós fazíamos partos somente no segundo ano. Eu

cheguei a arrumar um emprego no preventório¹⁵ para ganhar um dinheiro, a fim de pagar o curso que estava fazendo. Nesse trabalho, eu e uma atendente cuidávamos de vinte e quatro crianças para o senhor Vidal Dutra. Fiquei pouco tempo ali, me formei e depois por intermédio do padre Rodolfo, do município de Biguaçu, fui indicada pela Maternidade Carlos Corrêa a trabalhar como parteira naquele município, pois a parteira de lá havia se casado e saiu. Trabalhei durante quatorze anos no posto de saúde de Biguaçu. Nesta época, também trabalhava no Funrural e fazia parto a domicílio. Um dia, fui convidada pelo farmacêutico Miguel Christakis, que era um antigo conhecido para ir trabalhar na MCD, pois estavam necessitando de parteiras naquela instituição e este farmacêutico trabalhava no mesmo local. O senhor Miguel Christakis me levou até a maternidade e me apresentou ao diretor da MCD, o Dr. Hélio Freitas. O Dr. Hélio Freitas me recebeu bem e me incentivou muito. Após a conversa com o diretor, fui encaminhada para conversar com a enfermeira-chefe que me recebeu e perguntou qual seria o período de minha preferência. Então eu disse-lhe que só poderia trabalhar no noturno, pois tinha outro emprego. Ela, sem muita demora, disse-me que aceitaria e que eles estavam precisando de uma parteira para o período que eu queria. Eu não me lembro do nome da enfermeira-chefe, o que eu lembro que ela era morena e baixinha, e que depois saiu da maternidade. Comecei a trabalhar na MCD em 1976, na sala de parto e de lá só saí para me aposentar em 1992. Muitos anos se passaram, quantos partos aconteceram, mas eu gostava muito de fazer partos. A única coisa que eu não gostava era o excesso de partos, em torno de quatorze partos por noite. Era bem cansativo, pois tínhamos poucas pessoas para nos ajudar, sendo que durante o dia tinha mais gente. Por exemplo, os residentes e os doutorandos. Nessa época, as parteiras da sala de parto eram: a Dona Ida, a Dona Sofia, a Valdéria, a Zilda e a Otilia. Mais tarde veio a Terezinha; depois, as atendentes que trabalhavam na sala de parto e no centro cirúrgico foram convidadas para fazerem um curso de parteira na Carmela. Após o curso elas foram trabalhar como parteiras na sala de parto com a gente. Essas parteiras eram: a Bernadete, a Angelina e as outras eu não me lembro mais. Tinha noite até que conseguíamos fazer rodízio de descanso, mas era difícil, pois a sala de parto vivia lotada e o descanso tinha que ser escondido, pois não permitiam que fizéssemos descanso. Às vezes chegava cansada em casa e sem muita demora vinham me procurar para atender algum parto a domicílio, e lá ia eu novamente, tinha dia que eu nem me alimentava direito por falta de tempo. A maternidade era uma instituição que acolhia toda aquela pobreza, pois a ambulância e a rádio patrulha traziam aquelas mulheres de rua, bêbadas, que caíam no mercado público, que vinham sujas e cheias de areia para serem atendidas na maternidade. Eram pessoas bem carentes que vinham para a Carmela, muitas até doavam seus bebês na maternidade, pois não tinham condições de mantê-los. Algumas dessas mulheres nós tínhamos que limpá-las, antes de prestarmos assistência, pois apresentavam tanta sujeira e muito odor que era impossível atendê-las daquele jeito. Além disso, tinha aquelas que apresentavam chiliques, dávamos um remédio e depois eram avaliadas, se acaso elas fossem internadas então preparávamos para ganhar o bebê; se não, elas iam embora. As pacientes que procuravam assistência na maternidade entravam pela portaria, iam até a admissão e eram examinadas. Se acaso elas fossem internadas, o acompanhante se dirigia até a portaria, aí então faziam a internação da paciente; e se estivessem sozinhas, um funcionário da internação se deslocava até a sala de parto para pegar os dados da paciente para providenciar a sua internação. A

¹⁵ Estabelecimento onde os enfermos são cuidados preventivamente; instituição onde são internadas crianças filhas de tuberculosos ou morféuticos para afastá-las do contágio (FERREIRA, 1988).

