



**LUCIA HELENA RODRIGUES DA COSTA**

**MEMÓRIAS DE PARTEIRAS:  
ENTRELAÇANDO GÊNERO E HISTÓRIA DE  
UMA PRÁTICA FEMININA DO CUIDAR**

**FLORIANÓPOLIS  
FEVEREIRO, 2002**

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

**MEMÓRIAS DE PARTEIRAS:  
ENTRELAÇANDO GÊNERO E HISTÓRIA DE UMA  
PRÁTICA FEMININA DO CUIDAR**

*Dissertação apresentada ao Programa (Pós Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título (Mestre em Enfermagem) - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.*

**LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA**

**ORIENTADORA:  
PROFA. DRA. MARIA ITAYRA COELHO DE SOUZA PADILHA**

**Florianópolis,  
2002**

**FLORIANÓPOLIS, 28 DE FEVEREIRO DE 2002**

**MEMÓRIAS DE PARTEIRAS:  
ENTRELAÇANDO GÊNERO E HISTÓRIA DE UMA PRÁTICA  
FEMININA DO CUIDAR**

**LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA**

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 28 de fevereiro de 2002 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.

---

**Dra. Denise Elvira Pires de Pires**  
Coordenadora PEN/UFSC

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha (Presidente)

---

Dra. Dagmar Stermann Meyer (Membro)

---

Dra. Tamara Iwanow Cianciarrullo(Membro)

---

Dra. Flávia Regina Souza Ramos.(Suplente)

“Era uma vez uma menina que tinha como seu melhor amigo um Pássaro Encantado. Ele era encantado por duas razões. Primeiro, porque ele não vivia em gaiolas. Vivia solto. Vinha quando queria. Vinha porque amava. Segundo, porque sempre que voltava suas penas tinham cores diferentes, as cores dos lugares por onde tinha voado. Certa vez voltou com penas imaculadamente brancas, e ele contou estórias de montanhas cobertas de neve. Outra vez suas penas estavam vermelhas, e ele contou estórias de desertos incendiados pelo sol. Era grande a felicidade quando eles estavam juntos. Mas sempre chegava o momento que o pássaro dizia: Tenho de partir. A menina chorava e implorava: Por favor, não vá. Fico tão triste. Terei saudades. E vou chorar[...]Eu também terei saudades dizia o pássaro. Eu também vou chorar. Mas vou lhe contar um segredo: eu só sou encantado por causa da saudade. É a tristeza da saudade que faz com que minhas penas fiquem bonitas. Se eu não for não haverá saudade. E eu

deixarei de ser o Pássaro Encantado. Você deixará de me amar". (Rubem Alves, 1998, p.44-45)

**Para Renata, Daniela e Gabriel**

## Agradecimentos

*[...]o que a memória ama fica eterno. E eternidade não é o sem fim. Eternidade é o tempo quando o longe fica perto. (Rubem Alves)*

À minha mãe Coraci porque desde cedo despertou em mim o gosto pela leitura, e ao meu pai Paulo (que não se encontra mais entre nós), por ter me ensinado a gostar das coisas simples como caminhar descalça pela praia. Inúmeras vezes foi caminhando na praia em Florianópolis que boas idéias surgiram;

Às minhas filhas Renata e Daniela, (em especial à Daniela que me ajudou nas transcrições de algumas entrevistas) e ao meu filho Gabriel pelo amor e carinho que sempre me dedicaram; ao pai deles, Antônio Carlos Miziara que tem sido nos últimos tempos pai e mãe, e à querida Efigênia, secretária do lar indispensável, que sempre esteve cuidando deles;

Aos meus irmãos com quem desde criança tive um relacionamento de amizade, em especial à Lísia Regina, amiga para todas as horas, e ao Paulo Rafael (Soneca) pela sua disponibilidade e gentileza;

“Amigo é coisa pra se guardar, do lado esquerdo do peito” canta Milton Nascimento. Guardo então com muito carinho os mais antigos e os mais recentes, sabendo que posso contar com eles sempre. Cícero José Alves Neto, meu ex-professor de metodologia científica e grande amigo, que me “iniciou nos caminhos da ciência”; Maria José de Lima, amiga querida que me “iniciou nos caminhos do feminismo”; Teomar Alves e Marly Borges, que durante anos compartilharam comigo os caminhos do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Barbacena, e hoje me ajudaram a fazer a revisão e leitura crítica desse texto; à amiga Aparecida Maria de Assis Coelho por estar sempre por perto durante as tempestades; Célia Márcia Fernandes, pela grande amizade e apoio durante o período em que trabalhei na Secretaria de Saúde de Várzea da Palma/MG, onde nasceu efetivamente o projeto desse estudo cuja gestação vinha se sedimentando há anos;

Rizoneide Negreiros pela sua alegria, sinceridade e principalmente pelo incentivo que sempre me deu em busca de novas conquistas; Maísa Tavares de Souza Leite, Ernestina Dourado e Valdete Ruas, que além de colegas da UNIMONTES, são amigas sempre prontas a ajudar; Valdete Silva pela contribuição na elaboração das fotos para a apresentação do trabalho, Agripino Luz Júnior, o amigo querido do Maranhão, pelas incontáveis discussões e reflexões sobre gênero em disciplinas realizadas na UFSC; Joel Mancia, o amigo gaúcho com quem dividi espaço em Florianópolis, conversas intermináveis na madrugada, livrarias e vinho tinto nas noites de muito frio; Maria Elena Carneiro Queiroz (Lelena), seu marido Prof. Roldão Queiroz e seus filhos, moradores de Santa Catarina, que me acolheram em sua família com muito carinho, neut solidão que muitas vezes me assaltou em um ano e meio de Florianópolis.

À minha orientadora Maria Itayra Coelho de Souza Padilha pela competência, paciência e carinho; Prof.a. Míriam Grossi (UFSC) pela maneira maravilhosa com que ensina gênero e pela beleza de pessoa que ela é em todos os sentidos, e à Profa. Dagmar Meyer (UFRGS) por ter se mostrado sempre muito solícita mesmo quando só trocávamos idéias via e-mail sem nos conhecermos pessoalmente;

Às mulheres que participaram como colaboradoras pela grande contribuição sem a qual seria impossível a realização desse estudo;

À Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), na pessoa de nosso diretor de centro Prof. João dos Reis Canela e das/os colegas de departamento que de certa maneira se desdobraram nessa minha ausência, por nos possibilitar ir sempre além, voar rumo ao infinito de idéias e ideais que fazem do ensino uma profissão que vale a pena;

Todos/as vocês estão aqui presentes nesse trabalho, como fagulhas de luz que iluminam e tramam um novo re-nascer. Obrigado!

## RESUMO

O presente estudo procurou resgatar através da memória de parteiras um fazer que historicamente está associado a uma prática feminina, tentando uma aproximação desse fazer com o que se tem proposto atualmente como “humanização do parto”. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a História Oral Temática como método de apreensão dos dados. Seguindo uma tendência de vários oralistas da atualidade, as narrativas coletadas através das entrevistas foram apresentadas na íntegra, textualizadas pela autora, na tentativa de manter toda a força e singularidade contidas nesses discursos. Da pesquisa participaram sete colaboradoras, sendo três do Estado de Santa Catarina e quatro do norte do estado de Minas Gerais. A colônia foi composta por mulheres que durante o período compreendido entre as décadas de quarenta e a década de oitenta dedicaram-se ao ato de partejar, quer seja em âmbito domiciliar ou hospitalar, independente da forma como aprenderam a fazer partos. Tendo como objetivo desvelar o ideário contido nas narrativas à luz de um referencial de gênero, o estudo analisou alguns aspectos codificados como “lugares de significados” que foram: o perfil das parteiras; como e onde partejavam; a vocação; o cuidado, a humanização e a ética. Os dados obtidos evidenciam um fazer já bastante atrelado ao saber/fazer médico, mesclando-se com conhecimentos de senso comum adquiridos com outras mulheres, principalmente no caso das parteiras que não passaram por um aprendizado formal, além de que a maioria delas, direta ou indiretamente estavam ligadas à Enfermagem. Evidencia-se, principalmente quanto à remuneração e à valorização do fazer das parteiras, a confirmação de alguns estereótipos relacionados às relações de gênero, em que o trabalho feminino (cuidado), muito ligado ao espaço privado, doméstico é desvalorizado. Supera-se a visão da parteira como mulher ignorante, além de se tornar evidente que humanização passa pelo engajamento das trabalhadoras em saúde em torno de novas perspectivas político-filosóficas do cuidado exercido por não médicos durante o parto.



## ABSTRACT

This study aims at retrieving from midwives's memories a job that has been historically related to a female practice. It tries to approach this job to what has been proposed these days as "humanization of parturition". It deals with a qualitative study that made use of the Theme Oral History as a method of understanding the data. Following the tendency of several current oral historians, the narratives collected from interviews were presented in its totality and transcribed by the author, in an attempt of keeping all the strength and singularity included in such speech. Seven collaborators participated in the research: three of them from the state of Santa Catarina and four from northern Minas Gerais. The colony was made up of women that, throughout the period of time between the decades of forty and eighty, dedicated to delivering in either private houses or hospitals, no matter how they were taught to do it. Aiming at unfolding the ideal included in the narrative concerning a gender basis, the study analyzed some aspects that were codified as "sites of meanings" which were: the midwives's profile; how and where they used to deliver; vocation; care; humanization and ethics. The collected data shows a job that was already quite linked to medical knowledge and mixed with common sense understanding learned from other women, specially when the midwives didn't have formal education. Moreover the majority of them were directly or indirectly connected to nursing. It is clear through the confirmation of some stereotypes concerning gender (in which the female work is strongly associated to private houses) that their job is depreciated – specially when it comes to salary and importance. The view on midwives as ignorant women is overcome. Besides, it becomes evident that humanization also demands the healthcare workers's dedication about the new political-philosophical perspective of care that is taken by non-physicians during parturition.

## RESUMEN

El presente estudio procuró rescatar , a través de la memoria de parteras, un quehacer que históricamente está asociado a una práctica femenina, intentando una aproximación de ese quehacer con lo que se propone actualmente como “humanización del parto”. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó la Historia Oral Temática como método de aprensión de los datos. Siguiendo la tendencia de varios oralistas actuales, las narraciones recogidas mediante las entrevistas fueron presentadas en su integridad, textualizadas por la autora, intentando mantener toda la fuerza y singularidad contenidas en los discursos. En la investigación participaron siete colaboradoras, siendo tres del estado de Santa Catarina y cuatro del norte del estado de Minas Gerais. La colonia estuvo compuesta por mujeres que durante el período comprendido entre las décadas de cuarenta y ochenta se dedicaban al acto de parrear, tanto en ámbito domiciliario como hospitalario e independientemente de la forma en que aprendieron a hacer partos. Teniendo por objetivo evidenciar el ideario contenido en las narraciones a la luz de un referencial de género, el estudio analizó algunos aspectos codificados como “lugares de significados” que fueron: el perfil de las parteras; como y donde parteaban; la vocación; el cuidado, la humanización y la ética. Los datos obtenidos evidencian un quehacer intimamente ligado al saber/hacer médico, mezclándose con conocimientos de sentido común adquiridos con otras mujeres, principalmente en las parteras que no pasaron por un aprendizaje formal, aunque la mayoría de ellas, directa o indirectamente estaban relacionadas con enfermería. Se evidenció, principalmente en lo referente a la remuneración y a la valoración del quehacer de las parteras, la confirmación de algunos estereotipos relacionados con las relaciones de género, en que el trabajo femenino (cuidado), muy vinculado al espacio privado, doméstico, es desvalorizado. Se supera la visión de la partera como mujer ignorante, además de resultar evidente que la humanización implica incorporación de las trabajadoras en salud a nuevas perspectivas político-filosóficas del cuidado realizado por no médicos durante el parto.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	13
INICIANDO A REFLEXÃO .....	13
1.1 Da minha experiência de vida à escolha da temática[...]	13
1.2 Mapeando o problema .....	16
CAPÍTULO II.....	23
DIALOGANDO COM A LITERATURA SOBRE O ASSUNTO.....	23
2.1 O ato de partejar entre as mulheres antigas .....	23
2.2 O ato de partejar entre as mulheres da idade média à modernidade no ocidente.....	25
2.3 O ato de partejar entre as mulheres brasileiras.....	30
2.4 Fazendo Gênero: a opção por um marco conceitual.....	33
CAPÍTULO III.....	39
O DESVELAMENTO DE UMA PRÁTICA FEMININA DE CUIDAR.....	39
3.1 O início da trama .....	39
3.2. A escolha da trama .....	40
3.3 O desenrolar da trama .....	41
3.4 Quem são estas mulheres?.....	46
CAPÍTULO IV.....	51
ELAS POR ELA .....	51
CAPÍTULO V.....	131
SER PARTEIRA: “LUGARES DE SIGNIFICADOS” E RELAÇÕES DE GÊNERO.....	131
5.1 O perfil das parteiras entrevistadas .....	132
5.2 Onde e como partejavam.....	136
5.3 Da vocação.....	140
5.3.1 Vocação enquanto afinidade com o que se faz, e deve estar presente em todas as pessoas que escolhem uma carreira profissional, independente do gênero.....	140
5.3.2Vocação eminentemente ligada aos papéis de gênero (papéis sexuais).....	142
5.4 Do cuidado, da humanização e da ética.....	144
CAPÍTULO VI.....	158
TECENDO REFLEXÕES FINAIS.....	158
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164



# CAPÍTULO I

## INICIANDO A REFLEXÃO

---

Quando nasci um anjo esbelto, desses que tocam trombeta, anunciou: vai carregar bandeira. Cargo muito pesado pra mulher, Esta espécie ainda envergonhada (ADÉLIA PRADO)

### 1.1 Da minha experiência de vida à escolha da temática[...]

Penso ser importante fazer um breve histórico das razões que me levaram à escolha do tema, porque como afirma Minayo (1996, p.90) o que torna um problema intelectual nasce da experiência prática, “surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de uma determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos”.

Posso dizer que as minhas inquietações iniciaram-se quando do meu envolvimento com a área de saúde ainda muito jovem, aos 15 anos de idade. Daí para o ingresso no Curso de Graduação em Enfermagem aos 18 anos foi um passo. A experiência e a vivência durante os quatro anos de Graduação em Enfermagem não foi das melhores: foi um curso em que as minhas indagações foram muitas vezes interpretadas como “inadequação”. Os princípios da escola eram pautados por uma hierarquia rígida, uma predominância dos aspectos éticos e morais fortemente calcados no modelo sociocultural que privilegia como premissa básica a submissão da mulher (a Enfermagem é uma profissão feminina), marcada pela acriticidade com relação ao papel e objeto de trabalho da Enfermagem, e subordinada ao modelo médico hegemônico.

A primeira experiência profissional como enfermeira em um hospital universitário revelou-se um *continuum* do modelo da escola. Depois de um ano, abandonei o trabalho como enfermeira, acreditando à época, que jamais retornaria à área de saúde: sentia-me completamente presa e sufocada. Assumi temporariamente o único papel que me foi permitido naquele momento: esposa e mãe. Mas não consegui conviver apenas com o espaço doméstico, e quatro anos após ter deixado o trabalho no hospital estava novamente na Universidade, dessa vez no Curso de História. Foi o meu primeiro contato real com a sociologia, filosofia, antropologia, a história e a possibilidade concreta de fazer pesquisa. Mas a melhor coisa era me sentir livre para pensar e questionar. Intelectualmente eu me encontrei e descobri que o que era considerado “inadequação” da minha personalidade dentro do Curso de Enfermagem, ali era considerado um valor.

Nesse contexto, o primeiro trabalho que desenvolvi, como parte da disciplina de Métodos e Técnicas de Pesquisa, buscava uma abordagem sob a ótica das questões de gênero: “por quê as profissões de maioria feminina eram desvalorizadas e em que medida o ensino dessas profissões contribuía para manter a mulher em condições de subalternidade em relação aos homens? Comecei a participar de grupos de debate e pesquisa e em pouco tempo um universo muito rico logo se revelou. Foi nesse período que Cícero Alves Neto, professor de metodologia científica do Departamento de Ciências Humanas e Artes da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), iniciou um grupo de estudos que hoje é denominado de Grupo de Estudos Metodológicos (GEM) do qual eu fiz parte.

A partir daí comecei a entender toda a complexidade histórica e cultural da inserção da Enfermagem enquanto profissão e o meu olhar sobre a saúde nunca mais foi o mesmo, porque agora era possível compreender as contradições. Comecei a entender que era possível abordar as questões de saúde por um outro ângulo, numa outra perspectiva, e que eu precisava voltar à Enfermagem como sujeito de transformação. Por razões de ordem pessoal não pude concluir o Curso de História, mas a visão de mundo que se consolidou em mim depois da passagem pelas Ciências Humanas permitiu mudar o curso de minha vida como mulher e enfermeira.

Voltei à Enfermagem num período em que se consolidava o surgimento dos primeiros trabalhos que buscavam uma análise mais crítica da profissão (SILVA,1986; ALMEIDA; ROCHA, 1986; REZENDE,1986; PIRES,1989) e apontavam na direção do que sempre me inquietara desde a graduação, ou seja, a inserção social da profissão. Dentro dessa nova conjuntura voltei a desenvolver minhas atividades como enfermeira, tendo uma participação

efetiva junto à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN-M.G.) e como docente do curso médico da Faculdade de Medicina de Barbacena- MG.

É oportuno enfatizar que quer seja pelo trabalho institucionalizado, ou em trabalhos voluntários, sempre estive ligada às atividades relacionadas à saúde da mulher, e em julho de 1998 fui convidada a implantar um programa de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama no município de Várzea da Palma no norte do Estado de Minas Gerais. Elaborei um programa que privilegiava a educação em saúde através das reuniões com as mulheres nas comunidades, e as consultas de enfermagem. Do universo de mulheres do Programa composto por 6.900 mulheres, na faixa etária de vinte a 20 a 60, cerca de 60% jamais haviam consultado um ginecologista e a maioria dos adultos da cidade com idade superior a 26 anos haviam nascido pelas mãos de parteiras. E mais: ainda hoje em alguns hospitais, os partos são realizados por “antigas enfermeiras”, que são na realidade atendentes ou auxiliares de enfermagem. (COSTA, 1998)

As reuniões com as mulheres e as consultas de enfermagem foram desvelando um universo muito vasto a respeito das próprias concepções e representações que essas mulheres possuem sobre si mesmas, e que ficam escamoteadas na visão tecnicista dos profissionais de saúde, inclusive das próprias enfermeiras.

No final de 1998 participei de um Seminário em Montes Claros- MG sob o título de “Maternidade Segura à luz da Humanização”, e pude então me inteirar da forma muitas vezes equivocada em que se estava repensando a humanização do parto: na maioria das vezes ele continuava centrado na visão do médico e sob a coordenação do mesmo não buscando uma aproximação concreta com a realidade vivenciada pelas mulheres. Além disso, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) muitas vezes tem uma atuação essencialmente punitiva com relação às ocupacionais de enfermagem que realizam partos, sem entender a complexidade e a dimensão histórica e cultural da enfermagem como um todo, e as suas relações com as questões de gênero. Cito como exemplo, a situação ocorrida neste evento quando, com o auditório lotado, ouvimos de um médico considerado um dos grandes expoentes da obstetrícia mineira, que se tratava de uma “desmoralização” para os médicos aceitarem que enfermeiras fizessem partos. A representante oficial do COREN- MG (regional) ali se encontrava, bem como as docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e não se manifestaram.

Acredito que desvendar o contexto sociocultural e histórico da prática das parteiras<sup>1</sup>, bem como as suas (possíveis) relações com a historicidade do ato de partejar de hegemonia feminina através da história nos dará uma nova perspectiva da nossa própria inserção social e profissional enquanto enfermeiras. O que me leva a acreditar nessa possibilidade é o fato de que as parteiras, historicamente, desenvolveram sua prática paralelamente a medicina até a instituição da caça às bruxas, enquanto a Enfermagem profissional moderna nasce no espaço intra-hospitalar no século XIX, incorporando desde o início a divisão social (sexual) do trabalho, num espaço de poder médico masculino.

Comprometida com o desvelamento das relações que perpassam a prática tocológica dentro das representações da corporalidade, sexualidade e fecundidade feminina a partir de um contexto social concreto, poderei me juntar a outras companheiras que acreditam na pesquisa como prática transformadora das relações sociais.

## **1.2 Mapeando o problema**

Há números que apontam para as altas taxas de morbi-mortalidade materna devido às complicações do parto e/ou gravidez no Brasil e várias partes do mundo, em que uma série de fatores sócio-econômicos aprofundam a situação de miséria dos povos, e conseqüentemente a qualidade assistência à saúde. (HOLZMANN, 1998; RIESCO, 1999)

O trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Estudos “Mulher e Políticas Públicas” em 1996, apresentou uma análise a partir de onze municípios brasileiros, avaliando-se práticas educativas em saúde sob a perspectiva do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), o qual demonstra a situação precária em que se encontra a assistência ao parto e puerpério. Sobre a assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) diz que “O desempenho da assistência ao parto hospitalar nos Municípios visitados, parece estar em consonância com o quadro observado para todas as regiões do Brasil, onde é evidente a falta e/ou a redução de leitos públicos obstétricos, nos últimos anos”. O documento afirma ainda que os serviços privados contratados pelo SUS não complementam a rede de assistência de maneira adequada, e que “esta situação se reflete e engrossa os indicadores de morbimortalidade de mulheres e crianças, uma vez que é alarmante o número de cesáreas

---

<sup>1</sup> O termo parteira nesse trabalho será usado para designar as mulheres que se dedicaram ao ato de partejar independente de sua formação. Entendemos que o termo parteira tem significados diferentes de acordo com o momento histórico e a cultura de cada sociedade. No Brasil, ainda hoje há um leque vasto e multifacetado de mulheres que partejam/ e ou partejaram que são chamadas parteiras.



desnecessárias e suas conseqüências tais como: complicações anestésicas, acidentes hemorrágicos, infecções, prematuridade” (IBAM, 1996, p.53)

É possível confirmar a atualidade dos dados acima mencionados pelos números apresentados pelo Ministro da Saúde José Serra em artigo publicado no caderno opinião Folha de São Paulo (4/6/2000): “[...]o índice de morbi-mortalidade materna no país chegou a 30 mil óbitos em cem mil em 1998. [...] O recurso abusivo à cesariana agrava o problema, pois, acredite, aumenta o risco de morte da mãe em sete vezes e em três vezes o dos recém-nascidos”, e continuando sua argumentação diz que apesar das políticas de Saúde implementadas no setor nos últimos anos para reverter essa grave situação ainda estamos aquém do desejável porque:

[...]ainda estamos longe de uma situação perfeitamente decente na área da maternidade. [...] Há também, ainda, muita perambulação de mulheres em busca de vagas no momento do parto, além de muita falta de consideração e delicadeza nas horas anteriores ao parto, durante seu transcorrer e logo depois dele. E, afinal de contas, a mortalidade materna é ainda muito alta”. Serra (FOLHA DE S. PAULO, 4/6/2000)

Assim, o Ministério da Saúde torna prioritário o Programa de Humanização do Parto com o Projeto Maternidade Segura, que a meu ver por si só não apresenta modificações concretas na inversão deste quadro, uma vez que não contempla nas instituições formadoras dos profissionais de saúde uma abordagem que desvele a realidade sócio cultural do país de maneira concreta. Valla e Siqueira apontam nesta direção quando dizem:

A questão socioeconômica é percebida pelo médico como um dos fatores que atuam no processo saúde-doença, mas de forma fragmentada. Tal fato o impede de perceber este processo dentro de uma totalidade. A dinâmica da sociedade desaparece dando lugar a um modelo estático de interpretação da realidade social. Para ele, as classes populares reagem da mesma forma, independentemente do contexto histórico em que estão inseridas. [...] Resta-lhe, então, como alternativa retomar o modelo biologicista, único espaço possível desta relação”. (VALLA; SIQUEIRA, 1995, P.98)

A revista Época trouxe uma bela matéria sobre as parteiras da floresta mostrando números que apontam em outra direção, como é o caso do Estado do Amapá, em “que quase 90% da população do Amapá, composta por menos de meio milhão de habitantes, chega ao mundo pelas mãos de 752 “pegadoras de menino”. Campeão no Brasil em partos normais e ostentando o segundo mais baixo índice de mortalidade infantil, o Estado fez do nascimento tradicional uma política pública” Ainda nessa matéria há uma confirmação dos números de

morbimortalidade materna no país (a cada 10 mil partos normais morrem duas mulheres e a cada 10 mil cesarianas morrem sete) e que o SUS paga R\$ 194, 79 por parto normal realizado em hospitais, R\$ 293, 84 por cesariana, R\$ 54,80 por parto domiciliar que poucas parteiras recebem.<sup>2</sup> Revista Época (março de 2000, p.81).

Parece que a questão que envolve a remuneração das parteiras é um fator que remete a intrínseca relação entre trabalho feminino e trabalho doméstico desvalorizado, passível de não ser remunerado. Trabalho recente sobre parteiras tradicionais rurais do Acre (BESSA; FERREIRA, 1999), à exemplo da reportagem da revista Época sobre as parteiras do Amapá indicam que é um trabalho não remunerado na maior parte das vezes, mantendo uma tradição do trabalho feminino das classes populares.

Atualmente há toda uma mobilização do setor saúde no sentido de garantir a diminuição das taxas de mortalidade materna, dos altos índices de cesariana e incentivo ao parto natural, e garantir a humanização da assistência ao parto. Mas de que maneira se dará esse processo?

Observamos que de maneira geral, na tentativa do resgate da qualidade e da humanização do parto, continua-se a privilegiar a visão dos profissionais de saúde, em especial a visão do médico, sem uma leitura da complexidade cultural que permeia o nascimento, e que precisa passar fatalmente pelo envolvimento real das mulheres nessa discussão. Não é mais possível tratar as dimensões do parto sob a ótica eminentemente técnico-profissional, sem levar em consideração as questões de gênero, cultura, saúde e sociedade que se manifestam nas relações parteira-mulher.

É preciso também desvelar e trazer à luz o perfil dessas cuidadoras não médicas, que durante anos vêm contribuindo na área de saúde no cuidado prestado às mulheres com sua arte de partejar. Riesco afirma que:

a progressiva exclusão da parteira da assistência obstétrica tem raízes conhecidas, ligadas à história da medicina, à evolução da profissão de enfermagem, às transformações no sistema de saúde e modelos assistenciais e à situação da mulher na família, no trabalho e em todas as relações onde o gênero revela a sua força social” (RIESCO, 1999, p. 2)

Desta forma nos coloca uma questão importante com relação à nossa prática enquanto enfermeiras e que nos suscita um questionamento imediato: qual foi a nossa aproximação efetiva com o universo cultural das parteiras e das mulheres de uma maneira geral, fora do espaço hospitalar?

---

<sup>2</sup> Esses valores na atualidade foram mudados em função da política de valorização do parto normal. O parto cesáreo e o parto

Um ponto que considero bastante importante na definição dos rumos da humanização do parto é o local onde este parto acontece ou virá a acontecer. Conforme argumentei em trabalho recente, “Corpo, poder e o ato de partejar: reflexões à luz das relações de gênero”, há que se rever o hospital enquanto espaço de realização do parto uma vez que o mesmo é espaço de hegemonia médica. É preciso também, atentarmos para os espaços “alternativos” de realização do mesmo, (partos domiciliares, casas de parto), uma vez que até mesmo nesses espaços podem evidenciar-se as relações de poder que se dão numa perspectiva de gênero. Exemplifiquei essa situação quando faço argumentações a partir da fala de um agente comunitário de saúde do Acre transcrita no trabalho de (BESSA; FERREIRA, 1999). As falas do agente-parteiro evidenciam uma postura bastante clara na crença da superioridade do homem-parteiro sobre as mulheres-parteiros por ser ele do sexo masculino e não se ater à práticas eminentemente femininas. Nesse estudo aponto para a necessidade de uma leitura que possa ser sensível ao gênero, entendendo que as relações de poder engendradas a partir das relações de gênero não devem ser pensadas a partir do sujeito único, dividido entre masculino e feminino, mas um sujeito complexo engendrado também em classe e etnia. Contudo parece existir tanto nos códigos lingüísticos quanto na cultura manifesta a predominância falocêntrica, o que levaria a uma aproximação significativa com o que Bourdieu chama de dominação masculina construída a partir de conceitos sobre a dominação simbólica. (COSTA, 2000)

Em se tratando especificamente da prática da enfermagem em relação ao parto, acredito ser necessário um reordenamento político-estrutural com vistas a superar o paradigma até então dominante de hegemonia médica. O guia da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1986 aponta a enfermeira obstétrica como a profissional adequada no acompanhamento da gestação e parto normal, mas é bom atentarmos para alguns problemas que enfrentamos neste campo: o número ainda muito pequeno de enfermeiras obstétricas para atender a demanda do país como um todo, e as “permanências” de alguns pressupostos que privilegiam sobremaneira a tecnologia do parto. RIESCO reitera que:

[...]a atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação abre um leque de possibilidades de qualificação profissional, dado que a simples especialização de enfermeiras é incapaz de produzir o necessário e esperado impacto na qualidade e no modelo de assistência ao parto”. (RIESCO, 1999, p.139) (grifos meus)

Faz-se necessário que as enfermeiras ampliem sua visão a respeito do significado de humanização do parto superando os aspectos eminentemente técnicos como fator primeiro de

garantia de humanização conforme aparece no trabalho de Castilho quando faz referência à Casa de Parto de Sapopemba em São Paulo:

“Em outubro de 1998, foi inaugurada dentro do Programa de Saúde da Família/QUALIS em São Paulo no bairro de Sapopemba, a primeira Casa de Partos, onde toda a assistência é dada por enfermeiras obstetras e não há médicos na instituição. O padrão de atendimento na Casa de Parto é estabelecido pela tecnologia apropriada para assistir o nascimento e o parto” (CASTILHO 2000, p.38).