admissão ficava na mesma estrutura física da sala de parto, ela localizava-se em frente às enfermarias do puerpério. Era composta de três salas, uma sala para procedimentos contaminados e duas salas para atendimentos de gestantes. A gente fazia o toque, depois a tricotomia, o enema, dava uma camisolinha para a paciente e ela ia para o banheiro fazer sua higiene, depois ela era levada para a sala de parto. No começo não tinha residente e nem doutorando, a gente é que atendia a admissão e a sala de parto. Muitas vezes a gente estava fazendo parto, e logo chegava uma e ganhava, chegava outra e ganhava. Muitas das vezes tínhamos que cortar o cordão umbilical e fazer outro parto, porque não tinha quem atendesse. Nessa época, só trabalhava uma parteira e uma atendente, além do médico de plantão, que ficava mais com os procedimentos maiores, como cesarianas e abortos. Nós até limpávamos as secreções que as pacientes faziam no chão e no leito, pois não dispúnhamos de uma servente no local. Mais tarde colocaram uma servente para fazer a limpeza da unidade, alegando que poderíamos contaminar as pacientes. Na sala de parto não tinha muitos leitos, então a paciente ganhava o bebê e logo era levada por nós à unidade de internação. Muitas pacientes ficavam na maca aguardando para serem atendidas. Nós fazíamos a verificação dos batimentos cardíacos, exames de toque, colocávamos medicamentos na paciente quando eram solicitados pelos médicos. Conversávamos, fazíamos carinho na paciente para que elas ficassem calmas. Dizíamos para ela não se desesperar, pois o bebê logo ia nascer. Dizíamos para ela fazer força quando vinha a contração, pois assim ajudava na dilatação do colo e o bebê descia mais. Dizíamos assim: “Tá tudo bem, querida, tá tudo normal, está tudo correndo bem, a senhora vai ter um pouquinho de paciência que o bebê não vai demorar a nascer”. Através do toque e também pelo número e intensidade das contrações já sabíamos qual era a situação de cada paciente. Recordo-me de um caso de um feto de sete meses com apresentação pélvica, e bolsa rota onde esta estava em franco trabalho de parto. Mas acontece que, durante o nascimento, a apresentação mudou e os ombros entravaram. Fiquei bem nervosa com a situação, então telefonei para o centro cirúrgico à procura de ajuda. O plantão médico era o Dr. Murilo Mota, e como ele estava fazendo uma cesariana, ele mandou recado que ele não podia atender, pois estava ocupado. Esperei, esperei, aí foi indo devagar, até que o bebê nasceu. Graças a Deus, deu tudo certo! Mas tinha hora que a gente passava por cada situação delicada, que somente com a ajuda divina e muita paciência é que resolvíamos tudo. A minha relação com as demais parteiras era boa, tinha umas mais espertas do que eu, porque eu era uma pessoa que gostava de fazer as coisas mais devagar. Era o meu jeito, mas tinha outras coisas que eu fazia mais rápido. E a relação com as enfermeiras foi assim até que prejudicada, pois no começo não tínhamos uma enfermeira fixa na sala de parto, eu me lembro mais recente da enfermeira Odalea. Esta sim, era boa, muito boa, ela entendia bastante, nunca tive problemas com ela. Eu pensava da seguinte maneira: que a enfermeira obstétrica, ela tinha outro padrão, e a parteira era baixa em relação a ela. A enfermeira obstétrica era uma pessoa que tinha a teoria, tinha estudos, tinha uma faculdade e nós não tínhamos, então ela era diferente de nós, elas mandavam e nós éramos submissas às ordens que recebíamos. Em 1953, quando eu me formei como parteira, não tinha faculdade de enfermagem aqui em Florianópolis, eu gostaria muito de ter feito faculdade, pois entre nós e a enfermeira havia uma diferença, essa não era na prática, mas na instrução. A relação que tínhamos com os médicos era exclusivamente de respeito mútuo, eu não era capaz de ofender sequer algum deles, mesmo sabendo que eles tinham a teoria, mas não tinham a prática. Muitos médicos gostavam de trabalhar com as parteiras, eles confiavam na gente, porque havia uma troca de necessidades que unia essa relação de trabalho, e esta era fiel, não tinha preço, não tinha hora, e nem interesse

algun de valorização financeira. Alguns até davam uma contribuição para as parteiras numa certa época, mas não eram todos, e essa quantia era dividida entre as parteiras. A parteira que sempre estava pedindo ajuda para os médicos era a Dona Sofia. Ela era mais idosa e mais experiente na Carmela do que eu. Eu já não ligava para esse tipo de coisa. Muitas vezes eu chamava-os de senhor e eles se espantavam com o rigor com que me dirigia até eles, então diziam: “Nossa, Dona Flora, a senhora nos chamando de senhor?” Eles me chamavam pelo meu apelido, que era Flora, mas mesmo eles sendo mais novos que eu, continuava a chamá-los daquela maneira, era uma questão de respeito. Recebíamos diversos residentes e doutorandos de medicina, porque eles faziam seus estágios da Universidade na sala de parto. Nós tínhamos muitos contatos com eles e sempre nos pediam para ensiná-los, pois ficavam ansiosos para saber cada vez mais, aí nós ensinávamos. O médico de plantão nem sempre podia estar com eles nos estágios, sendo que nós, parteiras, estávamos sempre na sala de parto. A gente tinha bastante experiência de parto, então no toque já sabíamos qual era a apresentação desse feto e suas condições. Nós só internávamos a paciente em trabalho de parto com a dilatação do colo igual ou superior a três centímetros, com descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, com infecção urinária, diabetes descompensada, pré-eclâmpsia e se estava com bolsa rota. No caso da bolsa rota era para prevenir uma infecção no feto. E se o colo estivesse fechado ou não, ela aguardava na unidade para ver se ocorria uma evolução no parto. Se acaso complicasse, ou evoluía o trabalho de parto, então esta paciente era encaminhada à sala de parto. Ali eram feitos todos os cuidados para controlar e assistir a paciente até o nascimento. As pacientes ficavam no pré-parto aguardando a evolução do trabalho de parto, muitas dessas pacientes ficavam deitadas nas camas, outras ficavam andando, já outras gritavam e choravam, tinha aquelas mais desesperadas que batiam na cama e rasgavam até a camisola e o lençol. As pacientes em trabalho de parto não se alimentavam, ficavam em jejum, o tempo todo, pois com o passar do tempo as contrações aumentavam de intensidade e a tendência era delas vomitarem após a ingesta alimentar. Somente era aberta uma exceção quando o trabalho de parto não evoluía. De vez em quando, nós oferecíamos água para as pacientes em pequena quantidade, pois elas gastavam muita energia. A paciente só ia pra sala de parto com dilatação total, estando com o colo bem fininho, isto se ela fosse primípara. Se fosse múltipara podíamos levá-la com nove centímetros; além disso, tínhamos que ver se a sala não estava sendo ocupada, pois só tínhamos uma sala para fazer o parto nesta época, depois é que fizeram uma outra. Quando a paciente ia para a sala de parto nós colocávamos a paciente deitada na mesa cirúrgica, depois colocávamos as pernas em cima das pernas, pedia para ela colocar a pelve bem embaixo na mesa, segurar no ferro da perneira, e puxar com bastante força em direção favorável a ela, quando ocorresse alguma contração. Tinha sempre algumas pacientes que ficavam com medo e inseguras, por isso gritavam, esperneavam, chegavam até agredir-nos, mas tentávamos pedir para elas ficarem calmas, pois o bebê só ia nascer se elas ajudassem. Muitas pacientes até beliscavam, mordiam e davam pontapé na gente na hora da contração. Algumas pacientes não conseguiam fazer força necessária na hora do parto, então era feita uma manobra em cima do abdômen da paciente para ajudar o bebê a nascer. Essa manobra era chamada por nós de Kraft e depois passou a ser chamada de Kristeler e era feita pelos médicos ou então por funcionárias mais fortes. Eu nunca fiz, pois não gostava disso, eu tinha pena da paciente. Essa manobra tinha que ser bem feita para não machucar a paciente, nem o bebê, e dava resultados favoráveis, evitando dessa maneira que fosse usado o fórceps. Os médicos que costumavam a aplicar o fórceps eram o Dr. Nazareno e o Dr. Klaus, este último fazia este procedimento muito bem, às vezes usava só uma

colher do fórceps para ajudar na hora da saída do bebê, no caso uma apresentação de face. Quando nós estávamos realizando algum procedimento na paciente, nós explicávamos o que estávamos fazendo para que ela pudesse participar daquele momento o máximo possível. Na hora de aplicar a anestesia, nós esperávamos a hora certa para injetar aquela agulha grande, muita das vezes não dava tempo de aplicar a anestesia, pois o bebê já estava nascendo, então cortávamos o períneo sem a anestesia. Em outras vezes, o período expulsivo era tão rápido que nem a episiotomia dava tempo de fazer, então ocorria a laceração do períneo; umas lacerações eram pequenas, outras já eram extensas, o que acabava dificultando a sutura. Quanto à placenta, às vezes pegávamos umas que demoravam a sair, outras acabavam não saindo, tendo que serem submetidas a uma anestesia maior para haver uma curetagem dentro do centro cirúrgico. Outro caso que tínhamos que prestar muita atenção eram as atonias uterinas, que ocorriam principalmente com múltíparas, e isto ocorria depois da saída da placenta, então aplicávamos a Pituitina, que era um medicamento para contrair o útero. Lembro-me bem do Dr. Huri, ele era quem sempre mandava eu fazer essa medicação, e nós fazíamos no músculo e quando esse medicamento era feito, então não ocorria atonia uterina. Eram casos perigosos que tínhamos que ficar atentas, pois muitas podiam ir a óbito. Algumas pacientes quando já estavam na enfermaria começavam ocorrer hemorragias, então tínhamos que ficar atentas. Quando o bebê nascia nós pegávamos, enxugávamos, cortávamos o cordão umbilical e entregávamos para a atendente. Essa atendente colocava no berço aquecido, ali na própria sala, e fazia alguns procedimentos tais como: aspirávamos as secreções do nariz e da boca, aquecíamos e o identificávamos. Esse bebê era mostrado para a paciente e levado para o berçário que ficava ao lado. Nós o passávamos por uma janela que ficava na mesma sala de parto e dava acesso ao berçário. Antes do nascimento do bebê, quando tinha mecônio, nós já avisávamos o médico, e se os batimentos cardíacos começassem a oscilar então essa paciente era encaminhada ao centro cirúrgico para fazer uma cesariana. E se acaso os batimentos cardíacos melhorassem, então era feito o parto normal e o mecônio era aspirado com uma sonda na hora do nascimento, para evitar que as secreções fossem para o pulmão. E se por ventura o bebê necessitasse de um cuidado maior, então o levávamos bem enroladinho para o berçário de alto risco que ficava no piso superior, através de uma escada externa. Para verificar os batimentos cardíacos, nós usávamos o estetoscópio de madeira. Depois de um tempo é que veio o sonar, mas este não agüentava muito tempo na sala de parto, pois os doutorandos colocavam aquela vaselina para escorregar e não limpavam direito, e com aquilo num instante acabava com o aparelho. Eu gostava mais do sonar do que do estetoscópio de pinard, pois eu tinha dificuldade de audição no ouvido direito, devido uma infecção que peguei durante a minha jornada de trabalho que fazia antes de entrar na maternidade. Eu nunca falei para ninguém que não escutava de um lado, e eles nunca me perguntaram também, pois eu tinha vergonha. Quando precisava usar o estetoscópio de pinard então eu colocava o ouvido esquerdo para usá-lo. Uma coisa que acontecia era quando o bebê e a paciente saíam da sala de parto. Nós não sabíamos mais nada deles daí por diante, pois ficávamos dentro da sala de parto e ninguém falava mais nada a respeito. Quanto aos materiais que usávamos na sala de parto, no começo eram utilizados, lavados e mandados para esterilizar; depois de um certo tempo, eles começaram a serem descartáveis, mas isso foi mais para o final, quando eu já estava quase para me aposentar. Lembro-me que tinha algumas vezes que tínhamos que pegar as agulhas rombudas e passá-las na pedra para alisá-las. Outra coisa que fazíamos na sala de parto era lavar as luvas usadas. Nós lavávamos, enxugávamos e depois iam para esterilização. Essas luvas depois eram reutilizadas para procedimentos. Quando