A partir daí a autora vai apresentar uma série de números acerca de horas de trabalho de parto, uso de ocitocina, luvas, episiotomias etc., importantes dentro de uma visão da tecnologia, mas não cita aspectos relevantes do fato de que esta Casa de Partos mantém um vínculo estreito com as famílias, seu modelo de atendimento diferencia-se do modelo hospitalar, não estando atrelada às rotinas ligadas às dietas, horários de visitas, além de relativizar as crenças das mulheres, dentre outros fatores. Neste sentido concordo com a afirmação de Monticelli quando diz que

O que se pode observar é que a abordagem ritual no campo da saúde, embora importante no sentido de trazer contribuições à área, não tem sido objeto sistemático de estudos. No campo da enfermagem, alguns trabalhos vêm sendo realizados. Porém, a maior parte destacando o trabalho interno dos enfermeiros e a estrutura do cuidado em ambientes hospitalares, estes, na maioria das vezes, de conotação exploratória, de caráter técnico e funcionalista. No Brasil, especificamente, trabalhos dessa natureza são inexistentes. Parece existir uma lacuna de conhecimentos no que diz respeito à abordagem dos rituais de cuidado que são desenvolvidos pelos próprios indivíduos, famílias e grupos, em seus contextos culturais. (MONTICELLI 1997, p.58)

Parece que uma mudança na abordagem sobre parto e nascimento levaria a uma distinção fundamental em termos de cuidado durante o mesmo: ele seria visto muito mais como um processo complexo envolvendo várias dimensões da vida humana que um evento isolado que se dá ora no domicílio, como ocorria anteriormente, ora no hospital como ocorre majoritariamente na atualidade. A meu ver essa mudança de viés culminou na discussão sobre humanização e que é mister abordar um pouco o seu significado antes de prosseguir.

Em diferentes dicionários da língua portuguesa consultados há obviamente uma convergência de definições que traduzem “humanização” como “ato ou efeito de humanizar”. À consulta do significado de “humanizar” encontramos no dicionário Aurélio Buarque (2002): “Tornar humano; dar condição humana a; humanar; tornar benévolo, afável tratável” e em Silveira Bueno (1992), “Tornar humano; fazer vir à razão; tornar tratável; civilizar”. A palavra humanização ou o seu efeito, humanizar, leva sempre a uma reflexão filosófica do seu significado que desencadeia no humanismo.

No dicionário de filosofia Abbagnano (1998) diz que há dois sentidos para o humanismo: um deles é o movimento artístico que floresceu com o renascimento na segunda metade do século XIV, e o segundo seriam os movimentos filosóficos que tomam como premissa básica a natureza humana. Embora o humanismo tome aspectos diferenciados a partir do viés filosófico em que está inserido, este mesmo autor afirma: “[...] o humanismo é toda filosofia que tome o homem como ‘medida de todas as coisas’, segundo antigas palavras de Protágoras” (ABBAGNANO, 1998 p.519). Assim o humanismo está fortemente articulado aos princípios existencialistas e fenomenológicos, mas encontra em nossa sociedade forte conotação do sentido religioso a ele atribuído principalmente no sentido de servir aos mais necessitados.

Na área de saúde de maneira geral e da enfermagem em particular, há uma presença marcante do humanismo, da enfermagem humanística nas teorias de enfermagem e a enfermeira brasileira que já na década de setenta atentava para a importância da humanização foi Wanda Horta, que afirmava: “Se a consciência da humanização não for percebida, sentida, assimilada significativamente por todos nós, cada um de per si, tudo continuará como está e tenderá à desumanização”(HORTA, 1977, p.3 ).

Assim, penso que humanizar representa resgatar valores e tradições de maneira ética incorporando-os às tecnologias mais modernas que efetivamente fazem parte do nosso cotidiano. Humanizar seria então uma opção humana muito mais voltada para o “ser” e não como é comum vermos na atualidade uma preocupação excessiva com o “ter”. Humanizar terá então como fatores preponderantes a solidariedade, o amor e a com-paixão.

Assim, num momento em que o discurso da humanização do parto tornou-se o ponto alto para a definição de novas estratégias do cuidado a gestante durante o parto e nascimento, como não buscar resgatar a prática das parteiras? Em que medida esse fazer pode contribuir para a efetiva implementação da humanização do parto?

Pelo exposto até aqui posso dizer que o problema colocado para essa pesquisa é: Como o desvelamento da prática empírica das parteiras pode contribuir para a discussão sobre a humanização do parto na atualidade e, em que medida as relações de gênero, interferiram ou ainda interferem nesse processo?

Sob a perspectiva até então abordada colocam-se os seguintes objetivos:

**Geral:**

Historicizar, através das memórias das parteiras, uma prática de saúde à parturiente, cujas características estão ligadas a um fazer feminino e ainda mantêm muitas permanências na atualidade.

**Específicos:**

- Desvelar as relações de gênero que perpassam as práticas da parturição.
- Discutir a prática das parteiras entrelaçada com a prática obstétrica médica e oficial em busca de contribuições para a humanização do parto.

## CAPÍTULO II

# DIALOGANDO COM A LITERATURA SOBRE O ASSUNTO

Minha tristeza não tem pedigree, já a minha vontade de alegria, sua raiz vai ao meu mil avô. Vai ser coxo na vida é maldição pra homem. Mulher é desdobrável. Eu sou.  
(ADÉLIA PRADO)

### 2.1 O ato de partejar entre as mulheres antigas

Falou o rei do Egito às parteiras das hebréias, das quais uma se chamava Sifrá e a outra Puá, dizendo: Quando ajudardes no parto as hebréias, e as virdes sobre os assentos, se for filho, matá-lo-eis; mas se for filha, viverá. As parteiras, porém, temeram a Deus e não fizeram como o rei do Egito lhes ordenara, antes conservavam os meninos com vida. Pelo que o rei mandou chamar as parteiras e as interrogou: Por que tendes feito isto e guardado os meninos com vida? Responderam as parteiras ao Faraó: É que as mulheres hebréias não são como as egípcias; pois são vigorosas, e já têm dado à luz antes que a parteira chegue a elas. Portanto Deus fez bem às parteiras. E o povo se aumentou, e se fortaleceu muito. Também aconteceu que, como as parteiras temeram a Deus, ele lhes estabeleceu as casas. Então ordenou o faraó a todo seu povo dizendo: A todos os filhos que nascerem lançareis no rio, mas a todas as filhas guardareis com vida. (ÊXODO, capítulo I.)

As parteiras, entre as hebréias, eram chamadas *meyaledeth* e são citadas no êxodo no período em que os hebreus estiveram cativos no Egito. A passagem citada descreve a desobediência das parteiras às ordens do Faraó e (REZENDE, 1975) refere-se a essa passagem como a primeira referência feita às parteiras pela história. Na cena do parto entre as hebréias os homens estão ausentes, talvez pela crença de que a menstruação e o lóquios eram impuros, e o contato com eles tornaria também impuros quem os tocasse.

Certo é que, desde tempos imemoriais, através da história transmitida oralmente de geração a geração, dos símbolos perpetuados pelas expressões artísticas, da história escrita de tantas civilizações antigas, e até através de passagens da Bíblia Sagrada, o ato de partejar sempre esteve ligado ao fazer/cuidar feminino, através das mãos das parteiras. Este ato sempre esteve ligado à cosmologia de cada grupo cultural distinto, e marcado pelas representações e significados que cada sociedade lhe atribui em determinações históricas concretas.

De acordo com alguns historiadores, a observação sistemática dos “eventos” do corpo estiveram desde os primórdios ligados ao parto e à parturição, relacionado não somente à perplexidade e ao deslumbramento representado pela “magia” da reprodução, mas também pelo fato de que a “ocorrência repetida de sintomas comuns produziu um sentimento de familiaridade com os processos de parto e aborto, assim como os da ciclicidade das menstruações, da ausência destas na gravidez, dos sangramentos abundantes nos abortos etc”. (DINIZ 1996, P. 36). Assim, pode-se supor que o ato de partejar, e a parteira como sujeito dessa ação, estejam intimamente ligados aos primórdios da história da saúde, medicina e enfermagem.

No antigo Egito, havia estreita relação entre as atividades religiosas e os atos relativos à manutenção da saúde. Cultuava-se Ísis entre os egípcios como “[...] a deusa protetora da medicina, da espécie humana, da magia, dos encantamentos, da fecundidade, da maternidade, e protetora das mulheres em todos os problemas peculiares ao sexo” Diniz (1996, p.2). Ainda segundo essa autora, os homens não participavam dos cuidados às mulheres durante o parto, sendo sua participação restrita às complicações onde praticavam a craniotomia, o que veio a ser denominado “obstetrícia destrutiva”. A força e o poder do culto a Ísis no Egito é atribuída ao alto prestígio que as mulheres gozavam na antigüidade.

Na Grécia Antiga as mulheres que se dedicavam às práticas relacionadas à parturição eram chamadas de maieutas, e segundo alguns autores gozavam de prestígio na sociedade. A maiêutica, que seria o conjunto de atividades relacionadas à gravidez, parto, enfim a todas as fases da reprodução, teria relação com a Deusa Maia, ou (Maya para os hindus) em grego significa “parteira, ama ou avó” (DINIZ, 1996).

Para ser maieuta era preciso ter passado pela experiência do parto, ter tido filho, e estar na menopausa. Isto estava associado ao fato de que na Grécia, a partir da menopausa, as mulheres podiam ser independentes, o que levava a muitas a optar pelo ofício de maieuta. DINIZ coloca em seu trabalho que:



Estava nas atribuições da maieuta arranjar e celebrar casamentos, escolhendo as parceiras mais adequadas, e elas tinham grande saber sobre afrodisíacos. [...] Fazendo analogia com o ofício de sua mãe, Fenareta, também praticava de forma muito competente e respeitável, Sócrates diz a Teeteto ter o mesmo ofício, apenas que, em vez de ajudar a mulher a dar à luz as pessoas, ajuda os homens a dar à luz as idéias. Sócrates chama esse método filosófico de maiêutica. (DINIZ 1996, p.55)

O ato de partejar entre as antigas parece ter sido fortemente marcado por um traço que, de maneira distinta e guardadas as devidas diferenças culturais, encontra-se presente desde as egípcias até as greco-romanas, que é a presença das divindades femininas permeando e matizando os rituais da parturição. Estas tradições da antigüidade eram marcadas pelo culto das divindades genitais, em que a sexualidade era parte integrante do cotidiano, podendo até mesmo ser um caminho para a elevação espiritual como é encontrado no Tantrismo. E é esta visão de mundo que se desfaz no ocidente a partir da Idade Média.

## **2.2 O ato de partejar entre as mulheres da idade média à modernidade no ocidente**

O momento do parto não era só o leque de movimentos físicos aprendidos e descritos pela ciência médica. A dor e a angústia que envolviam a parturiente eram, sim, interpretadas por gestos e práticas de uma cultura feminina que de certa forma caminhava paralela ao olhar da medicina. Através dessa cultura feminina sobre o parto, as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero. Adestrada a madre, cuidada e sanada no sentido de tornar-se permanentemente procriativa, cabia às mulheres conceber e aos médicos historicizar esse momento que foi, até a obstetrícia firmar-se como ciência, um momento de exclusiva vivência feminina”. (DEL PRIORE, 1993 p.255)

Muito se tem escrito sobre as práticas da parturição no ocidente, em que se sobressaem as práticas médicas instrumentalizadas<sup>3</sup> como hegemônicas e cientificamente fundamentadas. Entendo que o aprofundamento da compreensão da inserção dessas práticas na atualidade, a luz da historicidade das mesmas, nos coloca diante da dimensão de como as relações que as caracterizam, determinam as relações de poder entre os sexos, discriminando as mulheres conforme diz Barstov (1995, p.13) “Quanto mais trabalhei nos eventos dos séculos XVI e XVII, mais descobri sua relevância para os problemas da violência e da discriminação contra as mulheres de hoje”.

Pode-se então inferir que o ato de partejar bem como o saber/fazer/cuidar relacionados à reprodução e perpetuação da vida humana no mundo ocidental está intrinsecamente

<sup>3</sup> Utilizo a expressão “instrumentalização” entendendo que a entrada dos homens (varão) na cena do parto, usando instrumentos cirúrgicos privativo do médico, trouxe consigo um arsenal de instrumentos que não era usado pelas parteiras. Diniz (1996) afirma existir na atualidade cerca de 300 modelos diferentes de fórceps além de cranioclastos, basiótribos, ganchos, tesouras de degola e de desmembramento.

relacionado à cosmovisão judaico-cristã que se estabeleceu na cultura ocidental a partir da queda do Império Romano e à ascensão do Poder da Igreja Católica na Idade Média.

Esta visão de mundo vai determinar uma misoginia profunda, ligando o feminino, sua sexualidade e capacidade procriadora ao mito do pecado original e conseqüente expulsão do paraíso simbolizada pela figura de Eva, que terá como uma das marcas do castigo de Deus, estendida à todas as mulheres, a dor que sofrerá durante o parto. Este caráter de exclusão feminina é evidenciado por Melo :

A chamada Revolução Gregoriana do Direito Canônico, iniciada no final do século XI impôs o celibato aos clérigos. Era a denúncia concreta do caráter pecaminoso e demoníaco da mulher, impondo o celibato e excluindo os leigos dos encargos religiosos, a igreja retirou as mulheres das altas funções eclesiásticas que exerciam. Os conventos deixaram de ser centros culturais de educação para se transformarem em casas de oração e confinamento. A educação e a sua reprodução foram repassadas às universidades recém-criadas, geridas pela própria Igreja, e de freqüência exclusivamente masculina (MELO, 1978.p.16)

À misoginia soma-se o pessimismo sexual e reprodutivo que não se originou apenas do judaísmo, mas teve forte influência dos estóicos e dos gnósticos.

No desenvolvimento da moralidade sexual cristã as influências determinantes imediatas foram o judaísmo tal e qual encontrado num contemporâneo dos primeiros cristãos, Fílon de Alexandria (m. ca.45-50 d.C.), e o gnosticismo, na medida em que promoveu o ideal do celibato e subordinou o casamento à vida dos solteiros. É verdade que os cristãos resistiram à invasão do pessimismo gnóstico, e que durante os primeiros séculos cristãos os gnósticos lhes eram oponentes especiais. Mas a idealização da castidade como mais próxima de Deus foi adotada pelos cristãos de seus oponentes: e acabou por infiltrar-se no Novo Testamento, embora só em pequena extensão”. (HEINEMANN, 1999, p. 39)

Evidencia-se que, apesar de na Alta Idade Média as mulheres terem conseguido prestígio nas artes, ciências, literatura e saúde como abadessas, monjas e diaconisas; e o trabalho das parteiras ter se desenvolvido à margem das práticas médicas, não foi possível evitar que em pleno limiar do renascimento mulheres tenham sido queimadas vivas muito em função das suas atividades relacionadas à parturição. A arte de partejar, acumulada pelas parteiras durante séculos, vai se transformar em arma poderosa contra elas próprias durante quatro séculos de inquisição em que as suas práticas são associadas à heresia e fatalmente vão levá-las à morte nas fogueiras. O livro *Malleus Maleficarum*, O martelo das Feiticeiras, escrito em 1484 pelos inquisidores Heinrich Kramer e James Sprenger em uma de suas passagens deixa claro as razões pelas quais, segundo eles, devem as parteiras serem torturadas e mortas, como na citação transcrita: “Ora ,conforme afirmamos na Primeira Parte desta obra,

os maiores males são perpetrados pelas parteiras, são elas que mais ofendem a fé na sua heresia diabólica”.

Para alguns autores todo esse universo de mitificações em torno principalmente da figura feminina foi se definindo e solidificando através do medo que se difundiu no ocidente durante toda a idade média, eclodindo então em pleno Renascimento. Em meio às desgraças decorrentes das pestes, das profecias apocalípticas, do medo do demônio, cresce o medo e consequentemente o ódio aos agentes de satã: muçulmanos judeus e as mulheres.

Delumeau, em sua belíssima obra sobre a história do medo no ocidente, tratando especificamente do medo masculino da mulher nos diz que:

O medo masculino da mulher vai portanto além do temor da castração identificado por Freud. Mas o diagnóstico deste nem por isso é errôneo, com a condição contudo de desprendê-lo do suposto desejo feminino de possuir um pênis que a psicanálise em seus começos postulava sem prova suficiente. Dossies clínicos, mitologia e história confirmam, com efeito, o medo da castração no homem. Contaram-se mais de trezentas versões do mito da vagina dentada entre os índios da América do Norte, mito que se reencontra na Índia, por vezes com uma variante igualmente significativa: a vagina não tem dentes, mas está cheia de serpentes. O medo da castração se exprime ao longo de um capítulo inteiro do *Malleus maleficarum* (Parte I, cap. IX): ‘As feiticeiras podem iludir até fazer crer que o membro viril é separado ou retirado do corpo?’ A resposta é: sim, sendo garantido, além disso, que os demônios podem realmente subtrair o pênis de alguém. essa pergunta e essa resposta, que se encontram na maior parte dos tratados de demonologia da Renascença, desdobram-se na época em afirmações categóricas sobre o atamento da agulheta verdadeiro equivalente da castração, já que a vítima se via, momentaneamente ou definitivamente, privada de sua potência viril. (DELUMEAU, 1999, p. 313)

Pode-se também somar ao medo da castração uma outra visão de mundo que permeia muitas culturas, e que no caso específico do ocidente teve a força da igreja enquanto poder: medo das secreções femininas, do sangue menstrual, do lóquios, enfim das manifestações puramente fisiológicas mitificadas de maneira negativa.

Mistério da maternidade, porém mais amplamente ainda mistério da fisiologia feminina ligada às lunações. Atraído pela mulher, o outro sexo é do mesmo modo repellido pelo fluxo menstrual, pelos odores, pelas secreções de sua parceira, pelo líquido amniótico, pelas expulsões do parto. (DELUMEAU, 1999, p. 311)

Essas “manifestações” do corpo feminino ligadas à maternidade e à sexualidade transformam-se em impedimentos concretos, políticos, dentro de uma sociedade misógina cuja vida social girava em torno do Teocentrismo. As diaconisas, que em certa época chegaram a ser ordenadas, foram expulsas do altar pela sua impureza representada pelo sangue menstrual. Heinemann escreve que:

O sangue em decorrência do parto (lóquios) era considerado ainda mais prejudicial do que o sangue menstrual, o que determinava a proibição do coito de forma semelhante à que se aplicava às mulheres menstruadas. As mulheres que acabavam de dar à luz criavam ainda outros problemas para a Igreja cristã anti-sexual, por exemplo, quando tinham de ser enterradas. Primeiro, segundo o sínodo de Trier, realizado em 1227, as novas mães tinham que se reconciliar com a Igreja. Só então poderiam freqüentar as igrejas. Essa cerimônia de purificação era um amálgama das leis judaicas da pureza ritual (inclusive Maria só teve permissão para entrar no Templo quarenta dias depois e teve de oferecer um sacrifício de purificação) com a condenação caracteristicamente cristã do prazer sexual e a difamação das mulheres. (HEINEMANN, 1999, p. 37)

É impressionante como os impedimentos às mulheres relacionados ao ciclo menstrual mantiveram permanências durante muito tempo. Quando a medicina e a cirurgia, contando com a obstetrícia como especialidade médica já no século XIX e ligada ao ensino nas universidades firmando-se como ciência, o próprio discurso médico era proibitivo quanto ao ingresso das mulheres às universidades e conseqüentemente aos cursos de medicina. A hospitalização foi um fator determinante da divisão sexual do trabalho, mudando radicalmente a maneira do próprio atendimento médico:

transformaram na instituição hospitalar em especialidades técnicas de uma prática social única [...] às mulheres ainda estaria vetado o acesso às universidades e faculdades médicas como o fora desde o período medieval., a menstruação feminina e o ciclo reprodutivo, foram alguns dos argumentos utilizados neste período para manter o impedimento feminino à educação superior (MELO, 1978, p. 28/29)

Todo o saber acumulado pelas parteiras desde os primórdios da civilização veio sendo desarticulado a partir da Renascença, dentro de uma conjuntura política engendrada pela Igreja através da inquisição, aliada a uma clara intervenção do estado em controlar e fiscalizar a fertilidade feminina já no bojo de novas regras éticas, econômicas, jurídicas e sociais da nova classe burguesa ascendente, o que permitiu o esfacelamento do papel da mulher no domínio público, como afirma Muraro (1993 p.16) em sua introdução histórica do livro *Maleus Maleficarum*: “O saber feminino popular cai na clandestinidade, quando não é assimilado como próprio pelo poder médico masculino já solidificado”.

De toda essa conjuntura brotou quatro séculos de terror e morte em que o ato de cuidar de mulheres durante o momento único de trazer seres humanos à vida se transformou em cinzas como atestam Ehrenreich e English:

A extensão da caça às bruxas é espantosa. No fim do século XV e no começo do século XVI, houve milhares e milhares de execuções usualmente eram queimadas vivas nas fogueiras na Alemanha, na Itália e em outros países[...]Novecentas bruxas foram executadas num único ano na área de Wertzberg, e cerca de mil na diocese de Como. Em Toulouse, quatrocentas foram assassinadas num único dia; no

arcebispado de Trier, em 1585, duas aldeias foram deixadas apenas com duas mulheres moradoras cada uma. (EHRENREICH; ENGLISH, 1976 P.24)

Neste ponto, é procedente comentar a afirmação feita por Barstow,(1995) ao referir-se ao trabalho das mulheres apenas como parteiras “é enganoso e muito limitado”, uma vez que os papéis que elas desempenhavam com relação ao fazer em saúde era muito mais amplo, pois eram ginecologistas, farmacêuticas, herboristas, barbeiras além dos papéis de adivinhas, praticantes de contramagia, enfim, eram mulheres sábias.

É a partir deste contexto, em que todas as ações de saúde desenvolvidas pelas mulheres foram absorvidas pela medicina científica só permitida aos homens, que nasce a Enfermagem Moderna a partir de Florence Nighingale, e que a meu ver apresenta o seu caráter revolucionário, em que pese as críticas feitas principalmente em função da divisão social do trabalho, instituída na profissão pela própria Florence. Na verdade ela conseguiu dar status de profissão passível de construir um saber esotérico próprio dentro dos cânones científicos vitorianos, a um fazer eminentemente feminino e desvalorizado socialmente a partir de estereótipos que a própria literatura da época encarregou-se de reforçar através da personagem lendária Mrs. Sairey Gamp de Charles Dickens<sup>4</sup>.

Pode-se supor que em função do momento histórico em que se deu o nascimento da Enfermagem moderna, no qual a obstetrícia e a toco-ginecologia encontravam-se efetivamente sob o controle médico masculino, inclusive o treinamento das parteiras, Nighingale tenha se dedicado pouco à assistência e ao ensino específicos do parto. Mas suas propostas de assistência aos seres humanos são extremamente abrangentes, e cabe à nós, enfermeiras destes novos tempos, resgatar o papel do cuidado às mulheres durante a gravidez e o parto.

Acredito que o cuidar religioso “permitido” deu origem à Enfermagem Moderna, enquanto o trabalho autônomo das parteiras foi marcado pela caça às bruxas durante quatro séculos, que dentre outros fatores levou à incorporação do trabalho das mesmas pela medicina científica de hegemonia masculina. Claro que o modelo Nighingaleano incorpora um modelo laico mas nem por isso perde a religiosidade extremada conforme atesta Lunardi:

Florence Nightingale, profundamente religiosa e fazendo frente, também, ao período denominado de decadência da enfermagem, encontrou um caminho para desenvolver um serviço de enfermagem eficiente e leigo, desvinculado de grupos religiosos. Demarca assim o início da secularização da enfermagem, mas acredito,

---

<sup>4</sup> A este respeito ler “O Risco e o Bordado: um estudo sobre formação de identidade profissional”, de Cristina Maria Loyola de Miranda

que ainda numa linha de continuidade do exercício da enfermagem como exercício de poder pastoral.(LUNARDI, 1998,P.37/38)

Este modelo permanece até nossos dias, o que levou ao favorecimento da perda das características fisiológicas e naturais do parto, passando esse a ser visto, sob a ótica médica, como patologia além da sua instrumentalização, que permite a normalização dos corpos das mulheres. O “cuidar”, no âmbito hospitalar transforma-se em “tratar” voltado muito mais às questões técnicas que às necessidades humanas da mulher. Além disso, é procedente não nos esquecermos que a Enfermagem Profissional Moderna nasce no espaço hospitalar, como uma divisão sexual do trabalho em relação à medicina, e que o hospital, a partir do século XVIII se transformou em espaço de hegemonia médica (FOUCAULT, 1985).

### **2.3 O ato de partejar entre as mulheres brasileiras**

É preciso atentarmos quanto ao que entendemos como humanização do parto, e como se deu a inserção dessas práticas no Brasil não nos esquecendo que:

o trabalho das parteiras foi institucionalizado quando se estruturaram os 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)

Reforça ainda mais esta colocação o trabalho de Padilha et. al.dizendo que:

com a reforma, inspirada nos moldes franceses, o ensino médico passou a compreender três cursos: o de medicina, o de Farmácia e o de Partos e conseqüentemente determinar que sem título conferido ou aprovado pelas Faculdades de Medicina do Brasil, ninguém poderá curar, partejar ou ter botica. (PADILHA et.al.1998, P.107)

Ainda hoje, as propostas de cursos de formação de pessoal para a realização de partos, devem ter como premissa básica a orientação médica. A própria legislação do ensino de enfermagem obstétrica (parecer 303/63), traz algumas contribuições a esta discussão. Aponta para o estado de “conflito” entre parteiras e enfermeiras, ao afirmar em um de seus artigos que: “Do lado das parteiras vem o argumento de que exercem profissão liberal porque têm o direito de assistir ao parto normal com plena responsabilidade, enquanto a enfermagem é uma profissão sempre subordinada ao médico”.

O parecer citado acima continua a apontar pistas da flagrante divisão dos papéis de gênero quando se trata do cuidar em saúde, além da firme intenção da medicina em se tornar hegemônica no setor:

Do ponto de vista da assistência psicológica, emocional, às gestantes e parturientes tem sido ressaltado, ultimamente, o relevante papel da obstetriz. Até na América do Norte (vide Herbert Thoms, In Am. J. Obst. Gyn. Dec. 56, pág. 1 305-8). **Trata-se de assistência individual que o médico não pode exercer, por falta absoluta de tempo. É atividade nitidamente de parteira, até mesmo pela sua natureza, mais acessível à mulher** [...] O grande papel da parteira é o de reconhecer as anomalias, a tempo de providenciar o socorro do obstetra, para salvar a mãe e o filho. Infelizmente muitos acidentes são imprevistos. Alguns, mais simples e mecânicos, podem ser atendidos pela parteira; outros, mais graves, podem acarretar a morte do feto ou da mãe, se o socorro médico não chegar a tempo. Por isso, no futuro, todo parto deverá ser assistido por médico, em maternidade bem instalada e equipada. Então não haverá obstetrizes, mas somente obstetras, para assistir a todos os partos” Brasil M. S. (1974 p. 47). (grifos meus).

O trabalho da parteira vai efetivamente se transformando em trabalho ilegal, apontando a tendência que iria desaguar na Lei 5540/68, e ser colocada em prática em 1973 através da reforma universitária. “[...]a partir de 1973 o curso de obstetrícia, destinado à formação de obstetrizes, passou das faculdades de medicina para as escolas de enfermagem[...]” (BONADIO et.al. 1999, p.25)

A partir de então, ou seja, 1973, as escolas de enfermagem passam a oferecer duas formas de se especializar: através das habilitações e das especializações em enfermagem obstétrica propriamente ditas. Assim, entre várias descontinuidades, as escolas de enfermagem, em 20 anos, formaram apenas 1.756 profissionais! Riesco (1999) ao comentar dados das entrevistas que realizou em sua pesquisa diz que há referência a dezoito mil médicos gineco-obstetras atuando no Brasil e que este número é insuficiente para atender a demanda brasileira. Ela comenta ainda que o número de enfermeiras obstétricas é muito baixo no país, estão concentradas no Rio de Janeiro e São Paulo, percebem salários baixos, o que abre espaço para a formação e ampliação da assistência ao parto por não médicos sem formação universitária.