tínhamos algum tempinho, fazíamos torundas de gaze, bolinhas de algodão e dobrávamos gaze. Isso tudo depois de um tempo já vinha pronto e esterilizado. A gente usava luva, gorro e máscara para fazer o parto; isso tudo não era usado quando eu entrei na Carmela, somente foi colocado depois. Nós não tínhamos a preocupação de pegar alguma doença, somente quando apareceu a Aids é que começamos a nos prevenir. Eu me sinto satisfeita por ter sido parteira, porque se eu não tivesse feito o curso eu não teria trabalhado e hoje não teria um ganho para sobreviver. Além disso, a satisfação de ter sido homenageada no município de Biguaçu, cidade essa que tantos partos fiz, e que até hoje, encontro sempre alguém nas ruas que me referencia como sendo a sua parteira; isto me deixa muito orgulhosa na minha profissão. Trabalhei bastante nesta minha vida como parteira, passei bastante dificuldade financeira, até de saúde, mas superei tudo através de meu próprio esforço. A Carmela era um lugar que não valorizava essas coisas de trabalho, eu nunca fui homenageada. Eu me lembro que quando a Valdéria se aposentou ela escreveu umas palavras bonitas para a maternidade do que ela sentia e achava. Mas eu nunca fiquei sabendo se elogiaram-na a respeito disso. Uma coisa que me entristecia era quando alguma coisa dava errada, então se comentava nos corredores que eram as parteiras, as culpadas; mas quando tinha tido algum êxito nos procedimentos, então não éramos nós. A gente sente saudades daquele tempo, daquelas funcionárias que conhecemos e que já se foram e que nós também iremos e que todo mundo irá. Eu só acho que nós trabalhamos, trabalhamos e cansamos, pois eram noites cansativas, noites doídas, noites de frio, noite de calor insuportável, não tinha nem ar condicionado, ficávamos fechadas naquela sala de parto, não podíamos sair. Não foi fácil! Gostei muito da entrevista, porque me fez lembrar do passado, de muitas coisas que eu já tinha até esquecido. Coisas boas e coisas ruins...

Memórias de Maura Felicidade Machado



Foto 28 – Maura na escada de sua casa, 2004

Meu nome é Maura Felicidade Machado. Sou natural de Palhoça, nasci em 1949, hoje estou com cinquenta e seis anos. Sou casada e tive cinco filhos, sendo duas filhas e três filhos adotivos. José Jacinto Martins era o nome do meu pai. O nome da minha mãe é Felicidade Maria Martins e ela está com setenta e oito anos. Atualmente estou residindo no Rio Tavares, num lugar bem tranqüilo e bem arborizado. Meu primeiro emprego e o último foi na MCD em 1967. Lembro-me que estava procurando emprego. Tinha feito um concurso para serviçal no Hospital Governador Celso Ramos, devido a sua inauguração que iria ocorrer em 1968. A chamada do concurso era por ordem alfabética, então até chegar o meu nome o processo ia demorar. Pensando nisso, resolvi ir procurar a chefia da MCD para solicitar um emprego naquela instituição. Fui até a maternidade e procurei o Diretor daquela instituição, o Dr. Valmor Garcia, e expus a minha situação. Disse-lhe que tinha apenas o primeiro grau e qualquer emprego para mim estava bom. Como nesta época não admitiam mulheres casadas para trabalhar, então omiti esta particularidade. Na verdade eu era apenas amasiada, não havia casado no papel. O diretor me recebeu muito bem, e me pediu para que fosse falar com a irmã Cacilda, pois esta estava precisando de funcionárias da enfermagem para o centro cirúrgico. Ao sair dali, me dirigi até a irmã Cacilda e ela me disse que realmente estava precisando para a enfermagem. Ela ainda me disse se me adaptasse durante dez dias no centro cirúrgico, então eles me admitiriam e que esses dias não seriam pagos. Eu aceitei a proposta e comecei a trabalhar no centro cirúrgico com ajuda de outras funcionárias que foram me ensinando a instrumentar. De início foi difícil, devido ao cheiro de sangue; logo, com muito esforço, consegui. Eu aprendi rápido, sendo que logo estava instrumentando sozinha com o próprio diretor, que por sinal me elogiou muito no final da cirurgia. Eles ficaram tão satisfeitos comigo que até aqueles dez dias que seriam de experiência, eles me pagaram. Aí, a partir de 1967, fui