Dentre os motivos apontados pelas escolas que interromperam seus cursos, podemos destacar o de que “[...]a **falta de campo de estágio**, seja por reformas na instituição utilizada como campo de prática, seja pela **impossibilidade de atuação do enfermeiro obstetra no período intraparto**” (Bonadio et.al., 1999, p.27). (grifos meus). Os motivos apontados, a meu ver são a “ponta do “iceberg”, fazem parte de um problema bem mais amplo que não tenho visto ser contemplado nas discussões em torno da situação da enfermeira obstétrica, e da enfermeira de maneira geral: trata-se de uma correlação de forças entre medicina e enfermagem, apoiada no *habitus* que fortalece e legitima a dominação de gênero, se esta for pensada à luz do referencial da dominação simbólica proposta por Pierre Bourdieu (1995). Ora, o que quero propor ao fazer esta colocação? É que na verdade estamos fora do jogo,

simbolicamente ainda no espaço doméstico, não nos colocando “de fato” no jogo, conforme afirma o autor:

*O habitus masculino não se constrói e não se realiza senão em relação com o espaço reservado em que se jogam, entre homens, os jogos sérios da competição, quer se trate dos jogos de honra, cujo limite é a guerra, ou dos jogos que, nas sociedades diferenciadas, oferecem à libido dominandi, sob todas as suas formas, econômica, política, religiosa, artística, científica, etc., campos de ação possíveis. Estando excluídas de direito ou de fato desses jogos, as mulheres ficam limitadas ao papel de espectadoras ou, como diz Virgínia Wolf, de espelhos adaladores, que devolvem ao homem a figura engrandecida de si mesmo à qual ele deve e quer se igualar, e reforçam, assim, seu investimento narcísico numa imagem idealizada de identidade. (BOURDIEU, 1995, p.167)*

Reforço essa linha de raciocínio usando a fala de Riesco (1998), que ao tentar historicizar e definir papéis de categorias diferenciadas na enfermagem obstétrica não refletiu, aprofundou ou problematizou a perda de poder (se é que ele existiu) da obstetriz, limitando-se a dizer que:

Ao longo de vários anos, e em especial nos momentos de mudança na legislação de ensino, **enfermeiras e obstetrizes travaram embates**, dos quais restam estereótipos. As obstetrizes são aquelas que **dominam um saber e que não delegam suas atribuições a outras pessoas da equipe de enfermagem menos qualificadas ou menos tituladas: se igualam com os médicos obstetras em conhecimentos e habilidades técnico-científicos e em liberdade de atuação; têm mais conhecimentos específicos e maior respeitabilidade profissional junto à equipe médica e à clientela; prestam cuidados diretos, com domínio profundo da especialidade; não conseguiram manter sua profissão porque foram subjugadas pelos médicos, em sua formação e atuação.** Já, as enfermeiras são aquelas que dominam o hospital e chefiam as obstetrizes sem, no entanto, terem o mesmo domínio técnico; são mais científicas e com maior poder administrativo; têm ganhado espaço acadêmico e, em geral, têm salários mais elevados; **se apoderaram do exercício profissional das obstetrizes e descaracterizaram essa atividade.** (RIESCO, 1998, p.14) (grifos meus)

O discurso hegemônico na assistência obstétrica pressupõe capacidade técnico-científica para que se alcance legitimidade no ato de partejar: ora, se as obstetrizes alcançaram um saber técnico-científico compatível com o dos médicos, a que se deve o fato de que as mesmas foram subjugadas pelo saber-fazer médicos? E se foram os médicos que subjugaram o fazer das obstetrizes, como foram as enfermeiras quem se apropriaram do saber das mesmas? Fica a impressão de que não existem relações de poder que levaram a esse desenrolar dos fatos, e que essas relações de poder passam pelas representações que nós mesmas re-elaboramos da realidade a partir da própria linguagem, que remete o exercício profissional de obstetrizes e enfermeiras ao que o *status quo* dominante deseja e reforça. No caso específico das enfermeiras a linguagem da cientificidade produzida pelo discurso acadêmico continua a ser central, como apanágio de solução dos problemas da categoria. Há uma construção idealizada



da identidade profissional da enfermeira, que inclusive no discurso acadêmico é enfermeiro. Meyer(1998, p.17) afirma que:

[...] a linguagem- longe de ser somente um veículo que nos permite ter acesso a um sentido fixado de forma inerente e duradoura às coisas, pessoas e eventos ou de ser um meio que transmite com transparência e neutralidade os significados que pretendemos expressar- é a instância em que se constroem os sentidos que atribuímos ao mundo e a nós mesmos, o que é o mesmo que dizer que a linguagem produz aquilo que reconhecemos como sendo o real ou a realidade, ao mesmo tempo que produz sujeitos que aí estão implicados.

#### **2.4 Fazendo Gênero: a opção por um marco conceitual**

É bem evidente que os homens e as mulheres têm a mesma natureza e a mesma constituição. A prova disso é que as mulheres selvagens são tão robustas e ágeis quanto os homens selvagens: assim, a fraqueza de nossa constituição e de nossos órgãos pertence certamente à nossa educação, e é uma consequência da condição que nos destinam na sociedade. Os homens e as mulheres, tendo a mesma natureza e a mesma constituição são susceptíveis das mesmas virtudes e dos mesmos vícios. As virtudes que se quis dar a elas, em geral, são quase todas contra a natureza, que só produzindo pequenas qualidades artificiais, e danos muito reais” (Carta de Madame D’Epinay ao abade Galiani em 14/ 04/ 1772. In: (BADINTER, P.137-138).

Como já foi explicitado até o momento, esse estudo não pretende abordar os aspectos técnicos relativos ao ato de partear e sim lançar luzes, ou seja, dar visibilidade aos significados e às relações de poder que emergem no bojo dessa prática e permanecem como naturais e aceitas como tal no imaginário social. Assim, optou-se pelo gênero como marco de referência, entendendo gênero como proposto por Joan Scott que ao trabalhar a definição de gênero afirma que:

O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. (SCOTT 1995, P.86).

Comentando esse conceito de Joan Scott, Meyer(1998) vai afirmar a importância da noção de linguagem para os estudos de gênero, e a desconstrução proposta a partir do Pós-Estruturalismo, em que identidades e poder não se dão no vazio e não são estáveis. A autora diz que :

É quando desdobra estas proposições que a autora remete a Derrida e a Foucault, para enfatizar dois pontos centrais de sua argumentação: o de que é preciso desconstruir o “caráter permanente de oposição binária masculino/feminino e o de que o poder não se refere à noção de um poder social unificado, coerente e

centralizado, mas a uma perspectiva que esteja próxima do conceito foucaultiano de poder. (MEYER 1998 P.17)

Percebe-se, a partir dessa perspectiva, que o termo gênero buscou retirar o foco dado à dominação/subordinação a partir dos papéis sexuais de homens/mulheres, para enfocar o caráter relacional desses papéis, além de desconstruir o determinismo biológico. Assim, faz-se necessário historicizar um pouco o próprio uso do termo enquanto norteador de tantos estudos de caráter interdisciplinar que têm se originado nos espaços acadêmicos das universidades norte-americanas, européias e brasileiras.

A partir dos anos 80 houve uma explosão de estudos denominados de gênero. Na realidade, este termo, em sua utilização atual está intrinsecamente ligado aos estudos sobre as mulheres, e às lutas feministas que alcançaram seu apogeu nas décadas de 60 e 70 do século XX. Scott diz que:

o termo “gênero” parece ter feito sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indica uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença Sexual. (SCOTT, 1995 P.72)

É interessante observar que a partir daí opta-se inclusive pela utilização em muitos meios acadêmicos, especificamente os grupos de pesquisa de interesse em gênero, pelo uso do termo “papéis de gênero” e não mais “papéis sexuais”. Mais recentemente, com a eclosão das discussões sobre direitos humanos e conseqüentemente com uma visibilidade mais acentuada sobre as questões das minorias, (principalmente o movimento gay) incorpora-se, pode-se dizer, aos estudos de gênero os estudos sobre identidades homoeróticas além de estudos sobre a construção da masculinidade.

Grossi (1999), ao discorrer sobre a história do desenvolvimento desse campo do saber na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) coloca o caráter interdisciplinar dos estudos de gênero, e argumenta que:

apesar das divergências em torno da forma de se pensar o gênero, há, entretanto, alguns pontos importantes de convergência entre as teorias culturalistas, estruturalistas e pós-estruturalistas. As três se sustentam numa postura *relativista* e concordam que o sujeito é fruto de determinações culturais e históricas, diferente da perspectiva *essencialista*, que reifica homens e mulheres em identidades fixas determinadas pela *natureza* (GROSSI, 1999 P.338-339).

A mesma autora nos diz ainda que pela influência das teorias feministas pós-estruturalistas, quebra-se a dicotomia entre estudos das relações de gênero e estudos sobre as mulheres, e que a partir dos “estudos de gênero” vislumbram-se três grandes abordagens, que

ela denomina de: “estudos sobre as mulheres”; o aspecto relacional das mulheres e dos homens, e a terceira, os estudos sobre a masculinidade.

Dessa forma, pensando o sujeito a partir de sua historicidade e inserido concretamente em determinada cultura, podemos pensar a “diferença” de um outro ponto de vista, em que a essencialização dada pelas diferenças biológicas ditas naturais vai dar lugar a identidades construídas socialmente. Laqueur (1994), em estudo que mapeia a construção do sexo através de momentos históricos concretos afirma

el viejo modelo, en que hombres e mujeres se ordenaban según su grado de perfección metafísica, su calor vital, a lo largo de un eje de carácter masculino, dio paso a finales del siglo XVIII a un nuevo modelo de dimorfismo radical, de divergencia biológica. Una anatomía y una fisiología de lo inconmensurable sustituyó a una metafísica de la jerarquía en la representación de la mujer en relación con el hombre”<sup>5</sup> (LAQUEUR, 1994, p.24) .

Sob essa ótica é preciso entender que esse construto é materializado através não só do tempo mas também das várias formas de se perceber enquanto sujeitos inseridos num contexto em que as re-interpretações simbólicas se dão por diversos mecanismos, inclusive da própria textualização dos corpos representados enquanto metáforas das determinações sociais (Bordo, 1998).

Stuart Hall (2000), ao analisar o nascimento e morte do sujeito moderno pontua algumas contribuições importantes que o feminismo trouxe no que ele chamou de “descentramento conceitual do sujeito cartesiano e sociológico” e que é possível entender como fundamentais na constituição dos estudos de gênero: “Ele questionou a clássica distinção entre o “dentro” e o “fora”, o “privado” e o “público”. O slogan do feminismo era: “o pessoal é político”, e que “Aquilo que começou como um movimento dirigido à contestação da posição social das mulheres expandiu-se para incluir a formação das identidades sexuais e de gênero” (STUART HALL, 2000, p.45-46). Para esse autor, o feminismo foi um dos movimentos decisivos na re-interpretação do “sujeito” do Iluminismo e sua identidade fixa, para uma visão das múltiplas possibilidades identitárias do sujeito pós moderno.

A partir dos conceitos colocados até aqui é possível indagar: por que utilizar gênero nesse estudo? Quais as contribuições essa categoria pode trazer à área? E como uma perspectiva feminista pode vir a contribuir ou lançar luzes a essa problemática? Muitas

---

<sup>5</sup> O velho modelo, em que homens e mulheres se ordenavam segundo seu grau de perfeição metafísica, seu calor vital, ao longo de um eixo de caráter masculino, passou ao final do século XVIII a um novo modelo de dimorfismo radical, de divergência biológica. Uma anatomia e uma fisiologia do incomensurável substituiu a uma metafísica da hierarquia na representação da mulher em relação ao homem.

mudanças têm ocorrido na área de saúde, mas ao mesmo tempo permanências são mantidas como se fossem naturais e imutáveis. Silva diz que:

[...]a pesquisa feminista é, entre outras coisas, uma forma de atenção, uma lente que traz em foco questões particulares sobre como a centralidade de gênero molda nossa consciência, habilidades e instituições, assim como a distribuição de poder e privilégio (SILVA, 1999, p.108)

Entendo que a pesquisa vista sob esta ótica deve nortear as práticas que se propõem alternativas para que haja mudanças na atenção dada à mulher durante todo o período de gravidez, parto e puerpério, buscando superar os altos índices de morbimortalidade materna e fetal, não apenas do ponto de vista das instituições e profissionais da área, mas principalmente a partir dos “desejos” das mulheres, das suas expectativas, enfim dentro das contradições que se evidenciam entre sujeitos diversos nas relações de cuidado durante o parto e nascimento. É pensar esses sujeitos para além da diferença sexual, e atentarmos para a pluralidade desse sujeito através da manifestação e incorporação de significados culturais engendrados também a partir de classe e etnia.

Compreendendo gênero a partir dessa ótica, Diniz (1996) aponta quatro contribuições de uma reflexão feminista acerca das questões relativas ao parto, das quais eu aponto duas pela sua pertinência e aderência a esse estudo. A primeira delas seria a “ênfase na crítica à *compreensão naturalizada* da reprodução e da sexualidade, tratadas como dimensões biológicas da esfera privada da vida dos indivíduos, como se nessa cena não se inscrevessem relações de poder, hierarquia, violência”. Mas a autora enfatiza que apesar da assimetria entre desiguais ainda assim há espaço de negociação. E esse espaço de negociação é conflituoso entre quem parteja, uma vez que as/os não médicas/os dedicadas/os ao cuidado durante o parto se subordinam ao saber médico tanto do ponto de vista técnico-científico, quanto do ponto de vista institucional. A segunda contribuição seria a problematização, pela reflexão feminista, da “*patologização da reprodução*” o que leva ao questionamento das “bases históricas e políticas da concepção do feminino como fisiologicamente patológico”. Essas duas visões mudaram todo o contexto do cuidado durante o parto quando saiu do espaço doméstico, das mãos das parteiras para o hospital, sob a ótica médico-científica.

Faz-se necessário romper principalmente com a lógica hierarquizante e englobante da ciência, permitindo através da pesquisa/cuidado uma reflexão de todas as envolvidas, no sentido de poder resgatar suas identidades dentro do contexto da saúde, buscando um dos

principais pontos da crítica feminista à ciência conforme encontrado em (RAGO,1998 p.25) de que:

[...]os principais pontos da crítica feminista à ciência incidem na denúncia de seu caráter particularista, ideológico, racista e sexista: o saber ocidental opera no interior da lógica da identidade, valendo-se de categorias reflexivas incapazes de pensar as diferenças. [...] as práticas masculinas são mais valorizadas e hierarquizadas em relação às femininas, o mundo privado sendo considerado de menor importância frente a esfera pública. (grifos meus)

A partir desta linha de raciocínio, podemos inferir que, embora as contribuições dadas pelo Ministério da Saúde no sentido de propor estratégias de “humanizar” o parto sejam muito importantes, não alcançarão o impacto desejado se não houver reflexões do significado das relações de poder que se dão durante o parto especialmente quando realizados nos hospitais. Essas instituições estão atravessadas por relações de poder que emergem das diferenças percebidas não só de gênero, mas também de classe e do saber enquanto mecanismo de poder. Para a enfermagem então penso que essas reflexões são muito procedentes e podem emergir das mesmas novas formas de inserção do cuidado durante o parto e nascimento.

Padilha et. al. (1998) em estudo que analisa trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem a partir de uma ótica de gênero, problematiza a substituição do termo enfermeira por enfermeiro demonstrando que existe uma tendência à negação do feminino nos discursos das enfermeiras, e o peso dessa situação se nos detivermos na análise da linguagem enquanto “produtora” dos lugares dos sujeitos. Assim, ela nos diz que:

Enfermeiras se autodenominam enfermeiros, professoras se autodenominam professores e alunas se autodenominam alunos. Pouco a pouco a partir da reforma universitária, a identidade profissional feminina foi transferida para o gênero masculino pelas próprias Enfermeiras [...], e que “Esta discussão permite questionar qual o conteúdo cultural que está sendo neutralizado com a negação do sexo feminino nos discursos, lembrando sempre que as palavras que vão sendo introduzidas no cotidiano expressam novos significados para os grupos e, conseqüentemente, novas configurações de realidade”. (PADILHA et al.,1998, p.52)

Estudos mais recentes baseados no Pós Estruturalismo e Estudos Culturais também evidenciam a importância da construção de uma pedagogia feminista na educação em Enfermagem como uma maneira de “*empoderamento*” de alunas/os e clientes com a vistas a mudar os rumos das políticas de saúde, e mesmo “quebrar” as formas tradicionais de educação em enfermagem. O estudo que apresenta uma contribuição a essa discussão é da norte americana Weyenberg que diz:

A linguagem de consenso, harmonia, igualdade, colaboração, comunidade, unidade e paz é sedutora e atraente, se não persuasiva. Sua atitude (ou postura) celebratória (ou comemorativa) é que estas práticas empoderam as estudantes (e os clientes deles/delas) conduzindo a uma transformação do sistema de saúde, é o fator mais atraente em decisões para usar a pedagogia feminista. (WEYENBERG, 1998, p.351)<sup>6</sup>

Enfatizo a necessidade de reconstrução do eixo pesquisa/cuidado de maneira efetiva ara que as mudanças possam se dar de fato. E o eixo central está articulado em um tripé que reforçam a hegemonia do conhecimento científico no ocidente da ciência que são: objetividade, verdade científica e primazia da mente sobre o corpo. Estas pressuposições não se encontram isoladas e dão margem a um extenso leque de oposições binárias rígidas que em geral tiram das mulheres o direito de decidir sobre si mesmas, seus corpos, sua sexualidade, seus desejos, inserindo-as num espaço sociopolítico hierarquizado em que o masculino sempre engloba o feminino. Assim, o eixo da pesquisa deve nortear-se a partir da premissa básica da pesquisa/ cuidado relacional em que as trocas de experiências, emoções, visões de mundo, crenças, subjetividade, saberes acadêmicos e todas as formas de apropriação do mundo pelos sujeitos sejam relativizados.

---

<sup>6</sup>“The language of consensus, dialogue, harmony, egalitarianism, collaboration, community, unity, and peace is seductive and alluring, if not persuasive. Its celebratory stance , that these practices empower students (and their clients) and will lead to a transformation of the health care system, is a drawing factor in decisions to use feminist pedagogy”.

## **CAPÍTULO III**

# **O DESVELAMENTO DE UMA PRÁTICA FEMININA DE CUIDAR**

---

Eu sempre sonho que uma coisa gera, nunca nada está morto.O que parece vivo, aduba.O que parece estático, espera. (ADÉLIA PRADO)

### **3.1 O início da trama**

A proposta inicial deste estudo que começou a materializar-se no ano de 1999, foi a de buscar um resgate histórico dos fazeres de parteiras do norte de Minas, região em que eu estava desenvolvendo minhas atividades profissionais, cujos vínculos mantenho ainda hoje como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIMONTES. O anteprojeto com o qual me submeti à seleção do curso de Mestrado da UFSC intitulava-se, “As Parteiras do Norte de Minas: resgate histórico de uma prática de saúde”. Em setembro de 1999 entrevistei uma parteira do município de Várzea da Palma, “complementada” por outra entrevista realizada em janeiro de 2000 no município de Grão Mogol. Esta segunda entrevista, por motivos técnicos (má qualidade na gravação da fita), não foi utilizada neste trabalho.

Com a minha aprovação no Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, em março de 2000 transferi-me para Florianópolis. Por uma especificidade do curso, desenvolvi uma “prática assistencial com cunho de pesquisa” dentro da disciplina intitulada prática assistencial, e para não desviar-me do meu objeto de estudo proposto para a dissertação de

mestrado, decidi continuar as entrevistas com parteiras e complementar com uma oficina com enfermeiras obstétricas<sup>7</sup>.

Como o tempo disponível para a realização da pesquisa era muito curto, e em função da distância em que me encontrava do meu Estado de origem, decidi entrevistar parteiras em Florianópolis, e a partir de uma dessas entrevistas cheguei até uma cidade do sul de Santa Catarina, Rio Fortuna. Já no mês de novembro de 2001 tendo retornado a Minas Gerais, especificamente ao norte de Minas, realizei mais três entrevistas, como havia proposto inicialmente. Assim, foram realizadas quatro entrevistas no Estado de Minas Gerais (região norte mineira), nos seguintes municípios: Várzea da Palma (01), Jequitaiá (01) e Pirapora (02). No Estado de Santa Catarina foram realizadas três entrevistas, sendo duas em Florianópolis e uma no município de Rio Fortuna.

### **3.2. A escolha da trama**

Escolhi como metodologia de pesquisa a história oral, entendendo que a mesma extrapola a técnica no sentido de “inscrever” na temática as marcas de quem as vivenciou, buscando na memória as nuances que deram forma e construiu histórias de vida carregadas de significados. Concordo com Bosi quando diz que:

A memória é um cabedal infinito no qual só registramos um fragmento. Frequentemente, as mais vivas recordações afloram depois da entrevista, na hora do cafezinho, na escada, no jardim, ou na despedida no portão. Muitas passagens não foram registradas, pois foram contadas em confiança, como confidências. Continuando a escutar outro tanto e ainda mais. Lembrança puxa lembrança e seria preciso um escutador infinito. (BOSI 1999, p.39)

Compreendo esta limitação que nos é colocada, a meu ver, pelo simples fato de que é impossível uma apropriação do todo, uma objetividade que foge à nossa temporalidade mesmo! Mas com tudo isto é preciso estar atenta/o para o fato de que relatos de uma maneira geral circunscrevem a existência humana, deixando interditos fragmentos cujas dimensões não podem ser reduzidas, não podem ser apropriados pela/o pesquisadora/or como verdade última em que “[...]os fenômenos sociais, independentemente da maior ou menor habilidade e talento do pesquisador, sempre escaparão à sua descrição, que a complexidade e riqueza que eles portam não podem ser reduzidas nas formas intelectuais do relato”. (REZENDE et. al. 1996, p. 22)

---

<sup>7</sup> A disciplina de prática Hospitalar busca uma “aproximação” efetiva entre teoria e prática no curso de mestrado da UFSC. Como na atualidade não há parteiras em exercício, resolvi fazer a oficina com enfermeiras obstetras.



A opção pela história oral como metodologia, foi se consolidando à medida em que se desenvolvia o Projeto de pesquisa, num processo contínuo de leituras, entrevistas, inquietações, certezas e incertezas durante o percurso. Vários desafios e limitações se apresentavam, na medida em que avançava: preocupava-me o fato de eu não possuir uma formação específica como historiadora e principalmente a maneira de como apresentar as narrativas. Queria que as mesmas mantivessem a força de expressão das colaboradoras, e ao mesmo tempo refletissem as questões levantadas por mim enquanto pesquisadora, comprometida com um trabalho acadêmico cujos objetivos devem ser alcançados.

As entrevistas realizadas não foram fechadas, tinham um roteiro norteador, mantendo, no entanto, uma liberdade da narradora, o que, aliás, é uma postura defendida por Bom Meihy que diz que a condução rígida das entrevistas é “[...]uma tendência declinante no mundo todo, em particular nos círculos que percebem a história oral como um procedimento renovado” Ele afirma ainda que quatro fatores distinguem a história oral de entrevistas realizadas em outras áreas, em especial da sociologia: “a técnica empregada na captação dos depoimentos; a transcrição com a explicitação da função do eu; o uso analítico ou não das mesmas e o resultado a que se destina (se para a academia ou para o público em geral)”. (MEIHY, 1998: p.41-42)

A cada entrevista ficava mais evidente a pluralidade contida nas narrativas, carregadas por singularidades distintas de mulheres que em lugares e realidades diferentes compartilharam o mesmo tipo de trabalho. Não mais uma categoria profissional fechada, mas diferentes atrizes sociais desempenhando, dentre tantas outras coisas em suas vidas, o complexo ato de partejar, dentro de um contexto social e histórico de mudanças fundamentais na área da saúde no Brasil. Assim, como homogeneizar essas narrativas, dando-lhes apenas a “roupagem” das categorias percebidas pela pesquisadora?

### **3.3 O desenrolar da trama**

Assim pensando, três dilemas se colocavam frente à proposta de lançar mão da história oral como metodologia de suporte ao meu trabalho. Estes problemas encontravam-se muito ligados às minhas limitações por não ter uma formação específica na área das ciências humanas, além de questionar alguns trabalhos ditos de história oral que a meu ver não apresentavam diferenças significativas em relação a trabalhos que utilizavam metodologias

mais tradicionais. A partir do momento que eu explicitar tais problemas esta situação se tornará mais clara para o/a leitor/a.

O primeiro dilema encontrava-se no fato de eu não ter definido como iria apresentar no trabalho as transcrições das entrevistas. Incomodava-me profundamente imaginar uma apresentação das entrevistas baseada apenas em “fragmentos” das falas carregadas de vícios de linguagem, e escolhidas pela/o pesquisadora/or a partir de categorias escolhidas *a priori*. Este tipo de transcrição pura e simples, palavra por palavra, deixa a desejar, levando a um “isolamento do público leitor em geral, e o risco de má recepção de mensagem” (MEIHY 1998, p.66). Ora, se uma das propostas da história oral enquanto metodologia, é uma aproximação concreta entre academia e comunidade, como apresentar um trabalho difícil de ser apreciado pelo leitor em geral? Além do mais, a apresentação dos discursos em fragmentos, pode retirar das narrativas a força e a vitalidade.

Concordando com Fonseca (1997, p.16) de que “essas narrativas, registradas, recriadas e transformadas em documentos escritos, conservarão sua força e, por muito tempo, serão objeto de inúmeras interpretações”, decidi que as narrativas das colaboradoras seriam mantidas na íntegra a partir da minha participação enquanto pesquisadora, recriando e “iluminando-as”, a partir da riqueza de detalhes que significaram os meus encontros com as colaboradoras.

Tomando como apoio os pressupostos colocados por Meihy (1998) quanto à transcrição e apresentação das entrevistas, como primeira etapa realizei a transcrição literal das narrativas tal como foram gravadas. Na segunda etapa fiz o que o autor chama de *textualização*, ou seja, passando a narrativa para a primeira pessoa, suprimindo as perguntas da/o entrevistadora/or, dando o “tom” da narrativa a partir de uma frase que tenha sido destaque durante a entrevista e a transcrição na íntegra. Na terceira etapa, a *transcrição*, “há uma interferência do autor no texto”, mas com a legitimação da colaboradora. Desta maneira, conforme nos diz o autor:

Editar uma entrevista equivale a tirar os andaimes de uma construção quando esta fica pronta. Com isso, a primeira tradição quebrada é a do mito de que a transcrição de palavra por palavra corresponderia à realidade da narrativa. Porque uma gravação não abriga lágrimas, pausas significativas, gestos, o contexto do ambiente, é impossível pensar que a mera transcrição traduza tudo que se passou na situação do encontro. Além do mais, há as entonações e as palavras de duplo sentido (MEIHY, 1998, p.66).

Nesta etapa de *transcrição*, no caso específico desse estudo, optei por apresentá-la em duas partes, à exemplo do trabalho de Bourdieu (2001), *A Miséria do Mundo*, em que

declarações informativas são apresentadas em um texto introdutório seguido depois pela entrevista na íntegra. O presente estudo, no texto introdutivo eu relato no estilo indireto toda a conjuntura em que se deu a entrevista, as minhas impressões enquanto pesquisadora, além do que eu chamo de “uma pequena biografia” da colaboradora. As impressões sobre as condições da entrevista são anotações em um caderno de “notas de campo” feitas tão logo terminasse a entrevista, apresentando a seguir apresento na primeira pessoa as narrativas das parteiras sobre suas experiências ao longo da vida com o ato de partejar, mantendo ao máximo possível as informações conforme expressadas por elas.

Acho importante colocar que estas questões e mudanças de posicionamento foram ocorrendo na medida em que as entrevistas iam sendo realizadas, na medida em que foi clareando mais e mais a visão da história oral não como técnica auxiliar de pesquisa, e sim como metodologia. Esta definição é fundamental para o delineamento dos caminhos que foram trilhados até o encerramento da pesquisa, no caso específico desse trabalho, até a escrita da dissertação. Corrobora com esta tomada de posição as colocações de Neves et al :

Este tipo de postura prende-se ao fato da entrevista em história oral não se limitar à possibilidade de comprovar ou desmentir idéias ou acontecimentos estabelecidos. Trata-se, sobretudo, do registro de como uma pessoa analisa sua experiência, o que seleciona, como ordena, as ênfases, as pausas e os esquecimentos. Enfim, a organização da narrativa contém elementos que expressam informações que vão além da palavra falada e que se constituirão também em elementos de análise por parte do oralista. Nesse sentido, é importante que o entrevistador faça também seu próprio relato sobre o contexto em que se deu a entrevista. Esse procedimento é de fundamental importância para que o futuro leitor tenha uma noção próxima do que ocorreu, mesmo que a entrevista passe pela intervenção do oralista. (NEVES et. al., 2001, p.4)

Outra razão desta opção insere-se no fato de que no decorrer das entrevistas foi ficando claro que às vezes fica muito difícil fazer um corte entre história oral temática e história oral de vida, o que de certa maneira eu pressentira quando fazia leituras e revisão bibliográfica sobre história oral. Assim, a minha proposta inicial pela história oral temática, no caso em busca das memórias de mulheres que exerceram atividades como parteiras, foi se mesclando com as histórias pessoais, seus caminhos, suas escolhas. A temática é muito importante no contexto atual da saúde no Brasil, mas até por questões éticas, é impossível não dar “voz” a essas mulheres.

O segundo dilema estava muito ligado aos meus questionamentos acerca das fontes orais enquanto evidência ,pois, como afirma Thompson (1998, p.138): “se as fontes orais podem de fato transmitir informação fidedigna tratá-las simplesmente como um documento a mais é ignorar o valor extraordinário que possuem como testemunho subjetivo, falado”. Esse

questionamento das fontes orais enquanto registros, documentos que falam por si só, remetem invariavelmente à questão da verdade, porque o que é mais constitutivo da ciência que o desejo de descobrir a verdade? Paul Thompson (1998, p.197) continua dizendo que “toda fonte histórica derivada da percepção humana é 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” e ainda mais: “A lição importante é **aprender a estar atento àquilo que não está sendo dito, e a considerar o que significam os silêncios**. Os significados mais simples são provavelmente os mais convincentes”. (THOMPSON, 1998, p. 204-205) (grifos meus).

Estas entrevistas são carregadas de silêncios e confidências não gravadas que remetem a um significado mais amplo da dimensão de vida no caso aqui, dos fazeres destas mulheres. São a meu ver silêncios e confidências que negam, fazem calar os discursos hegemônicos construídos sobre o que se espera de nós atrizes/sujeitos na construção da história e da cultura humanas, e que não refletem o que efetivamente fazemos. No caso específico das parteiras, seus discursos, silêncios, interditos, deixam claro que muito do que se diz sobre elas são generalizações que não correspondem à complexidade de seus fazeres saberes. Estes discursos construídos são incorporados pelo senso comum como verdades absolutas, o que tem contribuído sobremaneira para a manutenção da hegemonia do poder/saber médico na área da saúde. E esta é uma construção histórica que espalhou-se pelo mundo ocidental desde as chamas das fogueiras da inquisição[...]

E quanto a atingir a verdade oculta, que esta expectativa não nos deixe cegas/os diante do fato de que verdades também são construções históricas e temporais, não passíveis de generalizações apriorísticas que nos deixam prisioneiras/os de ideologias que perpetuam a manutenção do *status quo*.

Creio que problematizar a questão da verdade na pesquisa científica e nos resultados obtidos através do desvelamento da realidade não pode nem deve deixar dúvidas a/ao pesquisadora/or de que é necessário um rigor metodológico e um distanciamento crítico acerca do que se está produzindo. Ao contrário, estes questionamentos nos encaminham no sentido de concordar com Minayo que coloca o seguinte ao comentar a objetividade científica em Demo:

Dada à especificidade das ciências sociais, a objetividade não é realizável. Mas é possível a objetivação que inclui o rigor no uso do instrumental teórico e técnico adequado, num processo interminável e necessário de atingir a realidade. O que se

pode ter dos fenômenos sociais é menos um retrato e mais uma pintura. (MINAYO, 1996, p.35)

Entendo que ter como premissa básica esta diferença entre objetividade e objetivação é fundamental nas pesquisas qualitativas, e esta tem sido a minha preocupação constante. Porque objetivação insere-se na esfera da construção de significados dados a partir dos sujeitos, aqui colaboradoras, envolvidos na pesquisa o que não ocorre dentro da perspectiva da objetividade científica que “nega” de certa maneira os sujeitos pesquisados tornando-os neutros, meros objetos passíveis de análises. Assim,

A metáfora da pintura nos inspira a idéia de uma projeção em que a realidade é captada com cores e matizes particulares, onde os objetos e as pessoas são reinterpretados e criados num processo de criação artística. Ninguém diz que uma pintura é o retrato da realidade. É uma dentre muitas possíveis imagens onde o autor introduz métodos e técnicas, mas onde predomina sua visão sobre o real e sobre o impacto que lhe causa. Nessa obra entra tanto o que é visível como as emoções e tudo se une para projetar a visão da realidade. (MINAYO 1996, p. 35)

O terceiro dilema estava ligado ao fato de como proceder na análise e interpretação dos dados. Fonseca (1997, p.16) concorda com autores que sustentam que a “interpretação está presente em todas as etapas do trabalho de história oral e, portanto, a análise posterior dos documentos pode ocorrer ou não”. Como já comentei anteriormente, em nenhum momento desejei desenvolver nessa pesquisa uma análise que privilegiasse as categorias colocadas por mim, e “confirmadas” por fragmentos de transcrição das entrevistas. A meu ver, esse tipo de análise corre o risco de esfacelar a riqueza das narrativas. Concordo com Terto Jr. que diz:

Para analisar o material coletado, é necessário permitir que as narrativas falem por elas próprias, em vez de aplicar sobre os dados um conjunto de conceitos ou categorias predeterminadas. Nesse sentido, deve-se evitar impor classificações a priori, mas descobrir os processos analíticos e cognitivos usados pelos entrevistados. (TERTO JR. 2000, p.7)

Uma vez que trabalho fundamentalmente com parteiras, buscando entender o que significam estas práticas femininas na construção histórica da saúde sob a perspectiva de gênero, a história oral contribui no sentido de dar “voz” a estas mulheres através dos seus relatos orais contextualizados, ou seja, as narrativas. Porque a meu ver, a própria perspectiva do gênero como categoria de análise histórica possibilita “um novo olhar” na medida em que

[...]a personagem histórica universal cede lugar a uma pluralidade de protagonistas, deixando de lado a preocupação com a centralidade do sujeito. O método único e racional do conhecimento histórico foi questionado em suas concepções totalizadoras e impositivas, sendo substituído pela multiplicidade de histórias [...]. (MATOS 2000, p. 19)

Sob essa perspectiva, busco manter as narrativas das colaboradoras com toda a sua força, digamos até, dramática, mas com um olhar a partir das relações de gênero que de certa maneira dão “o tom” a um fazer eminentemente feminino quando exercido por não médicos. Então, para analisar o significado de “ser parteira” tracei algumas dimensões pertinentes a partir das narrativas, capazes de dar suporte à problematização proposta para esse estudo, e que eu chamei de “Lugares de Significados” que são: o perfil das mulheres colaboradoras; como partejavam; onde partejavam; o cuidado, a humanização e a ética; a vocação, entendendo que a análise dessas dimensões aproximam-se do que se chama hoje “humanização do parto”. A análise dessas dimensões são procedentes na medida em que elas vão lançar luzes à problematização e aos objetivos propostos para o desenvolvimento de um trabalho acadêmico, no caso aqui a dissertação de mestrado, sem contudo anular e encobrir a força das narrativas.

É válido dizer que visto sob esse prisma, deixa-se de maneira mais contundente, falar as singularidades dentro de um contexto social mais amplo. A noção de categoria de certa maneira perde o sentido: não existe a categoria de parteiras e sim parteiras diversas compondo um emaranhado de possibilidades dentro do contexto histórico social da saúde no Brasil. A afirmação de Terto Jr. aproxima-se destas colocações quando diz que:

As histórias de vida não produzem resultados definitivos e descobertas científicas que outros métodos não possam aportar. Os resultados obtidos através de histórias de vida também não oferecem a mesma possibilidade de objetividade e comparabilidade, mas nem por isso se afastam do empreendimento científico, já que permitem aprofundar e relativizar as descobertas, conclusões e resultados de outros métodos, inclusive trazendo novas questões e variáveis de interesse para o conhecimento (TERTO JR.,2000, p.8)

### **3.4 Quem são estas mulheres?**

Aqui descrevo toda a trajetória desenvolvida durante essa pesquisa, reafirmando que esta pesquisa esta intimamente ligada à minha trajetória profissional e pessoal na medida em que há um envolvimento político-afetivo que norteia a minha visão de mundo.

Entretanto, quero deixar claro que esta postura da minha parte não leva a uma interpretação ingênua e romântica dos fazeres das mulheres que colaboraram na pesquisa, mas a uma interação capaz de fazer fluir com mais leveza uma proposta dessa natureza. Aqui acrescento que o fato de eu ser enfermeira em muito favoreceu a aproximação e as entrevistas com as colaboradoras. Bourdieu (2001, p. 697) diz que “A proximidade social e a

familiaridade asseguram efetivamente duas das condições principais de uma comunicação não violenta”. A familiaridade tinha muita relação com o fato de eu ser uma profissional de saúde, dominando inclusive o jargão utilizado por elas (embora eu tenha aprendido tantas coisas novas!).

Apesar disso, percebi por parte de algumas delas, no início da entrevista uma certa “resistência” em colocar algumas opiniões pelo fato de eu ser enfermeira, e o que isso representa dentro da hierarquia hospitalar na área de enfermagem. Esta resistência foi vencida no decorrer da entrevista acredito que muito em função do clima de cordialidade que se instalava entre nós.

A colônia já estava definida desde que foi feito o primeiro anteprojeto. Seria uma pesquisa com pessoas que se dedicaram ao ato de partejar preferencialmente a nível domiciliar. Então para a formação da rede já havia uma determinação de que só seriam entrevistadas mulheres e que as mesmas deveriam ter desempenhado atividades na região norte do Estado de Minas Gerais. No transcorrer da pesquisa duas alterações se deram com relação à rede: foram entrevistadas parteiras do Estado de Santa Catarina, bem como parteiras que tiveram a experiência com partos hospitalares. A questão de faixa etária não foi uma preocupação, mas sim o período de desempenho profissional delas ter se dado preferencialmente entre as décadas de quarenta e de oitenta.

O número de entrevistas a serem realizadas também não foi estabelecido previamente: foi acontecendo durante a pesquisa através de indicações das pessoas envolvidas. Além do mais, compartilho com a postura de Terto Jr. (2000, p. 6) de que “O número de entrevistados não deve ser o critério mais importante para a seleção, mas sim a disposição de compartilhar histórias e participar da pesquisa”. E foi exatamente isso que ocorreu durante a pesquisa que realizei: em momento algum recebi uma recusa em participar, e o interesse pela pesquisa ia aumentando na medida em que elas tomavam conhecimento do andamento da mesma.

Foram realizadas então oito entrevistas, mas aqui serão apresentadas apenas sete narrativas pelo fato de que uma deixou muito a desejar pela qualidade técnica da gravação. A faixa etária das entrevistadas/colaboradoras variou entre cinquenta e dois e oitenta e cinco anos. Das sete entrevistadas, duas são o que se costuma chamar “parteira curiosa”, cujo aprendizado se deu de forma “natural”, baseado mais na emergência de um momento crucial em que é preciso se solidarizar com outras mulheres. Essas parteiras curiosas tiveram depois contato com profissionais da saúde (médicos e enfermeiras), principalmente a partir dos anos sessenta, com a criação de hospitais e novas políticas de saúde pública principalmente no

norte de Minas.Gerais As outras cinco colaboradoras, de maneiras diversas, têm íntima relação com a enfermagem, em alguns casos nem sendo chamadas apenas de parteiras, mas de “enfermeiras”. Acho importante dizer que a relação direta com a enfermagem propriamente dita no tocante às entrevistas não foi intencional, isto é, eu priorizei o ato de partear independente de como essas mulheres começaram a fazê-lo.

A primeira entrevista realizada em setembro de 1999 em Várzea da Palma foi com Geralda, conhecida na cidade como D. Tuquinha, uma parteira que trouxe à vida muitos cidadãos e cidadãs daquela cidade e região. Essa entrevista delineou por assim dizer toda a trajetória que eu transcorreria a seguir. Essa foi uma entrevista que eu chamo de exploratória, que eu não havia sequer elaborado um roteiro para as entrevistas. A partir daí houve um roteiro que ia se “moldando” a cada encontro, mantendo apenas orientações básicas para que em meio ao calor das conversas não houvesse o risco de me perder dos objetivos propostos.

Em maio de 2001 realizei mais três entrevistas em Santa Catarina, porém aí já havia elaborado um roteiro com questões que considerei chaves para o estudo. Por sugestão de uma das professoras da disciplina de prática assistencial, procurei a então diretora da Maternidade Carmela Dutra Enfermeira Evangelia Kotzias que me forneceu lista contendo dez endereços de parteiras que haviam desempenhado atividades naquela instituição. Fiz então contato telefônico com D. Eunice, e no dia oito de maio pela manhã estava em sua casa realizando a primeira entrevista em Florianópolis. Durante a entrevista com Eunice ela me falou a respeito de uma parteira que trabalhou durante muitos anos na Maternidade Carlos Corrêa. Essa parteira, de nome Army, fez todos os seus partos e era muito respeitada e estimada pelas pessoas.

A entrevista se deu em sua residência no dia 10/05/2001. Uma entrevista riquíssima, permeada também por documentos e fotografias que marcaram as três décadas de permanência de D. Army na Maternidade Carlos Corrêa. E foi muito interessante porque no decorrer da entrevista ao notar o meu interesse por parteiras que desempenharam suas atividades em domicílio, ela me sugeriu entrevistar uma parteira do sul de Santa Catarina que havia se formado na Carlos Corrêa. Como eu demonstrei que não haveria de minha parte nenhum empecilho em ir até a cidade em que ela morava, após a entrevista ela mesma ligou para essa parteira, ficando a entrevista marcada para um domingo, dia 20/05/2001.

No domingo bem cedo saímos, eu e D. Army, com destino a cidade de Rio Fortuna para que eu entrevistasse Benedetta Otterbach, conhecida por todas como D. Deta. A entrevista foi à tarde, depois de nós três almoçarmos em um restaurante que serve comidas típicas alemãs,



pois D. Army já havia falado por telefone à sua antiga amiga que estava desejosa de saborear um certo prato alemão de que me esqueci o nome.

Com o rico material que eu já tinha em mãos poderia talvez encerrar as entrevistas, mas havia um certo problema mais de cunho pessoal que metodológico: ter um vínculo político afetivo com a região norte de Minas! Assim, a minha proposta inicial de historicizar os fazeres de mulheres dessa região não se concretizava. Além do mais já havia uma parteira da região que queria muito entrevistar (D. Tereza de Jequitaí), e uma auxiliar de Enfermagem do Hospital Municipal de Pirapora, D. Cardoso, que muito me chamou a atenção por seu desempenho em obstetrícia quando lá trabalhei em 1998.

Voltei ao norte do Estado de Minas Gerais em novembro. Fiz contato com D. Cardoso por telefone, e através de Orlene, enfermeira delegada do COREn/MG em Montes Claros, consegui também o telefone de D. Tereza em Jequitaí e marcamos a entrevista. No dia 13 de novembro de 2001, sob um calor escaldante minimizado pela chuva forte que caía na região saí de Montes Claros em direção a Jequitaí, para realizar a entrevista marcada para as 14 horas. Saber o endereço de D. Tereza para chegar até sua casa? Não era necessário. Todas as pessoas lá sabem onde ela mora[...]

A entrevista com D. Cardoso foi realizada no dia 14 de novembro de 2001 às dezessete horas em sua casa na cidade de Pirapora conforme havíamos combinado. Mas aí a grande surpresa: morava na cidade D. Oliveira, uma enfermeira, a primeira do antigo hospital do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e que fez inúmeros partos domiciliares na cidade e na região. E ao término da entrevista com Cardoso, lá fomos nós falar com ela. Marcar a entrevista para o outro dia? Mas por quê se eu já estava lá! Entre doces caseiros desenrolaram-se as conversas: do doce de limão de D. Tuquinha ao de laranja da terra feito com melado de D. Oliveira, não me esquecendo de mencionar a preciosidade que é o doce de caju feito por D. Tereza com os cajus colhidos no seu quintal. E somadas às entrevistas estão as cartas manuscritas. Sim porque em virtude da distância muitos detalhes foram acertados entre nós por carta, inclusive a verificação da redação final das narrativas. E, embora não tenha tido ainda o prazer de conhecer Ecléa Bosi, concordo com Selva que diz ter aprendido com ela que:

[...]o respeito e a harmonia feliz entre as pessoas são a base para o trabalho de história oral. Aprendi a importância, o significado e a responsabilidade do pesquisador ao testemunhar e apreender o que ainda não foi digerido pela sociedade de consumo [...] e a compreensão dos limites e os riscos de alienação da minha consciência, no mundo em que vivemos. (FONSECA 1997, p. 13/1)

Do ponto de vista ético, a inclusão das parteiras entrevistadas obedeceu a Resolução número 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, especialmente no que diz respeito ao Consentimento livre e esclarecido.

Desde o início das entrevistas procurei informá-las dos objetivos do estudo e da opção do sigilo ou não, sendo que nenhuma delas optou pelo sigilo. Todas acreditam que o trabalho que desempenharam foi muito importante e que participar dessa pesquisa lhes dá a visibilidade que de certa maneira não tiveram. Voltei a me encontrar pessoalmente com três delas, e mantivemos correspondência pessoal, conforme já relatei, em que vários acertos foram feitos. Todas assinaram o termo de cessão, à exceção de D. Geralda que veio a falecer recentemente. No entanto procurei sua família em novembro último, e uma de suas filhas assinou o termo além de me trazer mais contribuições sobre a vida de D. Geralda, passando às minhas mãos o jornal local que prestava homenagem póstuma a ela. Todas se empenharam muito em colaborar, manifestando inclusive o desejo de participar da apresentação pública da dissertação.

## **CAPÍTULO IV**

### **ELAS POR ELA**

---

Voltam os santos rios para as fontes e com a justiça marcham para trás todas as coisas. Os homens meditam ardis e a fé jurada pelos deuses, vacila. Muito breve, todavia, a notoriedade há de falar outra linguagem e não disporá de elogios bastantes para nós. Já vejo a hora em que se louvará o nosso sexo e não mais pesará sobre as mulheres tão maldosa fama. Não mais celebrará nossa perfídia a poesia dos bardos eternos (MEDÉIA, 431a.c.)

Nesse capítulo apresento as narrativas das sete colaboradoras dessa pesquisa. Esta apresentação é feita em duas partes distintas: na primeira parte consta o nome da entrevistada seguido de dados gerais sobre a mesma elaborados a partir da entrevista propriamente dita, das notas de campo e da correspondência trocada entre nós. Procuo, de uma forma sucinta, descrever as impressões mais marcantes que se deram durante o encontro, numa tentativa de situar o leitor.

A segunda parte vem precedida de uma frase que de certa maneira “caracteriza” a colaboradora, seguida da entrevista “*transcrita*” na íntegra, mantendo o relato na primeira pessoa. Procuo manter inclusive alguns termos usados por elas que caracterizam uma região, e algumas características de linguagem que lhes são mais singulares.

A utilização das fotografias no trabalho foi discutida com todas, porque ao final de todos os encontros fotos eram tiradas, com aceitação plena por parte das mesmas. D. Army

me forneceu inclusive um álbum de fotos das alunas que foram se formando na maternidade Carlos Corrêa entre os anos quarenta e sessenta, caso eu quisesse utilizar essas fotos.

### **GERALDA GONÇALVES DA SILVA (DONA TUQUINHA)**

Dona Geralda nasceu em 1917 na cidade de Curvelo, Minas Gérias. Casou-se com o Sr. Luiz Ozório da Silva com quem compartilhou a existência durante cinquenta anos. Teve cinco filhos, dezoito netos, quinze bisnetos e uma trineta.

Infelizmente ela não viveu para ver esse trabalho pronto, o que lhe daria muito orgulho eu tenho certeza! Posso fazer tal afirmação porque durante as duas vezes que falei com ela (a primeira vez quando da entrevista propriamente dita, e a segunda em conversa mais ou menos informal, ratificando coisas) percebi o prazer que ela sentia em falar da sua vida dedicada principalmente ao ato de partejar. E quando falei com a filha dela, em quinze de novembro de 2001, fazendo pouco mais de um mês de seu falecimento, ela se emocionou pelo fato da mãe não mais estar viva para ver o trabalho pronto. Ela me forneceu o jornal da cidade da semana em que aconteceu o falecimento de D. Tuquinha, que eu deixo público nesse trabalho, no sentido mesmo de prestar uma homenagem a uma mulher que muita saudade deixou em sua comunidade pela vida de dedicação a tantos fazeres simples mas fundamentais.

A entrevista com D. Tuquinha foi um momento muito especial! Era uma “contadora de casos”, em que não só as palavras eram suficientes para dar o tom das suas narrativas. A entonação da voz diminuía consideravelmente quando falava de coisas “meio proibidas” como me confidenciou rindo bastante quando o gravador foi desligado.

Os gestos faziam parte da sena: era preciso se levantar, se colocar na posição, deixar tudo muito claro para mim e mais duas pessoas que se encontravam presentes no momento da entrevista. Os detalhes, por exemplo, da posição da mão da criança naquele parto difícil, era para que ninguém duvidasse da veracidade do fato! E o dito popular que ela falou “pro Dr.” foi mesmo da maneira que o dito existe, o/a leitor/ra vai poder entender quando estiver lendo a narrativa, foi hilariante!

Realmente D. Tuquinha fez da prática - da sua prática - escola de vida, de solidariedade! Com seu jeito simples de falar, de rir abertamente foi uma mulher que fez história, história

com H! E foi com a sua colaboração que o projeto começou: criou vida, criou asas que eu agora espero, possa encontrá-la em algum lugar do universo[...]

**MAIS VALE A PRÁTICA QUE A GRAMÁTICA**

Eu trabalhei mais de cinqüenta anos como parteira, e o primeiro parto que eu fiz foi em São Paulo. Eu morava com a minha cunhada e ela estava esperando neném. Quando ela começou a sentir mal, não tinha ninguém, era eu mesma. Nasceram duas meninas: uma e logo após nasceu a outra. Aí eu fiquei sem saber o que fazer, eu nunca tinha feito isso. Chamei uma vizinha e cortamos o umbiguinho das meninas. Depois eu fui aprender comigo mesma. Quando eu tive o meu primeiro menino, eu passei muito mal, eu mesma fiz o meu parto. Depois que eu fiz o parto dessa minha cunhada a vizinhança ficou me chamando para fazer parto. Eu dizia: gente eu não sou parteira! Mas a mulher está passando muito mal, vai lá. Gente eu nunca tinha feito um parto, não sabia nada. Então outra ganhou uma menina. Aí lá foi dona Geralda "tirar visto" direitinho. Então fui continuando. Eu tive seis filhos sozinha! Aí eu fui aprendendo comigo mesma. E criança veio e nunca deu problema nenhum. Eu aprendi comigo mesma, porque quando eu tive o meu primeiro menino, naquele tempo, a gente casava muito boba, as mães tinham aquela reserva, ninguém falava nada com os filhos, não fazia nada. Quando eu tive o primeiro menino, eu ficava assim, olhando[...]de onde esse menino passou? Eu ficava olhando ele num cantinho, imaginando: como tem lugar para esse menino passar? A vasilha tá cheia de sangue[...] Então quando eu tive a outra filha já trouxe água quente e pensei: agora eu vou ver como é que é. Quando eu toquei a bolsa eu assustei, porque eu não esperava aquilo, mas continuei, e quando foram chamar a parteira ela já tinha nascido. Essa foi a segunda, depois a terceira eu tive só, com Deus, eu tive sozinha a minha menina! Eu mesmo cortei o umbiguinho, eu mesmo arrumei tudo. E assim continuei a trabalhar lá em São Paulo. Depois eu aprendi a fazer toque, mandei comprar luvas, comprei tudo e fui fazendo. Quando cheguei aqui em Várzea da Palma continuei. Fazia na cidade, às vezes junto com os médicos, com o Dr. Sérgio, que inclusive deu aula para mim. Cheguei aqui e continuei a mesma coisa, fazendo partos.

O primeiro parto que eu fiz aqui, foi da enteada do Edson da senhora Nadir. No começo aqui não tinha hospital. Eram as parteiras que trabalhavam. Eu sempre tive mais cotação, o povo tinha mais fé em mim, e assim eu fui criando aquele ambiente, as pessoas me procuravam muito.

Foi então que começaram as reuniões toda quinta feira com a Neide. Ela trabalhava no posto de saúde, era enfermeira. Depois um outro doutor veio dar aula pra gente: ele trazia uma boneca , fazia todo aquele movimento com a boneca ensinando todas as posições que a criança podia nascer, como é que não podia nascer, o que impedia. Então a gente prestava muita atenção, e ia aprendendo muito. Quando eu fazia um toque e notava que não era capaz, eu já levava para o hospital. Porque logo depois que eu vim para cá abriu o hospital. Deve ter uns quarenta e nove anos mais ou menos que começou a funcionar o

hospital. Nessa época nasceu minha outra filha mas também não fui ao hospital, nasceu comigo em casa. Quando tinha um parto que eu ficava em dúvida muitas vezes eu chamava os médicos em casa e eles vinham, e quando não dava eu levava para o hospital e acompanhava lá no hospital.

Mas a grande maioria dos partos eram feitos mesmo em casa. Aqui na minha casa mesmo tinha quatro camas, uma vez eu tive quatro pacientes, vindas da roça para ganhar neném aqui. Vinham para a minha casa: eu tinha um quarto com quatro camas para elas dormirem, e aquela que passava mal, eu punha no outro quarto e fazia o parto dela. Mas quando elas moravam aqui na cidade mesmo eu ia na casa delas, elas ganhavam em casa, nos seus quartos de dormir. Ficava com elas o tempo todo o parto todo: duas, três, quatro, cinco horas, o dia todo porque quando é o primeiro parto sempre é mais difícil, tinha que ficar acompanhando, eu já levava até os remédios. Quando eu estava fazendo o curso, o Dr. explicou como é que usava as injeções, então só eu trabalhava com injeção, eu e uma outra colega, a D. Helena que já morreu. Quando ia atender eu já levava as injeções, levava injeção de soro, eu levava tudo, quando eu ia, eu já levava as coisas todas.

Numa ocasião aconteceu um impedimento de uma senhora ganhar neném: notei que não tinha placenta, aí eu trouxe ela pra cá e teve que operar porque a placenta era grudada no útero, não saía de jeito nenhum, teve que operar mesmo. Porque eu já sabia até quantos minutos levava para tirar a placenta e dessa vez não saía mesmo. Trouxemos ela para cá, veio aqui para a minha casa e não para o hospital, porque esse era o costume. O doutor veio aqui examinou a senhora e disse que não tinha jeito mesmo, eu estava certa, e disse que era preciso levar para o hospital e operar. Então a gente tinha que compreender tudo isso: como é que estava a criança, o tamanho da criança, se nascia, se não nascia. Era preciso ver a posição que estava a criança. Uma vez eu fui fazer um parto e quando eu fiz o toque notei que a criança estava com a mão numa posição muito estranha. Então levei a senhora para o hospital e ao médico: doutor, eu vou passar a minha paciente para o senhor e quero saber se eu estou certa. Para mim a criança está com a mão na testa e eu não sei para que lado eu devo descer o braço. Aí ele mesmo fez o parto. E esse médico que fez o parto dessa criança nos falava que quando terminasse o parto era preciso examinar toda a criança para ver se tinha alguma anormalidade. E ele fez esse parto lá no hospital e no outro dia pela manhã, ele mandou a dona ir pra casa.

Eu esperava até cair o cordão umbilical, o serviço era meu, banhava o bebe até cair o umbigo, cinco seis, sete dias. A gente tinha que dar conta do serviço completo! Qualquer coisa que houvesse nesse intervalo, se acontecesse algo de errado com a mãe ou o filho a responsabilidade era nossa. Então nesse período eu ia banhar todo dia a criança não deixava ninguém mexer. Depois disso eu entregava para a mãe,

fazia as recomendações, ensinava como é que lavava, a temperatura da água, essas coisas. Ensinava também que devia ferver a água depois bater a água e colocar num vidro, para dar para a criança no intervalo entre as mamadas, no intervalo dava água ou chá. Principalmente quando era primeiro filho eu fazia, mostrava como fazia tudo direitinho explicava para elas sobre a vasilha de alumínio, que tinha que ser numa vasilha de louça porque alumínio solta não é, então eu falava isso para elas.

Para curar o umbigo, há muitos anos atrás, usava azeite, no tempo da roça era assim. Depois, a gente curava com álcool, só com álcool. No tempo do azeite, a gente pegava o azeite e fazia num instantinho usando azeite e pó de fumo. Quando comecei a fazer os partos aqui era assim, todas as parteiras usavam assim. Depois que chegou o posto de saúde eles tiraram, eles não deixaram mais, e ensinaram a usar o álcool. Eu banhava a criança com bastante água limpa: banhava a cabecinha primeiro, depois o rostinho, aí virava porque não podia molhar o umbigo. Depois eu lavava as partes direitinho embaixo, secava ele com toalha limpa, botava o talco, vestia a roupa e depois é que eu curava o umbigo, depois que eu limpava tudo, aí eu curava o umbigo. Mas quero dizer que quando usava azeite e pó de fumo nunca, nunca mesmo deu problema. O povo fala que dá problema, mas nunca teve nada, até porque passei muitos anos fazendo assim. Porque quando eu comecei a trabalhar não tinha essas coisas, era pela roça, era por aqui mesmo e todas as parteiras aqui faziam o mesmo processo. As parteiras daqui já eram bem velhinhas naquela época. Tinha uma senhora que chamava Geordelina que já morreu e tinha uma senhora que me ajudou muito no princípio, foi a D. Eraudina, a parteira mais velha que tinha aqui e me ensinou muita, muita coisa! E tinha a D. Helena[...] parece que todas já morreram, acho que sim.