contratada como atendente de enfermagem e trabalhei no centro cirúrgico durante dezessete anos. Em 1977, foi realizado um curso de formação de parteiras dentro da Carmela. O diretor da Maternidade, o Dr. Norton, vendo da necessidade que se fazia dessa profissional dentro da sala de parto, então incentivou os médicos a participarem desse curso, assim como algumas atendentes, a fazerem o curso. Esse curso teve duração de seis meses e foram dadas aulas teóricas e práticas pelos médicos que eram: o Dr. Jorge, o Dr. Nazareno e o Dr. Klaus. Depois do curso eles aproveitaram a gente que tinha feito o curso para trabalhar como parteira. Esse curso foi registrado pela Superintendência da Saúde e a partir dessa data fui registrada como auxiliar de serviços obstétricos. Trabalhei durante um ano no posto de enfermagem devido à necessidade do serviço, antes de ir para a sala de parto. Eu fiz um estágio de três meses junto com os médicos e as parteiras na sala de parto para adquirir mais experiência. Depois de eu me sentir mais segura então eu assumi a sala de parto em 1985. Dentro da sala de parto eu trabalhei durante dez anos. As atendentes que fizeram o curso de parteira comigo eram: a Angelina, a Eunice, a Bernadete e a Lucimar. Quando eu entrei na sala de parto, a relação que tivemos com as parteiras que já trabalhavam naquele serviço foi um pouco difícil de início, por parte de algumas, um ciúme por estarmos se juntando ao grupo, pois ganhávamos a mesma coisa que elas que estavam naquele serviço há muitos anos, e nós tínhamos pouca experiência sobre parto. Elas, percebendo tal situação, ficaram magoadas conosco, e se retraíram. Conforme iam aparecendo as dúvidas, nós perguntávamos para elas que sabiam, mas elas falavam o mínimo possível; isto não era todas, somente algumas. Essa situação não demorou muito, pois logo elas sentiram que a nossa presença só iria melhorar a qualidade do atendimento, além de facilitar que todas tivessem oportunidade de tirar suas férias, licenças e até folgas, quando necessário. A Dona Ida, a mais idosa das parteiras, me ensinou muita coisa, pois tinha paciência e me explicava tudo. Ela era muito boa e calma para as pacientes. Eu gostava muito dela. Não demorou muito e ela se aposentou. Tinha também a Dona Sofia, a Dona Maria Tereza, a Valdéria, todas eram parteiras da sala de parto quando nós entramos. Quando uma ia de férias, então o plantão tinha que ser coberto com outra que acabava dobrando, então o plantão ficava desfalcado. O corpo clínico, percebendo essa dificuldade, foi obrigado a formar mais parteiras, e foi o que aconteceu. A minha relação com os médicos e residentes, doutorandos, acadêmicos e enfermeiras sempre foi boa, nunca fui mal tratada por ninguém. As minhas atividades como parteira, eu fazia sem problemas. Quando a paciente chegava, eu examinava, escutava o nenê, e se estava tudo bem e em trabalho de parto eu internava. Mas se acaso eu não tinha certeza, então eu chamava o médico para tirar as dúvidas, porque se não eles vinham e ficavam bravos com a gente, isso era cobrado. Às vezes aparecia aquelas pacientes em pródromos, nós não mandávamos embora, pedíamos para elas ficarem caminhando por algumas horas e depois o residente é que resolvia esses casos, mas se estava em franco trabalho de parto, nós já internávamos. Nós recebíamos muita pressão dos familiares para internarmos a paciente, mas tínhamos que ter muita cautela para explicar a situação para a família. Nos casos de pacientes que internavam, os familiares só iam até a admissão, pois dentro da sala de parto eles nunca entraram. Lembro-me que naquela época tínhamos muito serviço e pouca gente para trabalhar, por isso não dava nem sequer para dar atenção direito para os familiares; nós ficávamos triste com isso, mas precisaríamos ter uma pessoa que ficasse dando atenção para os familiares. Dentro da sala de parto tínhamos sete leitos, eles eram divididos entre si por uma cortina azul. Quanto à medicação das pacientes na sala de parto, era feita através da prescrição médica, onde nós realizávamos e anotávamos no prontuário. Quando a paciente estava com pouca evolução do trabalho de parto, então os médicos prescreviam

um sorinho com duas unidades de ocitocina em quinhentos ml. Às vezes, dependendo do caso, eles aumentavam para cinco unidades. Mas a média era duas unidades. A maternidade tinha uma grande demanda de pacientes, pois na época não existia o Hospital Regional de São José, então era parto o dia todo e a noite também. Nós atendíamos por noite em torno de vinte partos. Trabalhei durante o período diurno também, e nós dividíamos uma parteira na sala de parto e a outra na admissão. E quando não tinha parteira, então nós puxávamos na escala, e quando não dava, então ficávamos sozinhas com a atendente. Quanto às orientações para as pacientes, nós orientávamos para que elas ficassem em pé o máximo que pudessem, e se fossem deitar, então deveria ser do lado esquerdo, tentando manter uma respiração mais tranqüila, procurar não gritar, para não faltar oxigênio para o nenê. Algumas pacientes riam, outras choravam, e tinha aquelas que ficavam descontroladas. Tinham pacientes que na hora do parto, quando a gente estava ajudando o médico a fazer uma forcinha no abdômen da paciente, então elas aproveitavam e agarravam na gente para poder se segurar na hora da contração. Uma vez uma paciente me agarrou a mão com suas unhas, chegou a machucar, do tamanho desespero e tensão naquela hora do parto. Nós ficávamos atentas. Quando a paciente era uma múltipara, nós a levávamos para a mesa de parto com oito para nove centímetros, senão o nenê caía no caminho. Mas se fosse primípara, nós esperávamos até que o nenê começasse a coroar, para levarmos para a sala de parto. Tínhamos momentos que era tão corrido na sala de parto, que não dava tempo nem de vestir a luva para amparar o nenê, mas de preferência nós lavávamos as mãos e depois colocávamos as luvas para fazermos partos. Muitos nenês nasceram sem ter o material de parto em mãos, e de tantos partos que ocorriam que não dava tempo. Além do material, tinha também as roupas esterilizadas que eram poucas. Nós tínhamos que dividir as roupas e os materiais para atendermos todas as pacientes que apareciam para ganhar nenê. Tínhamos que dividir um pacote de parto para até três pacientes, para poder ter um lugar esterilizado para colocar o material esterilizado que também era dividido. Era muita gente que nascia, nós não dávamos conta! Tinha noite que nós usávamos até o nosso avental de tecido para apanhar o nenê, e ficávamos com o avental de plástico. Nós fazíamos muito enjambamento, se não, não dava para atender aquelas mulheres todas. Tinha vez, que chegávamos a pegar caixas cirúrgicas no centro cirúrgico para atender os partos, tamanha era a falta de material e também pela demanda que nós tínhamos. Outra coisa que dificultava era o espaço físico para acomodar todas aquelas pacientes, tanto as que já haviam ganhado nenê, como as que iam ganhar. Nós tínhamos que pensar e agir rápido, pois tinha momento que estava fazendo parto em duas pacientes, uma hora tirava o nenê e deixava a paciente para dar o ponto depois, botava um campinho esterilizado nela e ia socorrer um outro parto. Pegava o nenê às vezes duas ou três ficavam esperando para suturar, para poder atender tudo que estava ocorrendo, e depois voltava para suturar todas elas. Olha, não era fácil, não! Nós só tínhamos duas salas de parto em baixo, e no centro cirúrgico tinha mais uma, mas nessa época se ganhava muito na cama do pré-parto. Nossa! Quantos partos nós fizemos na cama, pois não havia mais lugar para que elas pudessem ganhar seus nenês! Quando a paciente ganhava seu nenê na cama, nós só puxávamos a cortina para que a paciente pudesse ter mais privacidade nesta hora e também para que a outra paciente não pudesse ficar mais assustada com a situação. Era bem difícil atender a paciente em trabalho de parto na cama. Às vezes nós colocávamos um travesseiro encapado em baixo da paciente e um campo por cima para poder levantar um pouco o perineo da paciente, a fim de facilitar o nosso trabalho. Nós trabalhávamos com uma atendente, ela é quem circulava na sala e também atendia o nenê. Ela já deixava o bercinho aquecido pronto para receber os nenês que nasciam. Quando tinha várias