Naquela época quando se fazia os partos em casa, a senhora podia fazer de tudo: ela podia levantar, podia andar, uma coisa que eu só não deixava era alimentar, porque se fosse um caso de trazer para fazer uma cesárea, ou qualquer outra operação, ela não podia estar com estômago cheio, então eu não deixava a pessoa alimentar coisas pesadas fazia sempre uma sopinha ou um mingau, porque a pessoa da roça sente muita fome. Eu dizia para elas: vocês vão alimentar como? não pode encher o estômago, porque a gente não sabe como vai correr. Quantas vezes eu tive que trazer do mato pra cá, trazia da roça. Uma vez fui buscar uma senhora que a criança já tinha nascido, mas não conseguiu tirar a placenta. Eles vieram me buscar, eu perguntei para o marido dela como ela estava. Sabendo do estado em que estava a mulher fui ao hospital e comprei umas injeções de soro. Quando eu voltei ela estava ruim, muito mal mesmo mas eu consegui tirar a placenta. Olhei a temperatura e ela estava com febre então eu resolvi que ia levar ela para o hospital. Sabe por que ela estava sentindo tão mal? Porque tinham dado para ela chá de pimenta do reino!



Lá na roça eles costumavam dar chá de canela que nunca fez mal, mas deram pimenta, e ela vomitou um tanto. Aí o que eu fiz? Dei para ela um soro e mandei ela beber leite, pra tirar tudo aquilo do estômago e trouxe ela pra cá. Aí ela já melhorou no meio do caminho. O médico veio e fez a consulta e viu que estava tudo bem. Ela ficou aqui uns dias, porque eu tinha pensão, e eu ficava com elas até ficar tudo certo. Daí uns dois, três dias ela foi embora passando muito bem e sabendo as instruções.

Outra vez chegou uma senhora aqui, esse dia eu corri o risco, chegaram com a mulher aqui no domingo. Nesse tempo o Dr. ia para Pirapora todo sábado e só voltava na segunda-feira e ficava sem médico aqui no fim de semana. Ficava o seu Paulo também que era enfermeiro. Foi então quando o homem chegou com a senhora dele e pediu para eu olhar. Eu disse que não ia olhar essa senhora. Ele disse: mas nós já paramos o carro aqui, se eu for procurar outro lugar no caminho ela vai morrer. Eu disse: está bem, eu vou olhar mas todo mundo vai assinar aqui, inclusive o marido dela, que eu não sou responsável. Sabe porque eu não queria me responsabilizar? Porque ela já estava muito mal, estava com eclampsia. Ela não estava conversando e não podia com claridade. Então, eu falei com ele que só tinha enfermeira no hospital, o doutor não estava. Aí eu coloquei ela aqui, preparei ela toda, a cabeça da criança estava assim, parada, sem nascer. Eu fiz a inversão da criança, ela nasceu, tirei a placenta, arrumei ela toda, e pedi para chamar o seu Paulo, que era o enfermeiro. Ele disse que ela não estava boa e eu perguntei: o que nós vamos fazer seu Paulo? No hospital eles não podiam receber. Então ele passou uns remédios pra ela e eu fui cuidando e dando os remédios até chegar segunda-feira para o Dr. examinar. Ele passou um bocado de remédios para ela. Ela chegou domingo e ficou segunda, terça, quarta-feira e foi voltando a si. E eu dando os remédios, cuidando dela e do neném.

Fiz o parto dessa senhora aqui mesmo, na minha casa, porque era assim que funcionava. Quando a mulher era da roça, ela vinha para cá e eu fazia aqui em casa. No hospital eu nunca fiz. Eu ajudava a levar a parturiente para lá e quando fazia cesárea ou outras coisas eu sempre acompanhava até o fim e os médicos toda vez me deixavam acompanhar os partos. Eu tinha reformado um quarto daqui de casa com essa finalidade. Coloquei ela lá e junto com ela ficaram a mãe dela e a sogra. Eu disse pra não conversar com ela e também não fazer barulho nenhum, conversa perto dela de jeito nenhum. Dei os remédios conforme mandaram, na quarta-feira ela voltou a si e depois disso ainda teve ela teve uns seis ou sete filhos. Eu não queria ficar com ela, mas realmente não teve jeito porque se ela fosse para Pirapora ia morrer no caminho, Eu pedi para o marido assinar porque se acontecesse qualquer coisa eu não seria responsabilizada. Mas afinal, graças a Deus, ela melhorou, passou essa crise. Só que ela me disse que o menino

não é muito certo da cabeça, porque ele passou muito do tempo para nascer.

A princípio quando eu comecei a fazer parto tudo era diferente. Por exemplo eu esperava até a bolsa d'água romper sozinha depois eu aprendi quando tinha dilatação completa eu rompia a bolsa. Aprendi com o médico. Eu tinha medo porque a bolsa quando alta, a criança bebe água, aí pode ficar sufocada. Então quando realmente já estava a criança no "nascedor" e eu via que só tinha a bolsa eu rompia. Depois que eu rompia a bolsa, deixava passar uns tantos minutos para fazer a injeção e a criança nascer. Não pode fazer a injeção antes, tem que fazer quando a criança está "cloando". A injeção é perigosa, a injeção é pituitina, então só eu fazia, só eu tinha autorização do médico para fazer.

Uma outra vez eu fui fazer um parto, aliás, não fui eu que fiz o parto, uma outra já estava lá e não deu conta. A mulher mandou me chamar porque eu já tinha feito um parto dela antes, como essa parteira que estava lá não deu conta, mandou me chamar. Quando eu cheguei lá, o menino estava com a mão pra fora, só tinha nascido a mão. A mão dele já estava inchada, roxa. Aí o que eu fiz? Vou colocar essa mão para dentro. Peguei a mulher direitinho, abaixei a cabeceira dela, porque não pode suspender a cabeceira, tem que abaixar. Deitei ela direitinho, e fui com jeito, com muito jeitinho[...] Usava azeite pra criança passar, escorregar. Aí fui passando o azeite devagar, fiz a injeção e o menino nasceu, a mãozinha roxinha, que só vendo. Eu mesmo fiz: eu cheguei lá e eu mesmo fiz. Eu consegui, botei a mão dele pra dentro, ele nasceu e ficou bem! Aí eu falei pra parteira que estava lá ir banhar a criança no dia seguinte. Perguntei para ela se podia banhar, porque ela não fez o parto, e ela não fez porque não foi capaz. E ainda falei assim com ela: olha, agora entende isso, quando eu faço o meu angu, eu mesmo como, eu nunca chamei nenhuma parteira aqui pra me ajudar, quando eu chamo, chamo um médico que tem consciência do que eu estou fazendo, agora quando me chama, não tem nem consciência do que está fazendo. Eu tenho muita consciência do que estou fazendo. Então eu mesma fui lá, banhei a criança e graças a Deus ficou tudo bem. Mas já deu problema de levar para o hospital e o médico fazer cesariana mesmo, porque às vezes não é só a dilatação, é também porque não tem passagem.

Eu e mesmo as outras parteiras não éramos de fazer episiotomia. Fazia assim normal entende, sempre coincidia de romper sozinho, então a gente dava os banhos. A gente banhava com folha de goiabeira e com mentrato, com essas plantas que eles usam. Banhava vários dias e dava pra beber o chá de mentrato. Eu botava a mulher de repouso, não deixava ela ficar levantando e assim sarava, muitas vezes sarava. Às vezes eu fazia um parto hoje, e quando eu ia fazer outro, já tinha sarado, não tinha nada. Agora não, eles cortam, eles não esperam, eles cortam. Agora eu acho, eu tenho para mim que

eles cortam até o que não seja pra cortar. Eles não têm paciência de ficar esperando como eu ficava não! Agora ficou assim: se a criança está ali para nascer, então é pra nascer logo. Naquele tempo eu ficava ali ajudando, levava pra um lado, levava pro outro lado, esforçava um pouquinho e nascia não tinha nem ruptura, a mãe nem sentia nada. Era só esperar, nem todos davam ruptura. Claro que tem muitos (períneos) que são mais fracos, mas eu fiz muitos partos sem nunca dar ruptura.

Eu perdi duas clientes, uma de uma maneira muito estranha. Ela perdeu um menino, o menino dela tinha morrido afogado e ela ficou muito complexada. Eu tinha um armazém aqui que vendia coisas de armarinho, e um dia ela chegou aqui e queria comprar renda pra fazer mosquiteiro, e disse para mim: Dona Tuquinha, eu vou morrer! Ela estava grávida e disse que se a criança morresse ela "escapava" mas se a criança escapasse ela vou morreria. Dizia isso conversando ali comigo e chorando muito, contando do menino dela que tinha morrido afogado. Quando chegou o domingo o marido dela veio me procurar. Eu tinha ido na feira e passou um tempo ele foi me chamar. Cheguei lá olhei ela e disse: você vai ganhar um menino! Você quer ir para o hospital ? Ela me falou assim: eu não vou para o hospital porque lá eu não posso ficar e ver meu filhos. Então eu mandei chamar a mãe dela. Eu disse que ela não queria ir para o hospital e eu achava que ela devia ir porque ela deu uns problemas, mas ela não queria ir. Eu fiz o parto e nasceu a menina. Mas a menina estava toda cheia de hematomas, toda roxa, manchas roxas. A mulher começou a passar mal e eu mandei chamar o médico. Ele chegou lá, examinou ela, passou os remédios e foi embora. Eu fiquei lá com ela, não fui embora, fiquei ali junto dela. Ela começou a passar mal de novo, tornei a chamar ele, a gente conversou, e ele decidiu internar. E ela deitada lá na cama de hospital: estava eu, uma outra enfermeira, o médico e o marido dela. A gente estava conversado e quando eu olhei para o rosto dela, ela começou a ficar pálida e eu e a enfermeira começamos a esfregar a mão dela, eu esfregando de um lado e ela do outro e o doutor procurando para fazer uma injeção. Depois o doutor olhou e me disse: essa moça não tem jeito, ela vai morrer. E assim foi. Passados muitos anos teve outra com problema: também fui lá, tratei da criança, ela começou a sofrer acesso, levei direto para o hospital. Cheguei lá o doutor olhou, ela continuou com convulsões e morreu também. Mas sempre no hospital, nunca nenhuma morreu na minha mão.

E olha que eu já perdi a conta de quantos partos eu fiz, já foi mais de mil! Eu comecei a trabalhar como parteira eu tinha vinte, vinte e dois anos, porque quando eu vim lá de São Paulo eu já fazia partos. Depois eu trabalhei aqui quarenta anos. Outro dia lá na igreja falaram que foi trinta e oito anos e eu disse: não, foi quarenta anos e graças a Deus eu perdi essas duas dentro do hospital, porque eu também não

esperava que ia acontecer nas minhas mãos nunca! Quando eu via que não era para mim, eu já tratava logo de chamar o médico, porque é muito chato. E te digo que complicado assim foram poucos mesmo. Quem ficava lá no posto de saúde indicava as parteiras. Então eu tinha uma grande indicação delas, do pessoal do posto de saúde porque elas tinham confiança em mim. Já cheguei a fazer três partos. no mesmo dia Teve um dia que eu estava fazendo um parto e uma senhora me chamou, a criança já tinha nascido, então eu enrolei a criança, deixei ela lá, falei para a mãe que eu voltava rápido, fui fiz o parto dessa outra senhora e voltei para acabar de arrumar a criança. Sabe porque elas preferiam fazer em casa? Primeiro elas tinham vergonha, aquelas enfermeiras novas lá do hospital elas tinham vergonha. Elas tinham vergonha, então preferiam ficar em casa comigo do que ir para o hospital. O médico chegava examinava e levava para o quarto e se fosse um parto normal as enfermeiras levavam para a sala e elas mesmo faziam, não o médico. Então elas recusavam por isso, porque tinham vergonha das meninas. Elas tinham aquele complexo de idade, tinham muita vergonha, por isso preferiam fazer comigo, e por isso eu trabalhava em casa, na casa delas, ia na roça, ia no mato. E também porque no hospital tudo era pago. Muitos milhares de partos eu fiz sem cobrar, porque a pessoa não tinha condições de pagar. O médico me dizia: vocês são obrigadas a ir ao chamado porque se acontecer alguma coisa, vocês são responsáveis. Eu um dia falei para ele: como é que nós somos responsáveis e o Sr. não é responsável? Porque se fosse uma pessoa que não pudesse pagar eles não atendiam mesmo, os médicos não atendiam. Uma vez uma mulher que veio lá de Buritis foi para o hospital e não atenderam. Ela então veio para a minha casa e passou uma meia hora ela teve a criança. Ela não ficou no hospital porque não tinha dinheiro para fazer o depósito que era obrigatório. Elas não tinham dinheiro para pagar o parto.

Na roça, quando a criança nascia, eles batiam um prato para fazer barulho e a criança chorar. Mas aquilo tudo era de roça, depois o doutor nos ensinou que quando nascesse uma criança asfiziado, a gente tinha que virar a cabecinha, bater no pezinho para a criança chorar e limpava a boca. Tinha material para fazer isso, eu carregava tudo. Então nascia um menino com problema eu pedia duas bacias, uma com água quente e outra com água fria. Eu enfiava na quente, depois enfiava na fria, na quente, na fria, eles nos ensinaram assim e a criança voltava. No começo tive medo, eu achava que a criança podia era morrer[...] Mas ele nos ensinou, eu fiz e deu resultado. Eu antes soprava a boca, o nariz, e nem sempre dava, eu enfiava na água quente e na água fria e a criança vivia. E eu aprendi com ele, o doutor. Ele me dava aula, me dava explicações.

Outra coisa que na roça eles faziam era colocar um cabo de colher no fogo, até avermelhar e queimava o umbigo cortado. Primeiro eu fiz, porque o que as outras faziam eu também

fazia, aquelas parteiras velhinhas faziam assim. Depois eu comecei a fazer tudo certinho, aqui a gente acabou com isso tudo. Quando a gente queimava aquilo fedia, mas eles não choravam não, aquilo não dói. Amarrava primeiro e depois de amarrado é que queimava.

Lá no mato, a gente arrumava tudo direitinho, ajeitava a mãe, arrumava roupa. Uma ocasião fui fazer um parto, a mulher me deu umas roupas sujas, eu falei: eu não vou colocar isso não, eu não posso fazer isso, então eu pus o meu avental para enrolar. Eu tinha três aventais, um limpo, um lavando e um que eu usava, então eu sempre levava dois aventais, e muitas das vezes eu tinha que enrolar a criança no meu avental, porque eles não tinham nada para enrolar o neném.

Quando era parto na roça ficava horas e horas. Primeiro parto então geralmente não dava menos de doze horas, muito difícil. Agora eu falava: não vai comer nada pesado, evita beber muita coisa. E começava a dar os banhos. Tinha banho de caninha, folha de jenipapo, esses banhos assim. O banho com folha de jenipapo era para aumentar as contrações, para adiantar o trabalho, porque até chegar, eu ajudava a coitada, dava chá de canela, dava banho. agora esse chá de pimenta do reino eu nunca dei.

E muitas vezes tinha que dar muito tipo de ajuda. Uma vez eu fiz um parto para lá de Jequitai, uns vinte quilômetros. O moço tinha uma carvoeira e vieram aqui me chamar, e quando aqui chegou ele disse assim: olha D. Tuquinha, se tiver acontecido alguma coisa a senhora fala porque eu não achei carro para buscar a senhora, por isso mesmo demorou demais. Quando cheguei lá, a criança tinha nascido, tinha morrido, e já tinha sido enterrado na porta da cozinha. A mulher estava deitada sobre aqueles sacos de carregar carvão e eu apliquei nela a injeção contra hemorragia que eu tinha levado e disse: essa mulher não pode ficar aqui temos que levar. Coloquei ela no carro e levei ela para minha pensão. Chegando aqui a primeira coisa que fiz foi dar um bom banho na coitada, porque na casa dela nem água tinha, eles carregavam num caminhão, deixavam um tambor cheio de água! Aí fui na casa de uma mulher mais rica daqui, D. Julieta, e falei: a senhora vai lá porque ela não está passando bem, ela não pode ficar naquele estado, nem roupa ela tinha, ela estava deitada em cima de um saco de carvão, aquilo é perigoso, pode dar infecção. Porque a gente sempre guardava roupas velhas para esses casos, e eu já tinha usado umas roupas dessas depois que dei o banho nela. D. Julieta foi até a pensão e eu disse: agora a senhora dá umas roupas, porque o jeito que ela está não pode ficar. Ela estava deitada naquelas camas feitas de pau, sem colchão, sem nada. Aí deram colchão, deram roupa, deram muita coisa e levaram ela de volta. A criança morreu antes de eu chegar lá mas ela não teve nada, precisava de cuidado. Eu tive muita dificuldade, muitos pacientes que não tinham nada, tinha casa que a gente chegava e não tinha nada mesmo, era difícil demais. Mas eu

sempre recomendava juntar roupas velhas que não usam mais, uma roupa do seu marido, uma calça, você lava ela e deixa os pedaços pra forrar embaixo de você. Eu forrava, forrava com pano, forrava com jornal, enrolava e mandava enterrar o que estava muito ruim ou jogava fora, porque aquela sujeira é muito ruim, muito prejudicial.

Agora parto em casa era muito normal, muito natural! Todos ficavam ali, por perto, as outras crianças e tudo. Uma vez eu fui fazer um parto e eu admirei essa senhora. Ela estava passando mal para ter uma criança, e eu fui para lá ficar com ela porque já sabia que ela ganhava rapidamente. Arrumei e forrei a cama, porque eu forrava tudo, e quando eu cheguei de volta na sala eu vi que ela estava dando de mamar para outra menina. Eu disse: D. Maria que quadro triste é esse? Ela estava passando mal para ganhar e a menina lá estava assentada no colo para mamar. Todas as vezes que ela tinha menina ela dava de mamar até ela ganhar a outra. E isso nunca fez mal porque eles falavam que se fosse trocado a criança, o sexo entende, adoecia: se fosse um menino o leite faria mal para menina e o contrário também, mas como nasceu tudo menina não deu problema.

As maiores recomendações que as parteiras davam para as mulheres no resguardo era sobre alimentação. Hoje elas comem tudo, mas eu falava: não come isso, não come aquilo, não come repolho, não come couve, não come ovo, não come batata-doce. Eu ensinava conforme a minha cunhada me ensinou. As mulheres mais velhas ensinavam as mais novas. Mas podia comer arroz, comer feijão, comer macarrão, comer abacaxi. Eu comia só galinha, eu comia umas vinte e cinco a trinta galinhas, quarenta dias! Eu comia feito pirão, eu comia assada, comia frita, comia de todo o jeito! Porque então para meu marido tudo me fazia mal, no pensamento dele, então ele não deixava eu me arriscar. Uma ocasião que a gente morava na roça, eu gostava muito de queijo, ele comprou um queijo, um pedaço de queijo, chegou e enterrou o queijo dentro da farinha para eu não ver, imagina! Manga nem pensar, teve um dia que ele quase me matou porque eu comi manga no resguardo. Os mais velhos criavam assim, compreende? Limão, eles não deixavam entrar dentro de casa que mulher tivesse de resguardo. imagina que ignorância, hoje eles dão limonada para cortar hemorragia. E não podia tomar leite, nem pensar. Na semana santa, já me falaram: você faz bacalhau para a mulher comer. Eu não deixava a mulher comer não, quando eu trabalhava eu não deixava de jeito nenhum, porque é "remoso" e alimento remoso é veneno, faz muito mal. A parturiente hoje pode fazer tudo. Até pode lavar a cabeça com poucas horas depois do parto. Naquele tempo ficava no mínimo oito dias sem lavar a cabeça e quando lavava era com remédio, esse natural, o mentrato. E quando tomava o banho, as partes eram banhadas com chá de folha de goiaba que elas falavam que era para apertar isso e aquilo. Não comia feijão e não podia comer principalmente comida "dormida", mas

eu não comia de jeito nenhum. Se a comida não fosse "amanhecida" ela não deixava comer, não comia mesmo. Tinha que cozinhar todo dia o feijão e o arroz, mas dormido não deixava comer mesmo.

Mas as coisas foram mudando muito e eu acho que para a mulher hoje o melhor é fazer parto no Hospital, porque tem mais recurso. Se ela sofre uma hemorragia ela tem o remédio. Se ela sofrer, vamos dizer assim uma eclampsia, está lá no Hospital. Se demora muito a nascer eles fazem logo uma cesária. Mas quando não tem jeito ela tem que esperar. Se for na roça como é que ela vai fazer? Se eu te contar de uma mulher que teve eclampsia, ela ficou 3 dias lá no mato. Ela morava lá no Cabral. Eles tiveram que carregar ela numa coberta pra chegar até aqui. Se ela tivesse que morrer tinha morrido com a criança. Agora se estivesse no Hospital não tinha esperado tudo isso. Eles tinham feito logo essa cesária. Aqui agora não. Eles internam a parturiente e esperam tantas horas. Se eles percebem que não vai nascer fazem cesariana, menos sofrimento para mãe e para a criança. Os médicos diziam: vocês são obrigadas a dar assistência até a queda do cordão umbilical. Mas eles mesmos não faziam isso. Ah, como eu estava te contando do menino que ele não olhou, aquele parto que o Dr. fez no hospital e no outro dia bem cedo mandou a senhora para casa. No outro dia eu fui banhar o menino, examinei e ví que ele não tinha o ânus. Estava tampadinho. Fui ao Hospital, cheguei perto do médico e disse: Bom dia Dr.! Esse menino que o Sr. fez o parto ontem nasceu sem medo! Como nasceu sem medo? Eu disse: porque se diz que quem não tem ânus não tem medo!. Ele nos ensinou que teríamos que examinar as crianças muito bem. logo depois do nascimento? Por quê ele não examinou? Ele não viu que a criança não tinha ânus, era tudo tampadinho. Se fosse eu que tivesse feito o parto eu teria visto não é. Ele fez o parto e não olhou, então eu falei com ele. Porque eu era mal criada também! Outra ocasião tinha uma senhora que estava passando mal. Eu levei para o Dr. Antônio e ele disse: oh Tuquinha, quem botou na cabeça dessa mulher que ela vai ter menino já? Respondi: a condição dela Dr., examinei e vi que não vai demorar, não foi ninguém não. Pode pegar essa mulher e ir embora porque esse parto ainda vai demorar, disse ele. Com duas horas essa mulher teve o neném. Eu enrolei o neném no pano, levei para ele e disse: Dr. eu não tirei não, a mulher teve o menino. O Sr. falou para mim que eu tinha botado na cabeça dela que ela já ia ter criança! Eu trouxe para o Sr. ver que eu não tirei o menino não, o menino nasceu. no tempo certo. Ele ficou caladinho me olhando. Quando eu levei para ele essa mulher já estava com quatro cm de dilatação, mas ela não sentia muito contração. Era o estado dela. Eu fiz o parto dela e nasceu normal. Engraçado não é?. Eu falei mesmo, porque eu não calava também não. Quando eu fazia uma coisa errada eu calava, mas se eu não tivesse errada eu nunca calei com um médico. Não! Uma vez eu falei com o Dr. que tinha chegado:

Dr., o Sr. é novo na idade mas eu sou velha na estrada. Quando o Sr. ficou médico eu já trabalhava. Quando o Sr. começou a trabalhar eu já trabalhava. O que o Sr. não tem de idade Dr., eu já tenho de prática. Mais vale a prática que a gramática, o Sr. sabe disso!

### **EUNICE NICOLINA DA SILVA**

Eunice é natural da Ilha de Santa Catarina, como ela mesma disse brincando, “manezinha da ilha”. Nasceu no dia vinte de outubro de mil novecentos e trinta e seis em Florianópolis, no Bairro do Pantanal, hoje próximo à Universidade Federal de Santa Catarina, que à época do seu nascimento não existia.

Filha de um comerciante e de uma dona de casa, D. Eunice teve uma infância simples, compartilhada dentro de uma família grande, pois sua mãe teve dez filhos. Ela diz se lembrar de sua infância por um fato de certa maneira marcante: sua mãe teve os dez filhos em casa, na sua cama, sempre atendida por parteiras, aquelas “aparadeiras de crianças” que atendiam do sul ao norte da ilha.

Os nascimentos representavam sempre uma festa: permeada pela tensão normal que precedia o momento do nascimento, transformava-se em motivo de risos e comemoração ao som tímido do primeiro choro do rebento. Alegria geral entre as crianças, a vizinhança e o pai que ia soltar fogos de artifício no quintal. Conta-se que as parteiras, compartilhavam esses momentos depois de horas a fio de muita tensão.

Fez o primeiro grau no Colégio Coração de Jesus, teve seu primeiro emprego em uma farmácia aos dezessete anos, e aos dezenove anos casou-se. Teve um filho e uma filha e já tem dois netos e uma neta.

Como ela mesma diz “Hoje sou realizada na minha vocação, tive meus filhos de parto normal, ajudei no nascimento de meus netos e tenho muito orgulho de ter ajudado muitas mães a colocarem seus filhinhos no mundo”.

Com seu jeito calmo de olhar e fala mansa, Eunice me recebeu em sua casa um pouco reticente pois havíamos conversado apenas uma vez por telefone para marcar a entrevista. Expliquei-lhe com clareza do que se tratava a pesquisa o que a deixou bem mais à vontade e muito participativa, afinal era um assunto que a interessava sobremaneira.

Depois foi se soltando, demonstrando um prazer enorme de poder falar do seu trabalho de muitos anos na Maternidade Carmela Dutra: Em vários momentos calou-se como num



mergulho no passado para retomar com clareza passagens que ficaram agora só na lembrança. E em muitos momentos se emocionou: seus olhos brilharam quando disse que se pudesse ainda estaria fazendo partos, porque sentia saudades do choro do neném, “era divino, barbaridade, coisa divina”!

À época da entrevista estava cuidando de uma irmã que se encontra bastante debilitada fisicamente e ajudando a cuidar da netinha . Cuidadoras são assim solidárias sempre: “pau pra toda obra”?

### **PARTEIRA É PAU PRA TODA OBRA**

Eu comecei na maternidade em 69. Eu trabalhava como atendente e o Dr. Norton era diretor da maternidade, faleceu agora há pouco tempo. Eu trabalhei 8 anos como atendente da sala de parto. Então sabe como é, às vezes o médico não estava, e a gente tinha que acudir. Acontecia às vezes da mulher ir ao banheiro e já nascia ali! Colocava ela bem ligeiro na maca, chamava o médico para atender, porque eu não podia atender ainda por ser atendente. Eu adorava aquele serviço lá, aquele corre-corre, aquele serviço na sala de parto. Tinha dona Sofia e dona Ida, duas parteiras mais antigas que trabalhavam lá e me passaram muita coisa, me ensinaram. Eu vendo todo dia aquele movimento eu aprendi a fazer parto. E era bom aquele agito: tira a paciente da mesa bem rápido bota outra e já gente já limpava porque parteira é pau pra toda obra: tanto limpava a mesa como limpava material, como já preparava a sala, já vinha outra já tirava aquela bem ligeiro botava na maca porque já ganhou e está prontinha, vamos botar outra que já está ganhando e[...]aquilo ali para mim era demais, era divino aquilo ali!

Toda a minha vida desde novinha eu tive aquela vocação para ser enfermeira, não sei bem, fazer alguma coisa relacionado com a enfermagem. Quando eu tinha uns 17 anos fui trabalhar numa farmácia, achei necessidade de trabalhar e fui trabalhar numa farmácia, mas ainda não era aquilo que eu queria, eu queria fazer injeção, queria trabalhar com enfermagem. Então eu casei e vieram as crianças. Mas depois, quando as crianças já estavam assim com uns 10 anos, procurei o Dr. Norton que era diretor da Carmela para conseguir emprego na maternidade. Eu costurava, gostava de costurar e fui pedir emprego na maternidade como costureira, lá na maternidade mesmo. Então aconteceu uma coisa boa: a dona Nilza Paim, que era a chefe da enfermagem, disse: não, eu estou precisando é para a enfermagem. Eu disse então: mas enfermagem eu não sei nada, e ela então disse que me ensinava. Falou: tu vais trabalhar 15 dias sem ganhar, sem bater cartão de ponto, sem nada. Se eu me

agradar do teu trabalho, se vê que tu tá competente, eu mando tu bater o ponto, e vais ficar na enfermagem. E assim foi: com 15 dias ela disse pra eu começar a bater ponto que estava agradando muito a ela.

Comecei a trabalhar nos postos de enfermagem: era dar banho em paciente, tudo coisa assim sem compromisso nenhum. Dar banho, trocar leito, trocar cama, dar alimentação para a paciente na cama, botar um termômetro para ver a temperatura, ver pressão, até aí era só esse serviço. Então ela foi me ensinando a fazer injeção e depois passei a dar medicação. Foi quando precisaram na sala de parto, ela me mandou para a sala e eu adorei, adorei! Não queria mais sair de lá. Se precisavam por causa de escala e me tiravam por um mês pra substituir uma outra num posto, eu pedia que fosse só um mês mesmo. Queria voltar pra sala de parto, achava lindo aquilo ali. Era gratificante! Na área da enfermagem, a gente cuida de paciente, e vê o sofrimento, às vezes piorando cada vez mais até que chega o dia em que morre. Isso é bem doído, a gente pega carinho pelo paciente e depois sabe que morreu, é como se fosse parente nosso. Na maternidade é diferente, a gente vê o resultado do trabalho: é gratificante porque a mãe chega com dor, com sofrimento e tudo, mas daí a pouco tudo passa. No mesmo dia ganha, ou então no outro dia a gente chegava para trabalhar e perguntava: aquela paciente de ontem como está? Ah! Já ganhou ! A gente ficava naquela alegria toda, e por isto eu gostava muito. Assim, nas outras unidades eu ficava com pena, a gente pegava carinho pela paciente depois via piorar, não todas não é, mas a gente via muita coisa, assim muito quadro difícil, às vezes a morte. E ali na maternidade não, porque ali é difícil morrer de parto, é muito raro morrer uma paciente de parto, morre mais de aborto que de parto.