pacientes ganhando, então nós tínhamos que ficar bem atentas, pois a primeira coisa que fazíamos era colocar uma pulseira no punho e a identificação do pezinho do nenê. Depois já passávamos para o berçário, e assim fazíamos um de cada vez para não trocarmos os nenês. Graças a Deus nós nunca trocamos nenhum nenê! Não tinha ninguém para ajudar, então tínhamos que deixar a paciente esperando e fazermos essa identificação. Tinha dia que era bem corridinho, mas tinha que ser para que pudéssemos dar conta, devido a demanda de pacientes que atendíamos. Nessa época, não tínhamos pediatra dentro da sala de parto, então tínhamos que aspirar, ou até ventilar o nenê, isto se estivesse tudo bem. Do contrário, levávamos direto para o berçário de alto risco. Nós mesmos levávamos esse nenê. Se tinha alguém, então nós continuávamos fazendo parto, se não, saíamos correndo pelo corredor, subíamos a escada e entregávamos o nenê para o berçário. Sendo que, mais tarde, já tínhamos residente na sala de parto, então melhorou. Nós podíamos fazer outras coisas, além disso aumentou o número de funcionárias. A nossa orientação, para as pacientes quando estavam ganhando nenê, era para que elas respirassem fundo, levantassem a cabeça, segurassem e depois puxassem as pernas quando desse a contração e fizessem força para baixo. Tinha sempre aquela paciente que era mais difícil, essa era mais trabalhosa, mas depois funcionava. Umas cooperavam, outras não, então tínhamos que ajudar ou pedir ajuda na hora do parto, para o nenê nascer. Quando elas não ajudavam então aplicávamos a manobra de Kristeler, onde púnhamos um braço em cima do abdômen da paciente e empurrávamos o útero para baixo quando ocorria contração. Quando nós fazíamos o toque e percebíamos que o nenê tinha uma apresentação pélvica, ou outra que não fosse a normal, então nós passávamos o caso para o médico e ele normalmente levava a paciente para a cesárea. Uma vez não teve como evitar que um nenê nascesse em apresentação pélvica, pois se tratava de uma paciente múltipara, e quando percebi já estava nascendo, esse foi fácil! Mas, primípara eu nunca fiz parto pélvico, pois quando aparecia a gente já chamava o médico. Outra coisa interessante que aconteceu foi o nascimento de gemelares onde a paciente desconhecia o fato. Ela tinha até um ultra-som, onde descrevia apenas um feto. O caso foi tão surpreendente que eu fiquei assustada, porque depois que saiu a placenta, logo percebi que iniciou outra contração e o outro feto veio sem demora. No caso da bolsa rota, a gente era orientada para não fazer muito toque, para evitar contaminação. Às vezes aparecia paciente que não sabia que estava com bolsa rota, ou então já vinham com a bolsa já rota. Quando fazíamos o toque nós anotávamos no prontuário para que não fosse tocada novamente. A preocupação com a bolsa rota era saber a cor do líquido amniótico. Se esse fosse claro, então era normal. Mas se fosse escuro, então era mecônio, e isso podia ser um sinal de sofrimento fetal. Na hora do parto o médico era avisado que era mecônio e então a sonda nasal era colocada ao lado da paciente. Assim que o nenê colocasse a cabeça para fora do períneo ele era logo aspirado, a fim de evitar que o mesmo aspirasse aquela secreção e esta fosse para o pulmão, ocasionando um óbito fetal. Também ficávamos controlando os batimentos cardíofetais; se este variasse, então a paciente era levada imediatamente para cesariana. Quando o caso era importante, então o pediatra era chamado na sala de parto. Era rotina aspirar todo nenê que nascia, não ficava nenhum nenê sem aspirar, muitas vezes fizemos a aspiração das secreções com a perinha, mais tarde é que passou para a sonda nasal. Uma das coisas piores que eu acho na obstetrícia é quando ocorre a morte de um feto no útero; e outra coisa é a indução do trabalho de parto para fetos inviáveis que tenham alguma doença, onde a paciente e a equipe de enfermagem ficam abaladas. Outro caso que me marcou também foi um feto que nasceu sem braços e sem pernas, apenas tinha uma alcinha achatadinha no lugar do pezinho. Depois eu soube que a paciente tinha