Eu fui aprendendo a fazer parto ali no dia a dia, com aquele corre-corre, com aquela movimentação, muito serviço, muita coisa mesmo: uma estava ganhando na cama, não chegava o médico, a outra parteira estava fazendo um outro parto, não podia atender. Então eu era obrigada a botar uma luva e puxar o neném porque eu não ia deixar que ele não tivesse atenção, afinal estava nascendo. Às vezes até o narizinho estava "trancado", cabecinha já saindo então nesses casos eu era obrigada a botar uma luva e já puxava o neném. E ali já pinçava direitinho, já cortava o umbigo, já levava para o berçário: assim foi que eu comecei. Às vezes ganhava no "bacio", já aconteceu, paciente que é teimosa, às vezes quer ir ao banheiro. Não vá ao banheiro agora, mas não obedecia, e quando a gente escutava aquele grito já ia lá e o neném às vezes já estava nascendo ou já tinha nascido ali, então eu era obrigada a botar mão nisso aí. Com isso eu fui aprendendo.

A maioria das parteiras que trabalharam lá era a mesma coisa que eu, aprenderam assim no dia a dia do hospital. Não tinham curso também não. Não tinham faculdade, faculdade, não

tinham. As mais velhas não sei, porque a dona Florentina<sup>®</sup> de Biguaçu, era uma parteira chamada para atender em casa. Ela dizia que ia de madrugada, às vezes de bicicleta, às vezes ia até à cavalo, carro de mão ou de boi, vinha gente buscar, muitas vezes o marido. Então ela fazia muitos partos em casa, mas eu nunca atendi em casa.

Eu fiz um curso para aprender mais obstetrícia. Quem dava o curso era uma empresa (CEDREL), acho que demorou uns seis meses. Todos os médicos da maternidade davam aulas para nós. Era o Dr. Nazareno, Dr. Jorge porque lá todos eram obstetras. Cada um dava sobre uma matéria, às vezes passavam vídeos, tudo para que a gente aprendesse melhor. E também enfermeira de faculdade dava aulas para nós, para especializar mais. Era mais teoria sobre a dilatação, sobre contração, musculatura. E sobre assepsia também, cuidados para não contaminar. Agora aprendia muito sobre quantas semanas, meses, para que a gente aprendesse a avaliar quantos meses estava faltava para a mulher dar à luz. Mas no fundo no fundo é a prática que vale, a gente só em botar a mão na barriga da mãe já notava ali quanto tempo faltava. Quando estava muito baixinho a gente via que já estava quase na hora de nascer. Naquele tempo não tinha ultra-sonografia. Trabalhava na maternidade quando surgiu a ultra-sonografia.

Era mais parto normal e a gente fazia praticamente todos, cesariana só em último caso. Mas depois dava muita eletiva, muita cesárea assim que já era marcada, aquela coisa. A gente tentava por todo meio fazer parto normal, mas quando começava o sofrimento da criança, via que a mãe também estava com sofrimento, ou então uma pressão alta, ou hemorragia, descolamento de placenta, essas coisas era uma cesariana. Aí não tinha nem como: a paciente chegava, a gente examinava, às vezes ali a gente já via que não ia dar parto normal. Então chamava o médico que estava de plantão, o médico vinha e mandava que levasse para o centro cirúrgico direto para fazer cesárea. E às vezes tinha o batimento fraquinho, de neném, aquela coisa, a gente controlava no pré-parto, quando a gente via que o negócio estava ruim mesmo a gente comunicava com o médico. Então ali a gente fazia controle do neném, controle da mãe[...]A paciente chegava, a gente examinava, via como estava a dilatação e se já estivesse ganhando a gente já levava para a mesa de parto direto. Para internar era com uns 5cm de dilatação senão teria de voltar pra casa. A gente já tinha uma experiência muito boa, no que tocava já via que aquele colo ali ia evoluir rápido para um trabalho de parto, então é lógico que com 4 cm não se mandava pra casa. Mas quando já notava que ia demorar, o primeiro. neném até 4 cm de dilatação mandava para casa que ia demorar. Então é o que eu digo. Não precisava ter muito estudo. A gente com a prática aprende mais, sabe mais coisa com a prática. Num toque ali a gente já

---

<sup>®</sup> D. Florentina era parteira formada no curso da Maternidade Carlos Corrêa no final dos anos quarenta.

sentia, já via só em botar a mão, assim, a gente já via mais ou menos o quê ia dar, se ia dar um parto normal. E olha que quem fazia mais partos eram as parteiras mesmo. No começo, até o ano de mil novecentos e oitenta e cinco por aí, não tinha médico residente, então era só o médico de plantão mesmo, um médico. Então às vezes estava no centro cirúrgico operando, fazendo cesárea, outra cirurgia, a sala de parto ficava só pelo controle da parteira. E quando havia emergência a parteira mesmo chamava, ou já botava a paciente na maca e levava para o centro cirúrgico. A gente é que resolvia. A parteira é que resolvia. Sempre tinham duas parteiras de plantão. A gente fazia plantão de 12 horas durante o dia e das 7 da noite até as 7 da manhã mais duas parteiras. No outro dia a mesma coisa. E nunca se podia deixar a sala de parto abandonada, sem parteira. Se uma ia fazer refeição tinha que estar a outra, não podia de jeito nenhum arredar pé dali. Nós éramos chamadas de parteira, e subordinadas à enfermagem.

Muitas mulheres queriam o médico, achavam que tinha mais segurança, tem mais capacidade, estudou tudo e[...]é médico! Mas muitas tinham aquele carinho com a parteira, e quando chegavam já queriam a tal parteira. Tinha aquela confiança porque era uma parteira que já tinha feito o primeiro parto, ou porque já fez o meu então faz o da minha filha, um carinho que tinha com a gente. Depende também da parteira porque tinha parteira que já não era assim tão agradável para a paciente. Mas a gente tinha aquele jeitinho de tratar. Eu mesmo, quando a paciente chegava, já procurava tranquilizar a paciente, dar apoio, conversar, falar de Deus, que ela tem que confiar em Deus. Então na sala de parto botava a paciente na mesa e já ia aquela quantidade de doutorandos ao redor porque ali é uma maternidade escola. Então ficavam todos ao redor e elas ficavam com vergonha. Então eu dizia pra elas: olha, aqui só está eu, tu e Deus. Tinha um crucifixo assim do lado e eu dizia: olha ele, Jesus ali, então dá a mão pra ele, acredita e confia em mim e em Deus que esse parto aí vai dar certo. Então a gente fazia assim como que uma meditação: fecha os teus olhos; não tem mais ninguém ao redor de ti, não tem ninguém vendo, só estamos nós três aqui, e aquilo corria bem, elas ficavam calmas. Tinha que ter paciência também, e não se apavorar apesar de que às vezes a gente está assim até meio apreensiva: o neném às vezes com o bracinho na frente, a perninha, um parto pélvico, mas mesmo a gente um pouco assustada tinha que transmitir paciência e calma para elas. Quando acontecia esses partos complicados e a mulher já era uma multípara, então já tinha o útero assim mais dilatado e tudo, a gente mesmo fazia o parto. E nós mesmas fazíamos episiotomia. Fazíamos sim: anestesiava e cortava, nós mesmas.

As enfermeiras não faziam parto porque elas eram mais chefes, de unidades e sala de parto quase nunca tinha enfermeira. Agora no final, quando eu estava perto de me aposentar começou a entrar enfermeira na sala de parto

Entraram enfermeiras foi onde botaram de escanteio as parteiras. Eu saí em mil novecentos e noventa e quatro e, mais ou menos uns dez anos, talvez uns seis anos antes, entraram as enfermeiras. Porque enfermeira sempre teve na maternidade, mas não era na sala de parto. Como eu disse elas eram só chefes. As enfermeiras começaram a fazer partos no início dos anos noventa eu acredito, não me lembro ao certo, oitenta e poucos talvez, antes não faziam.

Fico pensando porque proibiram a gente de trabalhar: aí tinha o COREN, que é o Conselho Regional de Enfermagem então de vez em quando ia alguém lá e dizia: nós vamos acabar com as parteiras. A gente até ficava chateada porque eles diziam: nós vamos acabar com as parteiras, só vai ter enfermeira, e vocês vão sair, vai acabar a parteira. De vez em quando falavam: as que estão ficam, mas depois as que entrarem já vão ser enfermeiras. Então eu acho que foi isso aí: a enfermagem se elevando muito e menosprezando a parteira, eu acredito que foi isso aí. Acredito que menosprezaram a parteira porque a parteira não tem estudo, não tem assim aquela teoria que tem uma enfermeira formada em faculdade porque a parteira mais é prática. Eu achei que foi isso aí: as enfermeiras querendo mesmo destruir as parteiras, não o médico! O médico até sentiu quando as parteiras saíram porque eles confiavam na parteira. Todos os médicos, não posso reclamar de nenhum! Acho mesmo que a enfermagem tentou derrubar a parteira mesmo. O Conselho Regional de Enfermagem para valorizar mais a enfermeira. O relacionamento nosso com enfermeiras formadas até que era bom mas[...] Elas mesmo não procuravam se relacionar com a gente, tinha uma divisão, lá tinha uma divisão achavam que nós éramos sem estudo! Isso aí dividia. O que afastou mesmo foi isso aí. O que tirou mesmo as parteiras foi isso aí. Dr. Mauro dizia para mim: estuda, Eunice, estuda. Mas eu já com duas filhas, já com a idade, eu não teria tempo de estudar. Porque bastava ter um curso superior e já melhorava tudo!® Na Carlos Corrêa teve a Dona Army, ela deve estar bem idosa, ela que fez os meus partos imagina, e ela fez faculdade. É mas já está bem velhinha.

Porque as enfermeiras formadas em faculdade prática mesmo, prática assim não tinham. Uma vez uma foi fazer um parto: ela tremia muito, bem nervosa porque não tinha segurança ainda, não tinha aquela prática. Que nem a gente quando está aprendendo alguma coisa a gente não tem aquela prática. Depois de muito, muito tempo é que a gente vai pegar aquela firmeza! Mas no final quando eu já estava para me aposentar, elas trabalhavam até muito bem. Tinha uma enfermeira lá muito boa, a Odaléia, era muito boa enfermeira, bem competente, ela é professora universitária de obstetrícia. Assim foram entrando

---

® Ler narrativa de D. Army. Realmente ela fez graduação em Enfermagem na UFSC .nos anos setenta, três décadas após ter se formado no curso de parteiras da Maternidade Carlos Corrêa em 1947.

as enfermeiras<sup>®</sup> já competentes. E também quando foi acabando com o trabalho da parteira veio o residente de medicina. Começou a residência, aí já eram médicos formados, eles assumiram bastante na sala de parto, mas aquela coisa assim quando precisava: oh! o médico está em reunião não pode atender, o médico foi almoçar, foi fazer lanche. Mas a parteira ficava ali, se chegasse uma emergência a parteira acudia e chamava o médico. Mas às vezes até era difícil, o médico sempre tinha outra coisa para fazer. A parteira faz falta mesmo porque é uma dedicação muito grande, a não ser que as enfermeiras agora, não sei como é que está agora, a não ser que as enfermeiras agora estejam assumindo mesmo. Porque naquele tempo com a enfermeira era muito parecido com o que acontecia com os médicos: está em reunião, a enfermeira está de folga hoje. Mas a parteira tinha que estar ali: era natal, festa, fosse o que fosse, só podia sair da maternidade, da sala de parto quando chegava outra parteira, porque se chega uma emergência, é coisa rápida, então abandonar a sala por dez, cinco minutos não dá.

O relacionamento nosso com os médicos era maravilha, maravilha! Os médicos confiavam muito nas parteiras! Ligavam: Eunice, estou mandando uma paciente minha: tu examina e daqui há pouco conforme for, tu me diz o resultado. Muitas vezes era até paciente particular, pagavam à maternidade e ao médico. A gente controlava a paciente porque eles diziam: controla essa paciente até na hora de ganhar. Essas ficavam num quarto de primeira classe. Porque tinha a primeira classe, os quartos e apartamentos, e segunda classe que era a enfermaria. E a gente tinha que ir lá na primeira classe ver e acompanhar porque o posto de enfermagem chamava a parteira. Às vezes a paciente ou a família mesmo que estava no quarto ou no apartamento já ligavam direto para a sala de parto chamando a parteira que o médico indicou: a dor estava apurando, rompeu a bolsa, está sangrando, isso e aquilo, então a parteira ia lá. Se estava próximo de ganhar o neném a gente comunicava com o médico.

Mesmo paciente particular a gente não recebia por esse trabalho. Não, só a parte da maternidade mesmo. Os médicos às vezes no final do mês davam uma contribuição, um presente, uma contribuiçõzinha assim, coisa pouca, não era fixo, não era nada. A gente não podia achar ruim porque o importante era o emprego que a gente tinha que manter e esperava só o aumento da maternidade mesmo. Mas isso aí era errado! Eu trabalhava mais a noite, então os médicos às vezes ficavam em casa dormindo e eu na maternidade acordada a noite toda. Acho que aonde ainda tem esse sistema é na Maternidade Carlos Corrêa. Ali também já tem enfermeira mas acho que ainda tem esse sistema das parteiras atenderem e o médico dá uma porcentagenzinha para elas. É que a maternidade de Carlos Corrêa não é uma Maternidade Universitária, Maternidade

---

<sup>®</sup> Estas enfermeiras referidas já são as enfermeiras com especialização em Enfermagem Obstétrica

Escola, e a Carmela Dutra passou a ser. Há estudantes que aprenderam ali, então é lógico que eles querem apresentar a teoria que eles acreditam, que eles estudaram.

Não tinha homem parteiro, só mulher. Os médicos obstetras elas confiavam bastante neles porque eram médicos: já os residentes que eram recém formados elas não gostavam. Diziam para nós, em segredo: eu não quero fazer parto com ele não. Queriam mais com mulher, gostavam mais com mulher. Minha filha mesmo ganhou neném recentemente e procurou uma ginecologista, prefere tratar com mulher. Isso é um pouco de vergonha, não quer o homem por isso, por aquilo, mas também aceitavam médico bom. Mas gostam mais de mulher. A maternidade nunca teve parteiro, só mulher, só parteira. Inclusive as enfermeiras formadas que foram chegando para trabalhar fazendo partos eram todas mulheres.

Tem homem que às vezes agrada mais do que mulher, porque tem que ter carinho, tem que ter aquela dedicação, não é só chegar e fazer, ou ser rígido, não. Mas a tendência do homem é ser mais rígido e a mulher já se intimida com o homem. Mas tem homem que é bom mesmo para fazer parto, para atender. Isso aí eu via nos médicos, porque nunca teve enfermeiro, nunca teve. Mas tinha médico bem carinhoso, cada um que passou que era uma beleza. Como tem parteiras também que às vezes intimidam, às vezes são ríspidas e nessa hora a coitada já chega intimidada. Então a gente tem que ser carinhosa com ela, botar confiança nela: não se preocupe, vai dar tudo certo, está tudo bem. Tinha que dar coragem e confiança, ter calma, ter paciência de esperar, porque às vezes uma chega e já é mais rápido para ganhar, mas tem outras que demora, é tudo mais lento. Eu dizia para elas: mesma coisa que evacuar, tem medo de fazer cocô? Eu perguntava pra ela assim direto mesmo. Então pensa que isso aí é a mesma coisa minha filha, tem calma, paciência, e vamos esperar a hora chegar. A gente ficava ali com aquela paciente, dava aquela contraçãozinha, a gente estimulava com soro a mandado do médico, nunca se botava soro, Sintocinon, sem o médico mandar. Então o lema é: paciência acima de tudo!

Mas as mulheres preferiam outra mulher, sem dúvida! É, sem dúvida, porque só em olhar, se é homem a pessoa já fica meio receosa, porque pode maltratar, pode ser grosso, e a mulher já tem mais aquilo de ser carinhosa, mais paciente. E também era a vergonha, tinham muita vergonha. Tinham vergonha, é demais a mulher! Ficavam muito travadas, chegavam e tinham vergonha de tirar a calcinha, se escondiam e tudo. Uma vez o médico perguntou para uma mulher: e aí, tu tens vergonha do teu marido? Ela disse: não, porque eu tiro a roupa de luz apagada, só no escuro. Então tinha essas coisas de vergonha naquele tempo, coitadas, elas viravam o rosto assim bem vermelhas, bem constrangidas. Mas depois a gente foi notando a diferença, elas tiram a calcinha assim mesmo na frente do médico, nem procuravam se cobrir mais. Elas não gostavam mesmo de residentes fazer toque, elas pediam: não deixa ele fazer o

toque em mim não, faça você Eunice. Porque elas ficavam constrangidas com médico homem e a mão de homem é mais pesada, maior, elas não gostavam não.

As mulheres sentiam-se bem porque no hospital tem tudo. Se dá uma hemorragia, se o neném precisa de oxigênio e tem mais controle de enfermagem, é muito importante isso aí. Acho que em casa eu não me arriscaria a fazer nada. Quando eu tive filhos foi na Carlos Corrêa, Dona Army que fez os partos de todos eles. Era parteira já naquele tempo. Meu filho mais velho está com quarenta e dois anos. Outro dia eu a encontrei lá na Universidade. Essas que moravam no interior é que faziam partos em casa: a Dona Sofia fazia parto em casa, Dona Florentina, Dona Ida. Agora na maternidade as parteiras só acompanhavam mesmo na sala de parto, depois vinha a atendente, levava o neném, levava a mulher e a gente não acompanhava. Quer dizer a gente ficava com elas no pré parto e no parto apenas.

Parece que na Carlos Corrêa a parteira era mais valorizada, todos diziam isso, inclusive os médicos. Por causa do estudo! A Carmela Dutra é uma maternidade escola e eles queriam que a gente soubesse muita teoria, e teoria a gente não tinha muito, tinha mais era prática. Todo dia tu faz a mesma coisa, tu vai pegando noção, estás ali vendo, tu tá botando a mão, tu tá trabalhando. Agora teoria só aprimora a mente e o ensinamento da pessoa, porque se tu vai fazer é muito diferente daquilo que queres aplicar ali com a teoria. Tens que fazer todo dia para tu sentir principalmente o parto. Vai fazer um parto: bota a luva, aquela coisa toda, faz um toque. Com a teoria tu não vais aprender não é, um toque tu aprende sentindo, vendo ali na realidade: já toca na cabecinha, oh! isso aqui é o narizinho, às vezes já toca no nariz, na testinha da criança. Ou então isso aqui não é a cabeça, procura e é o pezinho, a mão. Não nos valorizavam porque a gente não tinha um estudo universitário, fazia mesmo mais era prática.

Agora, com as mulheres que a gente fez o parto é diferente: encontra na rua é aquela festa! Tu vês já está com os filhos mocinhos e dizem: aquela ali que fez o parto da mãe. Mulheres que eu fiz parto de gêmeos: meu Deus do céu, ficam assim numa felicidade quando me encontram, até os filhos também já são mocinhos, e ficam naquela felicidade porque foi a parteira da mãe. E não são só uma ou duas, são muitas! Sempre que a gente encontra tem aquele carinho porque fez o parto.

A gente era desvalorizada porque não tinha estudo como eu já disse. Mas só mesmo para a enfermagem. Porque os médicos valorizavam bastante, tinham confiança na gente, era bom para eles, porque a gente não se arriscava a fazer besteira, se via que o negócio não era para nós já chamava o médico, já colocava a paciente na maca, e comunicava ao médico que já estava levando a paciente para o centro cirúrgico. A gente esperava só 15 minutos para a placenta sair, e não saindo em 15 minutos eu levava para o centro cirúrgico, porque com a



placenta retida só médico mesmo porque vai tirar com anestesia, porque se puxar, vem o cordão e arrebenta, fica a placenta lá dentro. Aí o útero fecha, já se torna uma grande cirurgia. Eu fui muito cuidadosa nisso aí, por isso eu saí tranqüila de lá, nunca teve problema de nascer criança mortinha comigo porque esperou demais. Se eu via que o batimento não estava bom, já chamava. Eu trabalhei 28 anos lá, vinte anos de parteira e oito anos de atendente.

Eu não vi muitas mortes por parto por isso era importante levar para maternidade. Porque lá tem os estudos deles, em primeiro lugar é o estudo dos médicos. Para avaliar pressão alta, problema urinário, criança com deformação. Às vezes era uma gravidez de mola, a mãe estava pensando que estava grávida e não estava, era mola. Isso aí já é perigoso já leva às vezes até ao câncer, essas coisas. Então é importante, é importante mesmo. Médicos e enfermeiras sabem mais do que a gente. Nessa hora a gente só tinha prática: uma mulher que chegava já ganhando, e a gente fazia a episiotomia se não tinha aquela dilatação, aquela abertura da vagina para o neném passar, então era obrigado a cortar e dar aqueles pontos, fazer tudo. Mas quando o negócio era grave a gente levava para o médico. No começo não tinha enfermeira até uns 15 anos que eu trabalhei, uns 20 anos não tinha enfermeira lá. Eram só as parteiras e os médicos. Depois entrou residente, aí já facilitou mais porque a gente podia contar com mais médicos, e entraram enfermeiras depois. Mas a gente levava mesmo o caso era para o médico direto. Enfermeira ficava mais cuidando de posto, pós parto, pós operatório, essas coisas. Mais nos cuidados de enfermagem mesmo.

Mas o que gratificava, o que dava a maior alegria mesmo era a hora que saía o neném! Barbaridade! Isso aí eu tenho saudade e sonho ainda! Achar aquele neném assim, que maravilha que era! Para ser parteira é preciso sentir essa alegria e ter paciência: isso aí, paciência e muita confiança em Deus também. Eu já ia trabalhar orando, dizendo a Deus que eu estava nas mãos dele, então a fé me ajudou muito. O Dr. Lúcio Botelho, ele foi inclusive vice-reitor da Universidade, ele dava aula na maternidade. Quando ele era estudante ele aprendeu na maternidade, lá conosco, que eles passavam pela maternidade. Então ele estava dando aula para uma turma lá e uma aluna dele veio me dizer: Eunice, precisas ver, precisavas ver como o Dr. Lúcio te elogiou na aula, dizendo que quem quiser aprender a fazer um parto que observe os partos da dona Eunice. Porque ela é muito calma, ela dá muita segurança, muita tranqüilidade para a paciente. Então eu acho que isso é a coisa mais importante: ser calma, ter paciência, transmitir segurança e tranqüilidade. Muitos médicos aprenderam a fazer partos com as parteiras! Mas enfermeiras[...]Eu não sei dizer porque nunca vi enfermeiras aprendendo lá não.

As mães ficavam um pouco constrangidas, às vezes não gostavam do hospital, ficavam meio encabuladas com a

enfermagem, mas é mais seguro. A maioria delas, principalmente no começo, gostariam de ter filho em casa mas hoje em dia só mesmo no interior onde fica longe de um hospital, mas eu acho que é muito melhor vir para a maternidade. Eu aconselhava mesmo a ir para a maternidade. Às vezes tinha alguém que pedia que eu fosse em casa mas eu não aceitava. Dizia: leva na maternidade que eu posso ir até lá acompanhar, e quantas vezes eu fui lá, quantas vezes eu fui junto com paciente lá. fora do meu horário de serviço. E acompanhava até ela ganhar, mas só na maternidade, em casa eu nunca atendi. Em maternidade não tem risco porque se for uma gravidez de alto risco já tem tudo certo. A maioria ganha logo, assim bem água de açúcar, um partinho bom, mas muita coisa feia pode acontecer, que Deus o livre se não for na maternidade, tem que ter urgência, lá já tem tudo à mão: oxigênio, já tem o centro cirúrgico, já tem o anestesista, já tem o pediatra, tem tudo ali. No meu modo de ver é o lugar certo de ter filho. É seguro e evita riscos.

Antigamente as mulheres reclamavam, queriam mesmo ficar em casa, era o costume. A minha mãe teve 10 filhos todos em casa. Dizem que em um desses partos ela quase morreu, disse que passou muito trabalho, nasceu pélvico, já era a sétima criança dela e ainda nasceu pélvico. Então foi muito perigoso, quase morreu ela e a criança. Ela mesma contava de uma irmã dela que morreu antigamente porque não tinha maternidade passou muito trabalho, não sei quantos dias de trabalho de parto. O neném não nasceu porque ela morreu, e mesmo com ela morta a criança ainda se mexia no ventre, deixaram a criança morrer porque não tiveram nem uma idéia, uma faca mesmo! Já estava morta mesmo, então era abrir a barriga e tirar a criança, não tiveram a idéia, esperaram que a criança morresse também. Quando a gente vê que pode fazer em casa tudo bem mas quando o negócio é complicado levar rápido para a maternidade é o melhor eu acho.

Olha, falando desse assunto de hoje em dia sobre humanização de parto tem que pensar em algumas coisas. Porque geralmente quem é parteira tem aquela vocação, para tudo tem que ter a vocação, não é? Então não é porque eu vou ser obstetra, vou ter faculdade que tudo está resolvido, tem que ter a vocação. Porque até enfermeira mesmo, tem que ter vocação. A Odaléa era uma que tinha vocação para parteira, a gente notava nela. Como eu que entrei na maternidade para trabalhar como atendente, tinha até pedido para a costura, mas queria só ficar na sala de parto, achava aquilo lindo demais. Então aquele amor ao serviço, aquele trabalho, isso aí é que leva a pessoa, que faz bem para a pessoa porque engrandece, e para a mãe porque é aquela garra assim com aquele serviço que faz atender bem. Acho que a maioria se forma por se formar mas não tem a vocação. A gente tem que ser humilde, tem que ser trabalhadeira, porque eu já fiz a minha parte, já fiz o parto pronto, lavei as mãos e pronto. Ali tu tens que pegar o macete e botar a mão em tudo. Lavar material, limpar, porque senão vai faltar: já organizar para quando chegar a outra paciente

encontrar tudo prontinho. A gente não deixava faltar material, equipava a sala, até chão a gente limpava. Limpava a mesa do parto, sangra bastante, bastante coisa, a gente aí já limpava. Não tem uma servente para limpar? Eu mesma limpo, entende, parteira tem que trabalhar. E aí com esse negócio de faculdade, elas ficam muito assim: não, isso não é meu serviço, empurrar uma maca não! chamavam na sala de parto lá da portaria: oh!, chegou uma paciente já ganhando no carro. Ai, a maca já estava ali de prontidão que a gente já mantinha ela prontinha para um caso de emergência. Botava só um pacote de parto ali, o material para pinçar o umbigo do neném e já saía correndo. Já uma enfermeira não vai correr pelo corredor com a maca! E a gente ia correndo com aquela maca: chegava, já pinçava o umbigo ali dentro do carro mesmo, botava a luva que a gente já levava a luva. Embrulhava ali o neném, entregava a uma atendente que chegava, e já tratava da mãe ali mesmo. Então tem que trabalhar, tem que ter amor ao serviço, humildade, de limpar chão, limpar tudo. Porque uma pessoa que faz faculdade ela se acha assim superior, não deve limpar chão. Não! Se precisar limpa mesmo. E tem que correr nas emergências, tem que ser trabalhadeira.

Eu me aposentei em 94, vai fazer sete anos agora em setembro, e até essa data eu fazia partos, ainda fazia sim. Mesmo com residente a gente fazia, porque o movimento vai crescendo, o médico também não dá conta. Porque ficavam dois residentes, ou uma residente na sala, mas também era pouco. Eram três mesas de parto lá dentro, e às vezes todas as três mesas estavam ocupadas. Vinha muito mulher de fora, de outras cidades ganhar ali.

Procure conhecer a Carlos Corrêa, é pertinho, na Av. Hercílio Luz. É uma casa bem bonita muito bem conservada, tudo que é de freira é muito bom. Quando a gente entrou para a Carmela Dutra ainda tinha freira ali. Era um negócio com mais respeito porque em tudo tem que ter a religião, o sentido religioso em tudo. Porque só assim há mais ordem, mais respeito. Mas as freiras saíram ficaram só na Carlos Corrêa.

Eu só sei dizer que foi maravilhoso ter feito tantos partos: hoje a maioria já está tudo moço não é? Ainda tem outros menores, cada criança linda que eu vejo, que pasmo e paro para pensar: mas será de fato que fui eu? Era bom mesmo fazer parto!

## **ARMY CANDEMIL CAPANEMA**

Army nasceu no sul de Santa Catarina, em Aratingáuba, município de Imaruí no dia dezoito de julho de mil novecentos e vinte e três. Décima primeira filha de uma família de doze irmãos, passou a infância com a família entre brincadeiras e brinquedos por eles mesmos

construídos: carrinhos de carretéis, porquinhos de banana madura e pernas de palitos de fósforo, e não faltava o varal de gomos de laranja imitando peixe “escalado”, comum nas casas de pescadores da periferia de Imiraí.

O pai, Theonás Bittencourt Capanema era comerciante, mantinha uma dessas casas comerciais que vendiam de gêneros alimentícios e ferragens, até tecidos e remédios. Costumava também armazenar produtos agrícolas dos produtores da região para serem comercializados no mercado de Laguna, sendo os produtos transportados em Canoas pelo rio Aratingaúba, que era ligado à lagoa de Imiraí. Ainda hoje o local é conhecido como porto de Aratingaúba, que à época era um local de razoável movimento para o comércio. A mãe, Elvira Candemil Capanema cuidava dos afazeres domésticos, dos filhos, além de auxiliar na manutenção e criação de aves domésticas, gado, cuidar do pomar e horta, auxiliada por empregados.

Quando Army estava com três anos de idade o pai veio a falecer o que causou mudanças significativas na vida da família, uma vez que a mãe junto aos filhos menores assumiu todas as atividades existentes. Não se casou novamente, dedicada tão somente aos filhos e labores da casa.

Iniciou seus estudos em Aratingaúba onde cursou até o terceiro primário. Transferiu-se em seguida para o Internato do Colégio São José em Tubarão onde fez o normal primário. Após concluir tais estudos voltou para a casa da família onde desempenhava atividades domésticas além de atividades comerciais junto com os irmãos na “venda”, loja, até que uma intercorrência durante o parto de uma vizinha levaria Army a se interessar pela profissão de parteira, o que a levaria ao Curso que havia em Florianópolis.

Não foi sem dificuldades que conseguiu sair de sua cidade natal para Florianópolis, encontrando primeiro resistência por parte da mãe e posteriormente dos irmãos. A mãe argumentava que ela já tinha atribuições suficientes e não necessitava dedicar-se a profissão tão difícil. Os irmãos sempre encontravam desculpas para não acompanhá-la até Florianópolis por acreditarem que não ficava bem para uma moça ir morar e fazer curso em uma maternidade.

Dedicou toda a sua vida à profissão, não se casou e sente-se, como ela sempre repete, vinculada a uma grande família humana que extrapola a família consangüínea. Permaneceu durante trinta e três anos atuando como parteira na Maternidade Carlos Corrêa, onde fez o curso, ensinou e treinou novas parteiras, e trouxe `vida muitos seres humanos.

Hoje, aos setenta e três anos de idade Army é uma mulher ativa, inteligente, cheia de vida! Concluiu a Formação Holística de Base na UNIPAZ, e está sempre aprendendo terapias alternativas, atualmente está fazendo Tapping. Está ligada ao Núcleo em Educação da Terceira Idade NETI e ainda estuda piano. Planeja atuar junto à comunidade levando o conhecimento adquirido porque acredita que “desta forma as pessoas poderão sempre mais se descobrir, levando em conta que realização humana tem exatamente o mesmo tamanho da potencialidade desenvolvida ao longo do tempo”.

### **ENTRE LEITO E BERÇO**

O curso de parteiras era na maternidade Carlos Corrêa, antiga maternidade Florianópolis. Isso 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, hoje é enfermeira obstetra, a nível de pós graduação. Eu tenho registrado os dados sobre o curso, transcrevi para um papel, porque a gente às vezes pode não ter na cabeça. Eu tenho o decreto de quando foi fundada essa escola, decreto esse que foi publicado no diário oficial do Estado, quando ele foi regulamentado, então são dados importantes. Porque 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. Tinha um programa, eram os próprios médicos que davam aulas. Os professores à época foram: Dr. Antônio Moniz de Aragão; Dr. Saulo Ramos; Dr. Polidoro Santiago e Dr. Zulmar Lins Neves, e na parte prática éramos orientadas pela parteira chefe, Elvira Mund Mazarakis, a Dona Vivi. Esse curso funcionou durante 30 anos: chamava Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina, criada pelo Decreto 96 de 29 de novembro de mil novecentos e trinta e cinco, publicado no Diário Oficial Ed. 504 de trinta de novembro de mil novecentos e trinta e cinco, tendo funcionado até mil novecentos e sessenta e quatro. Posteriormente vieram os cursos de auxiliar, técnico, até mesmo faculdade, então como esse curso não era nem registrado no MEC ele foi extinto. Na verdade ele funcionou aqui durante 30 anos. Eu me formei em mil novecentos e quarenta e sete (1947), recebendo o título de enfermeira obstétrica. Posteriormente, faltando pouco para me aposentar nos anos setenta fiz faculdade, tendo me graduado em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Das minhas colegas de turma da Universidade algumas foram atendidas por mim quando nasceram.

Quando estava faltando dois meses para eu me formar, o presidente da casa (Maternidade Carlos Corrêa) me convidou

para ficar. Disse então que não havia interesse de minha parte em permanecer na maternidade em Florianópolis porque a razão pela qual eu estava fazendo o curso era ser parteira na minha região, enfim, pretendia voltar para minha cidade natal onde havia necessidade urgente de parteiras.

O que me motivou e me fez sentir bastante vocacionada foi um fato que ocorreu quando eu era ainda bastante jovem. Uma vizinha nossa que morava no interior teve problema de parto, teve uma hemorragia, teve retenção da placenta, e foram buscar uma parteira que morava em Vargem do Cedro, uma colônia alemã. Esta parteira era formada na Alemanha, e chamavam-na de doutora Marta. A parteira chegou e resolveu o problema: depois é que eu soube o que era, fez a extração manual da placenta, deu soro nessa paciente, e a paciente sobreviveu. Só que no ano seguinte esta mulher ganhou um outro filho, não foi socorrida a tempo e veio a falecer. Nessa época o transporte era efetuado somente de "aranha" ou a cavalo razão pela qual o atendimento obstétrico não se fez em tempo hábil. Foi quando eu tive um "insigth" para vir fazer esse curso mas voltar para atender naquele lugar.

Porque até então, era muito difícil as mulheres virem à maternidade. Elas "pegavam" seus filhos em casa, só vinham mesmo para a maternidade quando não eram resolvidos os partos com parteiras curiosas. Então aos poucos elas foram se acostumando, ou seja, a mulher que sente qualquer dorzinha já vai correndo para a maternidade. Eu já havia comprado todo o material para trabalhar em casa, atender partos domiciliares na minha região. E como o presidente da casa me convidou para ficar, surgiu um problema: tinha minha casa, minha mãe que era viúva, meus irmãos. Mas minha mãe então deixou a meu critério voltar para lá ou ficar aqui. Depois eu fiquei pensando: talvez aqui eu pudesse ser mais útil, sei lá, podia atender um maior número de pessoas, e acabei ficando. E esse ficando levou 33 anos na Maternidade Carlos Corrêa: trinta e três anos sete meses e vinte e dois dias, exerci minha profissão no mesmo local em que fiz meu primeiro curso.

Eu morava lá também, tinha um quarto, tinha refeição, e "assimilei", o que é uma casa, é que não tinha nem relógio para a gente bater ponto: tinha serviço trabalhava. Eu fiquei ali um ano e pouco trabalhando como parteira quando então veio mais uma outra trabalhar, porque era muito pesado, era para todo o serviço!. Mas foi muito gratificante, até porque hoje a minha família, muito embora tenha os laços familiares, muitos sobrinhos e irmãos que moram no sul ainda, sinto hoje que a extensão da minha família entre aspas, é esse pessoal todo que a gente atendeu. Claro, a gente se devotou a um trabalho, a um serviço. E eu acho que se tivesse as mesmas condições hoje, eu ainda não modificaria nada, ainda faria o mesmo.

Realmente naquela época os médicos não interferiam no nosso trabalho. Bom, eu estava munida da autorização pela diretoria, que era pelos médicos que foram meus professores, para atender. Até porque o número de médicas obstetras na cidade

era muito pequeno. Então eles atendiam os institutos, IAPI, IAPTEC, IAPC. Então eu digo que eles não interferiam porque o trabalho era esse: chegava, a parteira atendia, a não ser o caso de uma paciente que exigisse o médico, já tinha combinado previamente, eles atenderiam. Mas imagina só: dois ou três médicos obstetras para atender uma maternidade, não dava tempo! Então o parto normal, fisiológico, nós atendíamos. As outras intercorrências eles atendiam quando eram solicitados, eles deixavam seus consultórios, para atender. O quê eles faziam? Iam fazer uma curetagem, um fórceps, uma cesariana, enfim essa complementação que não é da parteira. Mas era assim, hoje não, a paciente chega, o médico que vai fazer os exames, vai internar, vai dar atendimento.

As mulheres não se importavam de serem atendidas por parteiras. Não porque isso aí já estava assim tão habitual! Eu acho que essa informação boca-a-boca ainda era muito forte naquela época: porque fulana ganhou com ciclana, ou com D. Army, ou fulana de tal. Os médicos também atendiam é lógico que aqueles médicos antigos atendiam quando solicitados, vários já faleceram. Em uma época que eu digo que era anterior ao meu tempo, porque eu fui a terceira parteira a assumir o trabalho na maternidade, as mulheres ainda resistiam muito a ir para a maternidade, preferiam em casa. A maternidade teve uma parteira que trabalhou alguns anos, logo ficou doente. A que me antecedeu, uma senhora de origem alemã, trabalhou onze anos e eu acabei ficando esses 33 anos, 7 meses e alguns dias.

Nós parteiras acompanhávamos toda a evolução do parto. Quando havia necessidade de alguma intervenção como a episiotomia, nós tínhamos uma orientação médica, razão pela qual a gente dava essa assistência, mormente as primíparas todas eram submetidas à episiotomia. Fazia-se a episiotomia e também a sutura, não só a incisão mas a sutura, o médico chegava e já estava tudo resolvido.

Porque naquele tempo existia a enfermaria que ficava bastante direcionada para a escola de enfermagem, era enfermagem obstétrica. Então chegava uma aluna para fazer esse estágio, ela ficava morando também na maternidade. Depois de ter completado a parte teórica passava por mim. Eu havia passado por esse aprendizado com a parteira-chefe quando estudante do curso. Depois eu passei a dar a parte prática para as moças que chegavam: elas vinham, faziam o curso, e iam para esses interiores trabalhar. Das moças que fizeram esse curso a maioria já faleceu. E também a casa não aceitava muitas alunas em cada turma.

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.

Todas as moças que faziam o curso moravam na maternidade. Elas é que atendiam, que faziam a parte da enfermagem porque a casa não contratava. E não recebiam por isso ao contrário pagavam. Eu tenho o recibo ainda, do pagamento que fiz quando cheguei lá. Pagamento adiantado, naquela época eram dois contos de réis. Não era muita coisa porque a gente tinha alimentação mas o trabalho mesmo era dessas alunas. Já pensasse que economia uma casa fez durante anos e anos? Nós dávamos plantão e atendia-se a qualquer hora da noite ou do dia. Eu acho que uma coisa é muito importante na vida da gente, quem trabalha na enfermagem sabe perfeitamente: quando tu coloca amor naquilo que tu faz a coisa é fantástica. Em tudo! Não é só na Enfermagem, é no trabalho, aonde tu vais pode botar esse temperozinho que a coisa funciona! Ali era aquela rotina, não era indicação, chegou e eu atendia, quem estava de serviço atendia.

Não havia parteiros, só médicos obstetras. Em uma época bem no começo veio um padre. Não para fazer o curso, ele veio pegar uma prática. Esse padre então fez uma estada ali na maternidade de uns dois meses. Porque ele atendia as pacientes que estavam mal, dava a assistência espiritual. E antes de ser padre ele fez alguns anos de medicina, ele era italiano, já faleceu. Então ele fez um estágio ali, mas não fez o curso todo, o curso era para moças.

E essas moças trabalharam, porque elas iam para esses interiores e se dedicavam mesmo. Uma delas chegou a trabalhar na Maternidade Matarazzo, que hoje se não me engano é a Humberto Primus em São Paulo, trabalhou muitos anos lá, hoje está aposentada. E outras trabalharam por aí, Lages, enfim, por toda Santa Catarina. Eram muito úteis, porque elas levavam uma experiência, imagina dois anos trabalhando só com parto, elas tinham muita prática! Havia muito poucas parteiras, e quando formadas normalmente elas trabalhavam nos hospitais que estavam começando. Mas a maioria já faleceu, já não tem mais ninguém trabalhando. Eram meninas que vinham do interior, eram moças muito jovens. Muitas vezes vinham por indicação do padre da paróquia, que sabia da necessidade e então vinham fazer esse curso aí.

Bom, me lembro que na época havia um livrinho, só que ele é difícil de se encontrar hoje em dia, muito interessante. Foi escrito por uma parteira que trabalhou quarenta anos na Alemanha tanto que o original do livro é em alemão e o título, traduzido em português ficou "Entre leito e Berço". Então ela conta essa história toda: muitas vezes uma criança nasce e o sexo não é aceito pelo pai, eles são machistas, muitas vezes não gostam que nasça meninas e por aí afora. Hoje talvez só encontre esse livro em casas de sebo. Essa parteira nunca esteve no Brasil, mas como se sabe, muitas parteiras da Alemanha vieram para as colônias no sul do Brasil, então a influência.



No curso da Maternidade Carlos Corrêa a cada ano formava uma turma de um curso de duração de dois anos conforme falei. Esporadicamente havia desistência, só as que não se encaixavam com a filosofia e com o regime da escola. Questão um pouco de comportamento, não é, então elas eram eliminadas. Mas se não, as que davam duro e se encaixavam permaneciam. Tinha muito a ver com o comportamento moral e às vezes com a agressividade, as que não se compatibilizavam com as normas da casa e questionavam muito. Em primeiro lugar, elas eram internas. Então elas tinham um regime de internato de freira porque a casa era controlada por freiras. Tinha a diretoria, tinha as freiras. Eu me lembro de uma aluna que foi eliminada porque tinha um amante. Ela foi com ele para o hotel, eles souberam dessa história, e acabaram eliminando essa criatura. Tu vê, essa maternidade, ela é centenária, essa Carlos Corrêa.

Tivemos até alunas que vieram da Alemanha, chegavam e não falavam uma palavra em português. E olha precisava ver como essas meninas eram eficientes! Sabe o que é gente jovem, cheia de ideal, aprender uma coisa, uma profissão, elas se realizaram muito porque começaram a conhecer tanta coisa, também a cidade, vinham do interior[...] Eram jovens, bastante jovens! Então elas levavam uma bagagem de conhecimento uma bagagem para por em prática, porque no interior um médico não tinha tanta experiência em obstetrícia como essas parteiras, que passavam aqui fazendo só isso. Porque o médico passa numa faculdade hoje vai fazer residência, já leva uma experiência, mas antigamente o que era o médico, se formava e ia para o campo ia para o trabalho.

Porque naquela época era a única casa, a única maternidade e era a única Escola de Parteiras de Santa Catarina. O Estreito também atendia, mas muito pouco, e a Maternidade Carmela Dutra parece que foi inaugurada somente em mil novecentos e cinqüenta e cinco 1955. É, eu já estava trabalhando há muito na Carlos Corrêa quando iniciaram.

Para aprender a fazer o parto havia uma rotina: depois de dois meses de estarem na casa, elas começavam a se familiarizar com trabalho com a paciente: aprendiam a fazer palpação, ausculta, toque, até começar aprender mesmo a fazer um parto. Depois de uns 6 meses elas começavam a atender as multíparas, porque como eu já disse antes o curso tinha a duração de dois anos. No segundo ano quando já estavam se formando e indo embora, elas começavam a atender as primíparas, dar aqueles cuidados necessários.

A parteira dava a maior assistência junto às praticantes, porque esporadicamente o médico estava junto do quarto da enfermaria. Hoje já não existe mais essa enfermaria. Porque essas alunas praticavam e aprendiam nessa enfermaria. A maternidade era da iniciativa privada e tinha essa enfermaria. Hoje não sei como é, deve ser uma ONG, não sei, ela é uma Associação Irmãos Joaquim. Naquela época não tinha SUS. Tinha esta enfermaria onde eram atendidas as que eram indigentes,

além de uma sala que era mantida pelo pessoal da região, as pessoas davam uma contribuição, só que isso foi bem mais tarde. Se não fossem pacientes da enfermaria ou se não eram pacientes particulares, eram atendidas porque pertenciam a algum daqueles institutos que eu já falei: IAPTEC, IAPC, IAPI, que esses davam segunda classe ou então elas pagavam. Dessa maneira o que existia era a enfermaria, a segunda classe, ou a primeira classe. Naquele tempo não tinha apartamento, era complementado muitas vezes pelo instituto, ou muitos pagavam particular a parte excedente. Mesmo essas particulares a gente atendia, esporadicamente o médico atendia. Os médicos faziam poucos, muito poucos partos. Também eles não tinham tempo para isso não é? Não tinham tempo porque eles atendiam os consultórios particulares em coisas que rendiam mais. Porque eu acredito que eles até nem tivessem um ganho como hoje eles têm nos hospitais, nas maternidades. Tu já pensasse se um médico, que tem outras atribuições lá fora, fosse atender um parto em enfermaria? Era uma casa particular, não pagava. Isso não ficava conveniente financeiramente para eles.

Nós, parteiras só recebíamos o salário da casa. Sabe qual é a minha aposentadoria hoje desta maternidade? Quatrocentos reais! Como eu exerci um cargo do Estado, também na maternidade, que era para aplicar o BCG nas crianças, acabei sendo nomeada funcionária do Estado. Fiz mais por diletantismo porque afinal de contas aquilo não me renderia muita coisa economicamente. Como eu disse, bem próximo de me aposentar, eu fiz faculdade. Eu me formei em dezoito de dezembro de mil novecentos e setenta e seis. Mas a casa não me aproveitou como enfermeira mesmo não tendo enfermeira que trabalhasse lá à época. Faltando três meses para eu me formar na faculdade eles admitiram uma enfermeira. Não me aproveitaram, sabes como é uma casa particular? As coisas são assim, não se pode esperar tudo, o reconhecimento monetário[...] Mas o que me gratifica mais é esse reconhecimento lá fora[...] Minha realização, como profissional que valeu muito! Até para o meu crescimento, porque tu sabes, o dinheiro é bom mas não é tudo! Então, quando eu me aposentei do Estado, já em fim de carreira, eu não carreei comigo os direitos da enfermagem e me aposentei com muito pouquinho. Mas juntando os dois, dá para a gente viver. Até porque não tenho despesas com família porque sou solteira, tenho esse apartamento que comprei e estou por aí aprendendo coisas.

Mas há as compensações, vou contar um fato que ocorreu faz uns quarenta e poucos anos, cinqüenta anos não sei bem ao certo. Nós estávamos fazendo o curso ainda na maternidade, eu estava no segundo ano, 1947 por aí. Veio um telefonema de um lugar chamado Paulo Lopes, para que o médico, Dr. Zulmar, fosse atender uma senhora que ganhou neném mas a criança ficou com a cabeça presa, isso foi o que o telefonema nos trazia de informação. Mas o Dr. Zulmar não ia sair daqui, e pediu para a parteira, aquela dona Vivi que me antecedeu, para atender este

caso. Ela era uma senhora já idosa, e não poderia ir sozinha, então eu fui junto com a Verônica, esta de Tubarão, ainda é viva, porque já estávamos no segundo ano e já tínhamos prática. E fomos num carro de praça, um taxi, para atender este caso, munidas de material que a gente poderia ocupar. O lugar era o interior de Paulo Lopes, um lugar chamado Gamboa, e lá chegando o quê que a gente viu: umas três ou quatro curiosas e a mulher numa cama. Contaram que a criança nasceu, a cabeça ficou presa. Então pedimos licença, e ficamos só nós duas ali. Bem, vamos ver do que é que se tratava. A mulher teve um parto com apresentação pélvica, ficou retida a cabeça derradeira. Não seria tão difícil a gente fazer uma manobra, mas isto não nos foi possível sem primeiro extrair a urina, porque a bexiga estava muito cheia. Com a sonda de borracha a gente tentou extrair mas não deu, a bexiga estava obstruída. Então chegamos a conclusão que o ideal era trazer a mulher para a maternidade, porque nós não iríamos fazer uma manobra talvez intempestiva e não sermos bem sucedidas. Convencer essa família para trazer a mulher foi difícil, mas conseguimos. Então chegamos aqui e o médico estava na casa dele que era na rua sete de setembro. Explicamos o caso e o médico o que é que fez: extraiu a urina por via abdominal, tão cheia que estava a bexiga, com trocater, extraiu quase um meio balde de urina. E aí foi fácil: ele mesmo fez a manobra e a criança nasceu, morta lógico que a criança estava morta. Bem, a mulher ficou na casa, aqui na maternidade uns dias, foi embora boa, a criança naturalmente foi enterrada aqui. E decorrido mais ou menos um mês e meio, chegou um casal e me chamaram: Dona Army, vá à portaria, tem um casal que deseja falar com a Sra. Cheguei, cumprimentei-os, daí pensei, eu conheço, quem são? Daí me lembrei do caso que atendemos em Gamboa. Sabe o que eles vieram fazer? Trazer um presente. E sabe que presente eles trouxeram? Uma bolsinha de chuchu. Meia dúzia de chuchu! Aquele chuchu eu peguei, entreguei na cozinha, porque não era eu que cozinhava, que preparava, mas aquele gesto, aquele ato deles, me emocionou, sabes que eu não esqueci disso. Se eles me trouxessem um lindo presente de ouro, não seria tão gratificante quanto isso. Coisas que eles tinham era chuchu para me dar. Eles moravam longe, naquele tempo não tinha asfalto, eu acho que demorava quase duas horas para chegar aqui. Então são essas filigranas que a gente guarda para sempre! Depois eu soube que essa senhora mudou-se pra cá, os filhos estudaram, um era militar, estava aqui em Campeche, e eu tive oportunidade de visitá-la, ela me serviu um café, hoje já faleceu, o marido faleceu primeiro, ela faleceu depois.

Nesse período que eu trabalhei na maternidade a casa tinha dificuldades, principalmente no começo. Por exemplo, uma paciente precisava fazer transfusão de sangue, então localizavam os doadores para vir doar sangue na maternidade porque não havia banco de sangue. Então um médico novo que chegou resolveu instalar um banco de sangue, porque não

existia banco de sangue aqui em Florianópolis. Chama-se Dr. Danilo, ele ainda é vivo. Não sei se ele é mineiro, ele é do norte, não é daqui. Daí então resolveram fazer um banco de sangue na maternidade. Como eu era muito vinculada às necessidades da casa eu comecei a me interessar pelo trabalho do banco de sangue, que estava muito aliado ao meu trabalho: de repente chegava uma paciente com um aborto, com hemorragia, ou mesmo um descolamento prematuro de placenta ou placenta prévia, então eu tinha que localizar o médico, fazer a classificação do sangue, e eu comecei a me envolver com isso. E acabei depois tomando conta do banco de sangue, ajudando nas necessidades. Muitas vezes a gente telefonava para o médico: aí doutor, a paciente chegou assim, em tais condições. Ele dizia então: A Sra. já vá providenciando o sangue, e quando o médico chegava para intervir a paciente já estava até tomando sangue. Isso naquela época, hoje eu já não fazia isso. Até pelas minhas condições físicas, já não dava para atender tanta coisa.

Mas a vida é assim, nós nunca podemos esperar do Homem, do Ser Humano, aquela gratificação, aquela recompensa, ou reconhecimento, é uma coisa muito íntima, muito pessoal! Muito meu, muito seu, pra botar no bolso não cabe, tem que botar no coração! Mas é isso, enfim esta foi a minha profissão durante 33 anos, e alguns meses.

Eu não tenho essa experiência das parteiras que trabalhavam em domicílio, porque eu nunca trabalhei em domicílio, sempre trabalhei em maternidade. Mas eu acho que em se tratando dessa humanização, nada é mais importante do que deixar a própria fisiologia com a natureza agir. Deve-se pensar bem sobre o número exagerado de cesarianas eletivas. Não interferir por muito pouca coisa porque como é que as nossas índias ganhavam seus filhos? Mas também não podemos pensar só em termos de índios, índias. Eu acho que tem que haver um meio termo nisso aí, porque a ciência pode ajudar em muita coisa, mas não extrapolar. Não tem porque, hoje, não fazer uma episiotomia numa primípara, ficando uma mulher sujeita a ter prolapso uterino, um prolapso até de reto, e por aí fora. Então são essas coisas assim, a ciência pode ajudar em tanta coisa no acompanhamento da gestação, do puerpério, por aí fora. A coisa é complexa! Mas o caminho do meio ainda é a melhor maneira.

Pois é a mesma coisa em relação ao local de se fazer os partos pois tudo tem os prós e os contras. Partos nos hospitais só mesmo nos interiores porque hoje os partos já são em maternidades, pois em se tratando de hospitais já tem o problema da infecção hospitalar. E depois, nos hospitais fica muito mecânico, não é. Por isso eu acho que esse caminho do meio é o melhor porque eu como profissional posso te dizer que a "mistura" de ciência e tradição é o que eu concordo! Imagina como é feito, em ritmo acelerado: Olha a dilatação tá completa, leva para a sala de parto, ganhou, já bota outra lá!

Quer dizer, o pré-parto, a sala de parto, aquilo é uma coisa mecânica, não é? E as mulheres não tinham acompanhante, da enfermaria sobretudo não, a maioria ficava sozinha. E no pré-parto então a coisa é mecânica, não é? É como uma fábrica não é? Bom, dava assistência e tudo o mais, mas quando a coisa é curtida, só uma paciente, é diferente. Agora, tem uma parteira, é pena que tu não dispõe de tempo para viajar, ela foi aluna nossa, é de origem alemã, e mora em Rio Fortuna. Essa mulher trabalhou anos e anos no interior, conta coisas e coisas. Mas enfim, acho que tudo depende muito de quem atende, é preciso muita humanidade, muito cuidado com as pacientes.

Na maternidade trabalhou o Dr. Zulmar Luz Neves, ele foi um médico assim muito conceituado aqui na casa. Dedicado, a gente podia telefonar a qualquer hora, ele atendia aquela enfermaria com uma presteza, enquanto os outros protelavam um pouco para vir atender porque era enfermaria, o Dr. Zulmar estava sempre presente. Então isso são coisas muito pessoais. Ser Humano é isso: é dedicação, é trabalho!

Para fazer partos sempre houve mais mulheres do que homens. Mas eu não acho que na vida, incluindo aí as profissões, deva ter lugar de mulheres, lugar de homens em absoluto! As mulheres já andam no espaço sideral voando como os homens voam, então não é por aí, que diferença tem? Eu posso apenas lhe adiantar que a mulher poderá se sobrepo

r ao homem na parte que é muito dela, que é gestar, é ser mãe, porque isso aí ninguém pode tirar dela. E agora a gente estando nessa época da semana das mães, sempre para um pouco para refletir. No mais o homem não nasceu da mulher? Então ele está muito próximo. Quando eles tiverem a capacidade de andarem juntos, ambos serão mais realizados na vida. Eu acho que viver é uma coisa muito importante, nós temos que nos construir, e por causa de uma questão cultural nos determinam lugares. Não nos passaram que a gente tem que morrer para ir para o céu, e agora? Esperar sair desta vida? Difícil não é, esperar para ir viver bem na outra vida: tem que viver bem enquanto está aqui. Mas não é fácil transcender os obstáculos, é uma experiência para quem gosta de espetáculo, não é. Até mesmo os problemas, as seqüelas da idade, hoje eu com 77 anos, a gente já tem os probleminhas da idade. Mas ainda hoje eu faço tudo que me é permitido fazer. Cuido do apartamento, faço a limpeza dele, não limpo tudo num dia só, uma peça num dia, outra peça no outro. Vou escrever, vou lá para o computador passar umas coisinhas a limpo. E dirijo! Vou para a casa do meu irmão que fica a uns 120 Km daqui. Às vezes passa um motorista de caminhão, grita ô velha! Mas uma mulher de cabelos brancos[...]eu não respondo, fico assim pensando, tomara que ele chegue lá. Essa experiência da vida, isso é muito gostoso, porque a gente é inalienável, é nosso, vale a pena investir nisso! E a vida é muito dinâmica, nada é estático! Tu vê, eu te passei a minha vida profissional durante 33 anos mais alguns meses fazendo partos e hoje[...]

Hoje já é diferente, hoje a parteira já não atua, mesmo porque os médicos residem na maternidade, estão de plantão. Eles dão plantão mesmo à noite.

O trabalho das parteiras foi acabando porque tudo vai mudando, essa dinâmica, é por aí. Hoje um profissional pode ter muita capacidade mas se não passou pela universidade, não tem um título, não vale, quando a experiência, a prática é o importante. O curandeiro lá do interior, o curandeiro, porque ele conseguiu trabalhar suas emoções, ele vive num plano um pouco diferente, ele consegue ter um crédito do pessoal que levam roupa para benzer, e ele ensina seus chás, o seus remédios.