tido rubéola. Expliquei tudo bem direitinho para a paciente, porque o pediatra não queria falar sobre o problema do nenê para a paciente. Então eu disse que o nenê tinha um problema com os braços e as pernas, e que o pediatra iria falar com ela mais tarde. Conversei com o pediatra sobre o caso e depois ele explicou para a paciente. Após a conversa com o pediatra ela não queria mais saber da criança. Fui até o leito dela e conversei bastante e sensibilizei-a sobre a criança que não tinha culpa de ter nascido daquela maneira. Mais tarde a paciente começou a repensar no caso e daí por diante a aceitação foi uma questão de momentos. Lembro-me de um parto normal que fiz onde saiu a cabeça, e o ombro estava preso. Fizemos uma forcinha e percebi que era xipófagos, ainda bem que estavam mortos, pois a cabeça e os ombros estavam grudados, o resto do corpo era separado. Nessa época não tinha o ultra-som. Teve um caso que aconteceu com uma paciente que fez tratamento para engravidar durante oito anos e no oitavo mês foi para a maternidade porque o feto não estava mexendo mais. Quando eu fui auscultá-lo com o estetoscópio de pinard eu não consegui ouvir. Então chamei o médico e realmente o feto estava morto. Essa história foi bem triste. Nessa época já existia o sonar também. Sinto muita alegria de falar daquilo que já passou, uns fatos são tristes, já outros são alegres. Gosto muito de crianças, melhor do que uma criança, só duas! Uma coisa eu vou te contar: as condições de trabalho no início da maternidade eram precárias, devido às condições da maternidade onde tinha poucos funcionários e a jornada de trabalho era grande e pesada. Isso se tornava bem cansativo, mesmo assim era gostoso! Na sala de parto, a gente além de fazermos partos, também fazíamos desinfecção das salas, cortava algodão, preparava os pacotinhos de gaze; lavava, secava e encaminhava os materiais para o centro de esterilização, assim como as luvas também. Chegávamos até a remendar as luvas que apresentavam apenas alguns furinhos para fazermos economia e usávamos como luvas de procedimentos, pois se tratava de uma época difícil. Mais tarde as luvas tornaram-se descartáveis. Quanto aos plantões, eram de doze horas, nós trabalhávamos um dia sim e dois não. Todo mundo tinha hora de descanso, só que às vezes não dava para tirar devido a agitação que era o serviço. Quando a sala de parto estava agitada, então era bom se preparar, pois a enfermagem, o centro cirúrgico e outros setores ligados à maternidade também ficavam. As férias naquela época era prioridade das parteiras mais antigas, a gente pegava o mês que sobrava. Os meses mais procurados eram no final do ano e as férias escolares. Quanto ao salário, era pago mensalmente, só que era pouco e insuficiente. A área da saúde nunca valorizou financeiramente os seus funcionários. Outras áreas já eram mais valorizadas, então tínhamos que ter mais de um vínculo empregatício para suprir as necessidades pessoais. As folgas nós tirávamos quando dava, isto pôde ocorrer mais tarde quando o grupo de parteiras era maior, então o plantão era coberto por outra colega. O nosso contrato de trabalho era celetista, mas em 1990 o sistema de contrato passou para estatutário. As enfermeiras chegaram antes de mim na sala de parto, e isso ocorreu antes de 1985, e a enfermeira daquele serviço era a Odalea. A enfermeira Odalea era uma pessoa fora de série. Era ótima em tudo: paciente em lidar com as pessoas, gostava e sabia ensinar. Era calma, amiga e humana com todos que se relacionavam com ela. No início nós demos umas dicas para ela, e com o tempo ela ia aos poucos passando alguns ensinamentos necessários para que pudéssemos nos aperfeiçoar, tornando-nos profissionais mais preparados, porque ela era uma enfermeira obstétrica. Esse título pesava muito, porque ela tinha toda a teoria, e nós não, só tínhamos a prática. Pois praticar com a teoria é bem melhor, é o ideal, porque tu tendo a teoria, tu sabes o porquê das coisas que está fazendo. No curso de parteiras, a teoria foi dada num tempo curto e uma rápida noção de obstetrícia; já na Universidade se tem muito mais conhecimento e este é mais aprofundado. Graças a Deus eu nunca tive maiores problemas,

pois quando me deparava com alguma coisa mais difícil, eu logo parava, orava e pedia a Deus a sabedoria. E prontamente eu era atendida. Nós fomos treinadas para realizar todas as técnicas de parto normal, portanto, fazíamos episiotomia e episiorrafia com anestesia local. Era necessário ter uma noção de anatomia e delimitar bem o local para se fazer a anestesia, porque do contrário a anestesia não tinha sua função desejada. Já a episiotomia tinha que ser feita quando o períneo estava todo distendido durante a contração, pois era o momento adequado para ser realizado tal procedimento, com um mínimo de dor possível. Havia casos de ocorrer laceração do períneo e este ser profundo, isto ocorria nos casos onde o nenê era bem grande, então era necessária a ajuda de um residente para suturar todas as camadas mais profundas, para depois fazer as mais superficiais. Em relação aos materiais que se utilizavam, estes eram reesterilizados, até que a partir da década de 90, esses materiais passaram a ser descartáveis, porque a situação dos hospitais era outra. Além disso, novas doenças foram aparecendo e as pessoas começaram a exigir mais segurança nos procedimentos invasivos. Lembro-me de alguns residentes dessa época que eram: o Dr. Luiz Artur, o Dr. Afonso, o Dr. Crippa, a Dr^a. Raquel, a Dr^a. Miriam, a Dr^a. Simone, a Dr^a. Duzane, a Dr^a. Andréia, a Dr^a. Adriane, o Dr. Jeancarlo, o Dr. Jean, a Dr^a. Emarize e a Dr^a. Jeancarla. Teve uma época que só passavam residentes, depois é que vieram os doutorandos, e ficaram residentes e doutorandos. Fiz parto até me aposentar, pois quando precisava eu ajudava, mas ultimamente eram os residentes que faziam os partos e nós fazíamos outras atividades assistenciais. Eu amei trabalhar no hospital. Primeiro achei que não ia conseguir, por causa do cheiro de sangue. Aquele cheiro me dava enjôo, mas eu persisti, porque precisava trabalhar. Depois fui gostando. Eu amava quando era cesárea, só para ver o nenê nascer, eu sempre gostei de nascimento. A maior parte dos nascimentos que ocorria no Centro Cirúrgico era cesárea, mas o parto normal era melhor; mas se acaso houvesse uma necessidade, então era importante realizar a cesárea. Eu realizei muitos partos, das mais variadas raças, cores, desde a mais jovem, com doze anos, até a mais idosa, com quarenta e dois anos. Lembro-me que tivemos um caso de uma garota de dez anos que fez cesariana, porque ela era muito jovem e a criança era bem grande. Nessa época as famílias eram bem numerosas, e as mulheres começavam a ganhar filhos bem novas, e continuavam a gestar com uma idade mais avançada; além do mais eram poucas mulheres que trabalhavam fora de casa. A amamentação era feita somente depois, no leito das pacientes. Primeiro o nenê ficava no berçário fazendo os primeiros cuidados e somente depois de mais ou menos duas horas é que a paciente poderia amamentar o seu filho. Na hora do parto normal, quando o nenê nascia, ele era mostrado para a paciente, e às vezes ficava um pouco mais do lado dela. Já na cesárea, assim que ele nascia era mostrado rapidamente para a paciente, e logo era encaminhado para o berçário. Tinha casos onde a paciente tinha repulsa de seu nenê, ela não queria nem vê-lo. Esse gesto nos deixava tristes de ver uma criança rejeitada pela própria mãe. A cada nenê que nascia, eu sentia uma emoção tão grande, parecia que era eu que estava ganhando. Eu gostaria de falar uma coisa, quando tiveres atendendo uma paciente não olha para ela com interesse, se ela é pobre ou rica, se é culta ou ignorante, mas sim como um ser humano que necessita de atenção, porque aquela pessoa que é pobre, às vezes está precisando mais de um apoio, de um carinho do que propriamente de um remédio. Outra coisa que eu queria falar era que nós devíamos sempre agradecer a Deus pelas coisas que ele nos oferece, pois ele sempre atende aos nossos chamados. Trabalhei durante vinte e sete anos na MCD e me aposentei em 1994. Aposentei-me antes porque na época houve muitas conversas a respeito da aposentadoria. Nessa conversa diziam que seria mais difícil se aposentar quem esperasse para fazer isso mais tarde; então, receosa com

os comentários, decidi me aposentar. Mais tarde eu me arrependi de ter me aposentado, mas por um lado foi bom, porque eu tive que cuidar de uma filha que se acidentou num choque de um carro com um caminhão e que a deixou na UTI durante quarenta e cinco dias. Valeu a pena ter lembrado de tanta coisa que já passou e que agora fica na lembrança.

Apêndice 04 – Parecer do Comitê de Ética em Seres Humanos



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 295/05**

I – Identificação:

- Título do Projeto: **REMEMORAÇÃO DAS VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS DAS PARTEIRAS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS/SC, NO PERÍODO DE 1956 A 1986.**
- Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Miriam Susskind Borenstein
- Pesquisador Principal: Neli Silvia Andreazzi Canassa
- Data Coleta dados: Início: Outubro/2005 Término previsto: Abril/2006
- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade Outras: Maternidade Carmela Dutra, Comunidade e Outras

II - Objetivos:

Rememorar as vivências profissionais das parteiras da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, no período de 1956 a 1986.

III - Sumário do Projeto

A) INFORMAÇÃO GERAL

B) TÍTULO DO PROJETO: REMEMORAÇÃO DAS VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS DAS PARTEIRAS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS/SC, NO PERÍODO D 1956 A 1986.

- 1) PESQUISADOR RESPONSÁVEL (ORIENTADOR): Profa. Dra. Miriam Susskind Borenstein
- 3) PESQUISADOR PRINCIPAL: Neli Silvia Andreazzi Canassi
- 4) Data proposta para início da coleta de dados: Out 2005 Término previsto: Out/2005
- 5) Indique onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Maternidade Carmela Dutra e Outras

Este projeto não foi apreciado anteriormente pelo Comitê de Ética.

IV – Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, haja vista que se trata de uma pesquisa qualitativa com uma abordagem sócio-histórica, que tem como objetivo rememorar as vivências profissionais das parteiras numa maternidade pública de Florianópolis, no período compreendido entre 1956 a 1986. O período é particularmente importante porque, na época, havia poucos profissionais médicos e as parteiras tinham um reconhecimento social pelo trabalho desempenhado. As parteiras eram percebidas como profissionais que desenvolviam um trabalho com dedicação, doação e muitas vezes até com sacrifício pessoal. As características e o reconhecimento da sociedade pelas atividades das parteiras, naquele período, justifica o desenvolvimento desse estudo, que encontra alicerçado na busca de informações e fatos na Maternidade Carmela Dutra e dos profissionais que vivenciaram esse período, e que não poderia ser ignorado pelos catarinenses e em especial pela população de Florianópolis. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está bem formulado, sendo que as participantes serão contatadas por telefone, com a informação do objetivo do estudo. A qualquer momento, a participante poderá manifestar-se verbalmente, interrompendo a entrevista. Não haverá riscos, sendo que serão respeitadas as limitações das parteiras aposentadas.

Quanto aos benefícios proporcionados pela pesquisa, destaca-se que é importante que as profissionais relembrem os momentos profissionais marcantes, durante o período em que trabalharam na instituição e a valorização deste trabalho, rememoração de um passado e dar voz e vez a essas mulheres. Para a comunidade é fundamental resgatar a história da Maternidade Carmela Dutra. Os princípios bioéticos estão atendidos.

V – Parecer final:

Ante o exposto, somos pela aprovação do projeto em análise.

Vera Lucia Bosco

Vera Lucia Bosco
Coordenadora do CEP

Data da Reunião: 26 de setembro de 2005.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.