Eu sei porque lá no interior onde eu morava, tinha um tal de Tinho, não é bem aonde eu morava, é bem lá no Cantão, era famoso o tal do Tinho. Hoje, tu já vês pessoas graduadas com título de xamãs[...]o que é que significa isso? Porque ele aprendeu foi numa escola então ele adquire os direitos. É que é assim, as coisas, as pressões sempre vêm[...]Agora, a partir do momento que a pessoa conhece e sabe que a cura pode estar dentro da gente mesmo, a gente se trabalhar, ter cuidado o que é coisa muito boa. Hoje estão cuidando de quê: da alimentação, da qualidade de vida, uma série de coisas que vai influir nisso aí. As pessoas já não estão tão ignorantes da sua vida, da necessidade de ter saúde. Quando as mulheres vinham com pré-eclampsia, ou mesmo com eclampsia, era muito difícil. Mas hoje uma pessoa já instruída, uma gestante, ela está cuidando do seu pré-natal, que é importante, por que não? Vê a pressão, faz os exames, vê como é que está, a urina, a albumina. Então a coisa tem que ser assim, também no meio termo. Nada, nada pára, tudo vai para frente! Bom, e às vezes é muito bom às vezes não. Os extremos sempre existirão, mas é preciso evitá-los. Como nós estamos vendo aí nossos políticos com postos tão elevados e fazendo coisas tão vergonhosas não é. Ter pena é uma qualidade da pessoa, e isto é tão importante[...]Isso se associa também às profissões. Mas de um modo geral é isso não é? Para quebrar galho todo mundo quebra, agora para ganhar o dinheiro[...] Desonestamente é fácil, porque eu como profissional, posso te dizer que algumas senhoras, até estiveram em meu apartamento, pedindo para eu fazer aborto. Se fizesse, ganharia muito mais, mas e a consciência? Mesmo depois de aposentada já veio gente, alguns casais chegaram aqui para eu provocar aborto. Digo: a técnica para fazer esta eu sei, mas isso não me interessa. Ah, mas a gente paga bem. Não! Que adianta tirar do útero e botar dentro da minha consciência? E é pena, quantos médicos se perdem por esse caminho? Mesmo no meu tempo, não os nossos médicos lá da maternidade, não faziam isso, e a gente sabia de profissionais que faziam isso fora e aí as mulheres chegavam com hemorragia, com infecção[...]Então os paradoxos sempre existem, e nunca pudemos fugir disso.

Deixei de fazer partos em mil novecentos e noventa e um quando me aposentei. Mas ainda continuo acompanhando nascimentos na linha evolutiva. Não nesse plano físico, mas na minha maneira de ver acompanho mas não interfiro o nascimento de pessoas para outros planos, que eu acho tão importante. Porque na verdade, a vida da gente se processa quase como uma sala de parto permanente: nascimento, nascimentos[...]

Vou falar um pouco do que entendo do caminho da mulher na cultura que é conhecido hoje como o "olhar feminino". O homem ia para a caça, ia para o serviço, ia para roça. importância, ao longo do tempo, da função de mãe. Eu sempre gostei muito de repescar as coisas, resgatar e dou o exemplo de um idioma, o sânscrito um idioma tão antigo, ao longo do tempo ele foi levar uma palavrinha para tantos idiomas, a palavra mãe do sânscrito, ma. Então tu vais ver, mutter, alemão começa com m, mother do inglês, madre espanhol, e por aí afora, mère do francês. Então a coisa vem de longe. Por isso eu acho que o teu trabalho também é muito, muito original e sobretudo valioso, em querer repescar tudo isso, toda essa história[...] Porque isso é uma longa história: a mulher mãe, a mulher parteira, a mulher está presente em tudo na vida! A Terra, a Mãe, a Virgem Maria, Afrodite, Artemis, Diana e por aí está indo. A magia, tem a força do céu, da luz do sol, do fogo, do brilho da lua, a rapidez do vento, a profundidade do mar, a estabilidade da terra, a firmeza, a rocha, porque é a mãe, não é, sabe lá o que é isso? Porque se o homem, se o homem como tal está mais defasado, a mulher ela tem uma marca, vamos dizer única, porque tudo iniciou com a mulher, com a mãe. Então não tem porque ela não ser mais aceita nesses trabalhos, tão sérios, como é o nascimento.

Eu vou contar uma historia, a minha historinha: Um casal vivia muito bem, eram bem ajustados financeiramente, só que ele um dia disse pra mulher: olha mulher, eu vou ter que sair de casa, eu vou em busca da verdade. Ele não estava contente, ele não era realizado porque ele queria saber o que era verdade. E ele combinou com ela de vender o que tinha, e passar o dinheiro pra ela, ou passar tudo no nome dela. Ela aceitou plenamente isso, como não, se ela ficaria com as coisas que estava no nome do casal. E ele saiu por esse mundo afora em busca da verdade. Ele andou por vales, montanhas, lugares alagados, ele percorreu semanas e meses atrás dessa verdade. Já cansado, ele olhou para um morro muito alto e resolveu escalar esse morro. Mas será que lá encontra-se a verdade? Qual não foi a sua surpresa que ao chegar lá ele encontra-se numa gruta com uma senhora, uma velha, com apenas um dente, a pele enrugada parecia pergaminho, cabelo longo, oleoso, uma figura bem estranha. Mas ele ficou impressionado por aquela voz suave, doce, meiga, com que essa mulher falava, não é. E chegou à conclusão que essa mulher naturalmente era, era a portadora dessa tal de verdade. Então perguntou pra ela se podia ficar uns dias ali, pra aprender as coisas né. Ficou

ali, e dentro de um ano um dia ele disse pra ela: Senhora, eu sou muito grato pelo que aprendi. E eu queria lhe dar um presente, um presente que ficasse bem marcante, mas eu gostaria que a sra, me dissesse o que eu posso dar. Ela pensou, pensou[...]Olha, o que você pode me dar de presente é o seguinte: eu gostaria que assim fosse: quem perguntar por mim, diga que eu sou jovem e bonita! Olha só, a verdade! O contrário. Porque qual é a minha verdade? A minha verdade é a minha, a tua é a tua! Nós não podemos às vezes confiar muito nessa verdade tão generalizada, porque fulano diz, fulana[...]não, a minha verdade[...]é a minha. Mas o que te passei é a minha verdade!

### **BENEDETA OTTERBACH WARMLING**

Benedeta Otterbach Warmling,nasceu dia 15 de dezembro de 1928 em Rio Fortuna, filha de Clemente Otterbach e Ana Herdt Otterbach. Cresceu em uma família numerosa, teve 8 irmãos, e todos viviam da agricultura.

Dona Deta como é conhecida por todos na região, nasceu e dedicou toda a sua vida à pequena cidade de Rio Fortuna. Limitada ao norte pelo município de Santa Rosa de Lima; ao sul pelos municípios de Braço do Norte e Armazém; ao leste pelo município de São Martinho e a oeste pelos municípios de Grão Pará e Ubirici, ela atendia toda essa região.

Numa região geograficamente privilegiada pelas belezas naturais, e pela influência nos costumes da marcante imigração alemã no sul do país, Rio Fortuna foi fundada em 11 de janeiro de 1883, povoada por Westfalianos, alguns Italianos e poucos Portugueses. O nome da cidade teve origem a partir de um termo alemão “gluckflus” que significa rio da sorte ou rio fortuna, em função principalmente da abundância de caça (principalmente das antas) que vinham beber água no rio de águas cristalinas e serviam de alimento para os primeiros moradores da região. Uma região agrícola por excelência como fica evidente durante todo o desenrolar de sua entrevista.

Casou-se dia 23 de novembro de 1951 com João Batista Warmling, também agricultor. Dessa união nasceram oito filhos e dezesseis netos. Desde muito jovem dedicou-se ao que ela mesma confessa ter sido desde menina seu sonho: ser parteira. Passou toda a infância escutando todas aquelas “histórias” contadas em segredo sobre os “tocos”, pedras ou



bananeiras que continham os nenens que as parteiras recolhiam para entregá-los às mães nos dias dos nascimentos.

Aos dezessete anos decidiu mesmo que queria ser parteira tendo ido para Florianópolis onde fez o curso durante dois anos na Maternidade Carlos Corrêa, à época Maternidade Florianópolis. Dona Army acompanhou toda a sua formação na maternidade orientando-a como fazia com as demais alunas, e mantiveram ao longo dos anos um contato mais estreito, uma amizade que o passar dos anos não venceu.

A entrevista com Dona Deta foi bastante interessante até pela maneira como ocorreu. Eu e Dona Army saímos de carro às oito horas da manhã de domingo e desfrutamos com prazer as aproximadamente duas horas e meia do trajeto até Rio Fortuna. Eu não conhecia essa região de Santa Catarina e após Braço do Norte, a estrada margeando o rio de águas claras que “canta” nas pedras é muito bonita, além de ser possível perceber pelas propriedades rurais da região, o desenvolvimento e papel importante da suinocultura para a economia da região. E conversar com Army é sempre um grande aprendizado, compartilhamos um “olhar” holístico para tudo que nos cerca e tudo o que fazemos.

Dona Deta recebeu-nos com alegria, usando um elegante tailleur azul marinho, esperando-nos com mesa posta para o café, como me acostumei desde criança nas pequenas cidades do interior de Minas. E assunto já não era problema para quem como eu mal conhecera a anfitriã: ela tem o poder de deixar-nos muito à vontade. Ela demonstra muita energia na maneira de falar com seu sotaque (para mim) bastante carregado.

Fomos almoçar em um restaurante que serve comida típica alemã e depois de fotos no pomar, cumprimentos e apresentações, o assunto passou a ser parto. Dona Deta não se conforma com o exagero de cesarianas programadas que se fazem hoje, “contra a natureza” afirma ela com segurança. Diz que tudo isso é porque as pessoas de hoje já não tem mais paciência, já não vivem mais cada coisa a seu tempo, precisam interferir em tudo. Após o almoço, já em sua residência, essa mulher que tem aquele jeito de quem não tem medo de resolver nada, e ao mesmo tempo possui a paciência dos seres humanos sábios, concedeu a entrevista que com certeza vai contribuir para enriquecer a história das mulheres que se dedicaram à saúde de modo geral, e ao ato de partear de modo específico, no Brasil na última metade do século XX.

## **EU FAZIA CROCHÉ E IA CONVERSANDO COM ELAS, PORQUE UMA PARTURIENTE QUER ATENÇÃO, ELA QUER CARINHO.**

Esta é a história de uma menina que queria ser parteira desde criança, e no fim se realizou como parteira. Foi um pouco difícil porque naquela época era longe de recursos. Aqui em Rio Fortuna tinha uma parteira que veio da Europa, mas não ficou muito tempo e daí não tinha mais recurso, não tinha mais parteira. Então ficou uma coisa muito natural, uma mãe ajudava a outra, as mulheres mais velhas que sabiam mais essas coisas.

Foi quando chegou aqui em Rio Fortuna o padre Gregório Locks, e trouxe uma novidade: em Florianópolis tem uma maternidade onde eles estão formando parteiras, enfermeiras obstetras. Ele recomendou ao meu pai e mais um outro senhor que procurassem uma moça, alguém que fosse estudar para ser parteira. Não encontraram ninguém e eu tinha 17 anos, e a moça tinha que ter pelo menos 18 anos para começar estudar. Mesmo assim eu falei com meu pai: oh meu pai, eu gostaria tanto de ser uma parteira, se eu soubesse que dava conta de aprender eu gostaria de ir. Meu pai: disse: minha filha, olha tu pensa bem, porque tu vais e a tua juventude se passa. Porque tu não vais ter mais nada de festas e nada de passeios. Uma vez és parteira tu tens que sair com quem vem te buscar, e pra onde que eles te levarem tens que ir, e tens que fazer, e tens que pensar em salvar as duas vidas, não é só uma, é a mãe e o filho, não é tão fácil como tu pensas, tu ainda és nova talvez não pensa. Respondi então: Meu pai, eu não me importo de nada, eu não me importo de festas, de bailes, dessas coisas: deixa eu aprender que eu quero ser parteira. E enfrentei mesmo!

Fui para Florianópolis, fiquei estudando, terminei o meu curso lá na Maternidade Dr. Carlos Correia. Os professores eram muito bons, o Dr. Zulmar Luz, Dr. Polidoro Santiago, e tinha mais um outro que era o Dr. Saulo Ramos, mas Saulo Ramos não dava muita aula para nós. Mas esses dois professores, olha, foram de tirar o chapéu, porque o que a gente aprendeu com eles foi bastante porque eles sabiam que a gente tinha que entrar no interior, onde era só mato, onde não tinha luz elétrica, onde não tinha estradas de rodagem, nem carros tinha. Naquele tempo tinha só uns dois caminhões velhos por ali, que a gente às vezes tinha que usar. Eu para chegar a Florianópolis às vezes levava dois dias Tinha um ônibus velho, que a gente ia até Santo Amaro: lá pousava, e no outro dia fazia aquele trajeto até Florianópolis. Mas fui! Fui estudar, me formei e voltei para cá.

Comecei a trabalhar, onde não tinha luz elétrica, onde não tinha nada! Eu só andava mesmo era a cavalo. Eu arrumava as minhas coisas, tinha um cavalo muito bom, aliás, tinha uns cavalos bons. Eu tinha até três cavalos, quando um cansava o outro ia Tinha um "pissuelo", uma bolsa de couro, que a gente pendurava atrás do "lumbilho" e ali eu levava o meu material

de fazer parto porque eu tinha que esterilizar tudo como luvas. Porque não tinha estufa, e eu não tinha nada nem panela de pressão, nadinha naquele tempo. Então eu esterilizava dentro de uns caldeirões de ferro grande que eu tinha. Eu botava uns dois pauzinhos, botava o tamborzinho em cima com as luva e todo o material e deixava duas horas em cima do fogão à lenha para esterilizar. Tudo isso eu levava dentro do meu "pissuelo" para atender as parturientes, às vezes eu ia de uma casa para outra sem chegar em minha casa. E assim foi passando a minha vida, eu fazendo partos em casa tendo que levar tudo.

A primeira coisa que eu fazia quando chegava na casa da parturiente, era ver como ela se encontrava: examinava para ver se já estava em trabalho de parto. Se ela estava em trabalho de parto olhava se tinha os pés inchados, como estava a pressão, se estava alta ou se estava baixa. Se estava baixa e estava com os pés inchados eu não me preocupava muito, mas se ela tinha pressão alta e os pés inchados, eu sempre levava um tubo de ensaio, pegava um pouco de urina e aí colocava umas gotinhas de ácido acético dentro, para ver se aparecia albumina. Tinha que prevenir porque era longe de médico, muito longe de recursos, e se desse alguma anormalidade eu tinha que transportar ela antes que desse um ataque de eclampsia porque era muito perigoso. Podia morrer a mãe, podia morrer o filho, e às vezes a gente tinha parto muito difícil.

Eu chegava em casa das parturientes e acompanhava o trabalho de parto: a gente deixava evoluir normalmente o parto e ficava observando como é que estava os batimentos da criança de vez em quando escutando, e vendo como é que progredia a dilatação. E trabalhando junto com ela: ajudava a fazer o serviço da casa, o que ela estava fazendo. Às vezes enquanto ela descansava eu fazia pão, limpava a casa, lavava roupa e fazia todo o serviço junto com ela até que o neném nascesse. Depois do parto, se eu não fosse chamada para outro urgente, eu ficava umas duas horas, eu ficava lá porque podia dar uma hemorragia ou uma outra coisa. Enquanto isso eu já lavava a roupa do parto, já deixava tudo pronto. Muitas vezes cheguei a costurar roupinha de neném. Porque elas não estavam prevenidas, às vezes as mães não explicavam nada e eu chegava lá não tinha nem roupinha para botar no neném. Eu me sentava na máquina e costurava camisinhas, costurava roupinha para o neném. Fazia fraldinhas de capa de coberta e deixava tudo muito bem arrumado.

Se me perguntarem quantos partos eu fiz? Domiciliares uns três mil! Nessa região toda, era longe, às vezes eu tinha que viajar à cavalo umas oito horas até chegar à casa da parturiente. E olha que não tive nenhuma morte de parturiente: criança sim, às vezes a gente chegava a criança estava morta, como acontece a mesma coisa hoje em dia na maternidade, às vezes a criança antes de nascer já estava morta. Às vezes um parto muito difícil, não é, mas eu nunca levei uma parturiente a um hospital, que eles me dissessem: olhe, tu esperastes

demais não levastes ligeiro que chega! Porque o que era possível fazer, fazia, até o impossível. Muitas vezes, em casos difíceis e com tempo de chuva, de enchentes de rio, a gente era obrigada até a fazer umas inversões para bem tirar a criança e salvar mãe e filho. Acontecia a precedência do cordão umbilical e para eu poder salvar uma criança com procedência de cordão não podia ser por parto cefálico, eu tinha que fazer inversão e fazer um parto podálico, tirar pelos pezinhos o neném para poder salvar a criança, e dava tudo certo. Salvei muitas crianças assim e muitas mães também, às vezes até com placenta prévia.

Eu passei muito trabalho, me lembro que uma vez uma senhora que estava com placenta prévia, hemorragia, me deu um enorme trabalho. Ela estava lá no Costão da Serra e os rios todos cheios: enchente, e eu não sabia como tirar essa mulher de lá. Ela tinha uns três dedos de dilatação, e o que eu fiz para parar a hemorragia? Eu fiz um tamponamento, eu tinha compressas, ataduras, e gazes esterilizadas, e eu tamponei para não sangrar mais. Era noite, aí fiz uma "branda", branda é um tipo de uma padiola: pegava umas duas varas, esticava cordas por cima e depois botava cobertas em cima. Deitei a mulher na branda e com quatro homens carregando tentei tirar a mulher de lá, mas não dava para passar o rio estava muito cheio. Então tinha que carregar ela até chegar numa ponte de arame e não tinha caminho, era passar por dentro do mato. Então iam dois homens com foices na frente roçando o mato, abrindo caminho e eu ia com a faixa de taquara acesa para eles enxergar por onde nós tínhamos que ir. Andamos muito até chegar na ponte de arame. Atravessamos a ponte de arame, e logo do outro lado encontramos uma caminhonetesinha. Colocamos ela em cima do carro mas logo abaixo tinha outro rio que estava cheio, e agora passar esse rio? Lá não tinha ponte de arame, não tinha desvio, não tinha nada. Chamaram os vizinhos porque ali tinha um engenho de açúcar. Eles pegaram um cocho daqueles de açúcar e daí com dois homens e dois remos, me colocaram dentro daquele cocho e me levaram para o outro lado do rio. Em seguida eles atravessaram novamente o rio e trouxeram a parturiente dentro do cocho também. Vieram mais dois homens e assim foram passando, e carregamos a parturiente mais um bom pedaço. Chegamos então num lugar que tinha um caminhãozinho que nos levou até Braço do Norte. Lá o Rio Braço do Norte estava muito cheio também. Ali tinha balsa, mas a balsa não dava "passo" porque o rio transbordava. Mas aí chamaram vizinhos e eles foram nos ajudando: botamos a mulher em cima com a padiola, e de lá nós caminhamos até o hospital. Nisso estava quase clareando o dia, já era de madrugada, já era umas quatro horas da manhã. Chegamos enfim ao hospital e não tinha médico. Eu disse para a irmã que era responsável pelo hospital: e agora? Agora vocês têm que me ajudar porque eu vou ter que tirar esses tamponamentos e ver como é que está, se dilatou, essas coisas. Era prematuro, era de sete

meses. Se dilatou o colo, quem sabe nós conseguimos fazer alguma coisa para salvar esse neném, porque ele ainda esta vivo. As irmãs me ajudaram eu tirei os tamponamentos e a mulher já tinha a dilatação quase completa. Aí eu meti a mão, perfurei a placenta e virei a criança, puxando a criança para comprimir a placenta e não sangrar mais. Tirei a criança com vida e saúde: a criança se criou, e a mulher se salvou! Não morreu de hemorragia parou com o tamponamento Quando o médico chegou já estava tudo em "boas ordens".

E nos partos em casa nunca tive casos de infecção. Nunca tive! Eu nunca tive problema de infecção puerperal! E olha que essa gente daqui, esse povo, eles sempre falavam que no nono dia às vezes dava uma recaída, e eu nem sabia o que era recaída. Recaída era uma infecção puerperal de certo, mas era por falta de higiene. Tinha gente que não tinha higiene: elas ficavam oito, nove dias deitadas na cama, com a mesma roupa, roupa suja e tudo. Ficavam sem tomar banho porque não se devia molhar durante o resguardo, era o hábito que elas tinham para não ter recaída. Não podia lavar a cabeça, tinha que ficar num quarto escuro, não podia nem apanhar muita claridade. Elas falavam em mal de sete dias que dava no umbigo da criança que era tétano, não é mesmo? Aí eu cheguei aqui e eu comecei a falar para elas: olha aqui, isso tudo é besteira, isso é falta de higiene. Vocês sabem o que dá o mal de sete dias? É o tétano de umbigo, que acontece porque a parteira corta o umbigo com as mãos sujas, sem luvas, sem esterilizar nada. É só vocês terem mais higiene que nada disso acontece. E tétano umbilical é fatal!

Nos partos em casa o marido participava, as crianças não. Geralmente era de noite, e eu botava todos eles num outro quarto. Às vezes quando era pequenininho não, ficava no mesmo quarto que estava a mãe. Uma vez eu fui fazer um parto, já era o quarto neném, e naquele dia a terceira criança que era uma menina, fazia três anos. Nesse parto eu estava bem sozinha, o marido dela estava viajando, e quem tinha ido lá me chamar foi o vizinho, que em seguida foi buscar a mãe dela para acompanhá-la. Nisso o parto progrediu e eu estava sozinha com um neném nascendo e com mais três pequenininhos: um ainda não andava e dois andavam pra lá e pra cá. Aí o que eu fiz? Tinha uma caminha "meia asa", botei os três dentro da caminha e fiz o parto da mãe. Quando a avó chegou o neném já tinha nascido e estava tudo em boas mãos. No parto mesmo os maridos ajudavam muito pouco. E eu gostava bem mais quando eu ficava sozinha com a parturiente, que com o marido junto. Mas o marido sempre tinha outros afazeres ou ia buscar a mãe. Geralmente quando o marido estava junto ela ficava mais "ganjenta". Ela queria mais "ganja", queria ficar abraçada com o marido e aí não se ajudava direito, e quando eu estava sozinha não, elas se desenvolviam muito melhor. Eu era muito boa, eu tinha muita paciência, mas na hora de dizer, agora você ajuda, tinha que se ajudar também e saber como se ajudar. A gente dava

instrução como é que tinha que ajudar: não fazer força no pescoço e sim fazer força como evacuar, fazer força embaixo para o neném poder descer. E quando a gente via que não dava passo, que a bacia era estreita, que não podia nascer, aí a gente encaminhava mais cedo para o médico, para o hospital.

Depois que os partos começaram a ser feitos no hospital aí não podia mais entrar outras pessoas da família. Olha, não sei se ajudava, mas se elas insistissem muito a gente deixava entrar, muitas vezes a mãe, porque para algumas parece que confortava mais. Por uma parte pode ser bom, por outra parte talvez não. Isso daí a gente não pode nem discutir. Isso depende muito do tipo de pessoa. Às vezes ela quer, ela insiste. Algumas já não querem, eu por exemplo nunca quis. Eu não queria que meu marido estivesse perto de mim naquela hora, preferia ficar sozinha com a parteira.

Mas lembra que sempre a gente esperava a evolução natural do parto. Sim! Esperava às vezes de um dia para o outro ou até mais. Primeiro filho às vezes levava vinte e quatro horas, porque os vizinhos me chamavam rápido porque era longe. Quando tinha o primeiro sinalzinho eles corriam a me chamar e até que ela mesmo começava a entrar em trabalho de parto levava algumas horas. Isso não era tão rápido, mas a gente tinha que ter muita paciência e muita calma para ser parteira. Quem é uma pessoa nervosa, quem não sabe acalmar uma paciente não serve. A gente tem que usar, às vezes, um pouquinho de psicologia para acalmar as pacientes. E eu sempre me sentava do lado e conversava com elas. Elas ficavam gemendo, ali, e eu dizia: olha que bom, agora já passou mais uma dor, já está um passinho mais perto para o neném nascer e assim daqui à pouquinho o neném já vai nascer, já vai dar aquela alegria! Era o meu serviço o meu trabalho!

Eu tive oito filhos e amamenteei todos os oito levando eles junto a cavalo quando ia fazer parto. Levava os meus filho pequenininhos, quando eles estavam mamando. Eu levava junto e almoçava em cima do cavalo: botava o neném no peito, ele ia sugando o leite e o cavalo ia "pá-pá pá-pá, numa marcha indo embora. E o neném igual a um morceguinho pregado ali, e olha que todos se criaram. Ser parteira não atrapalhou em nada. Não! Tive oito filhos e não atrapalhou em nada. Quando estavam maiorzinhos ficavam em casa com meu marido: meu marido me auxiliava muito, era muito bom para as crianças, e cuidava bem das crianças.

Nós éramos pobres, mas era bastante gente pobre ali na região e eu não tinha coragem de cobrar os partos dessa gente que não tinha condição de pagar. Os que podiam pagar, claro, me pagavam uma taxazinha, mas quem não podia a gente atendia assim mesmo, e muitas vezes até dava alguma coisa para esses que não tinham nada. Chegava em casa de gente pobre, que não tinha nada, não tinha nada mesmo! Uma noite eu estava fazendo um parto e estava fazendo muito frio, era muita geada. Percebendo que o parto daquela senhora não estava muito

adiantado saí para atender outro parto, isso costumava acontecer. Cheguei lá, era uma casinha de barro, uma fogueira feita no chão, com quatro crianças sentadas em redor. Uma tinha só uma calcinha, outro tinha só camisinha e branco de geada na rua! A mulher estava deitada em cima de um monte de capim, com uma tira de uma manta, porque antigamente fazia aquelas mantas de roupa velha, em cima de um pedaço daquela manta e com o outro pedaço cobrindo o corpo dela. E daí a pouco o neném nasceu, e aquela manta molhou, eu tinha colocado couro debaixo, mas sabe como é que é, molhou aquela manta de baixo. E agora? O neném nasceu, ela não tinha uma roupinha de neném e branco de geada, o que eu ia fazer? Enfaixei primeiro o umbiguinho, tinha faixas comigo, peguei o paletó do homem, um paletó velho, tirei a manga fora, botei o neném dentro da manga e o outro pedaço do paletó, botei embaixo da mulher. Daí passei em casa dos vizinhos e mandei que eles levassem roupa lá e atender aquela gente, que senão iam morrer de frio.

Então eu cobrava de quem podia pagar. Eu cobrava um tanto que a gente hoje não sabe nem dizer o quanto valia. Aquele tempo era um valor que a gente calculava, baseado em quem tinha porcos, quando vendia o porco ou a banha. Por exemplo: uma lata de banha era o que eu cobrava, o equivalente, mas aquele dinheiro era pouco, aqueles cem "réizinhos", aquela nota vermelhinha, que eu nem sei quanto é que vale se comparar com o dinheiro de agora. Era pouca coisa que eu cobrava e muitos partos eu fazia de graça. Não podia pagar como é que eu ia cobrar? Eu tinha que ajudar.

Minha casa tinha seis quartos: um onde eu dormia e tinha cinco quartos menores. Muitas vezes as parturientes que moravam mais longe, do Costão da Serra que ficava a uns vinte ou vinte e cinco quilômetros de distância, eu já mandava vir antes. Às vezes ficavam um mês aqui na minha casa. Esperando neném elas ficavam aqui comigo. Eu dava tudo para elas! Sim, e nunca faltou comida na mesa! Era difícil, muito difícil, uma vez que se sentava na mesa e não tinha gente de fora comendo conosco. E nós trabalhávamos muito: o meu marido fazia roça, e quando as crianças estavam maiores ajudavam ele na roça, tratavam de tudo quanto é coisa, olhe, ninguém morreu de fome e todo mundo se criou. Se todo mundo fizesse assim, não viviam pedindo esmola. Nós éramos pobres, não tínhamos casa, fomos morar numa casinha alugada, quando nos casamos mas tudo foi se encaminhando.

Eu precisava de remédio, porque era longe de recurso e não era só parto que eu atendia. Também vinha de tudo, de tudo. Aí eu fui obrigada a montar uma farmaciazinha. Montei uma farmácia em casa, e veio uma lei que não podia ter farmácia sem ter o curso prático de farmácia. Fui à Florianópolis e fiz o curso prático de farmácia. Ia lá, pegava a minha apostila, vinha para casa, estudava, voltava lá e prestava os exames, que eram feitos no Departamento de Saúde. Depois a gente tinha que manipular remédio porque naquele tempo existia muito

remédio manipulado. Eu tinha uma menina pequena, com oito meses, e ela só mamava no peito, não queria comer. Eu queria tirar ela do peito para eu poder ficar um mês em Florianópolis, para poder aprender a fazer manipulação. Eu aprendi a fazer manipulação no Hospital de Caridade. Lá eram as irmãs que dirigiam o hospital e naquele tempo os remédios de lá eram quase todos manipulados. Paguei uma empregada que cuidou da menina, para eu poder aprender fazer essa manipulação. Voltei para casa e continuei trabalhando em parto.

E muito aqui também eu fiz, quando eu cheguei, que não era relacionado ao parto: havia muita difteria, crupe e eu sabia que Florianópolis tinha vacina. Eu ia à Florianópolis, trazia vacina, fazia a lista das crianças, marcava no domingo numa escola ou numa igreja ia lá e fazia toda a vacinação completa da difteria, da crupe. Aqui não tinha médico, tudo eu resolvia, médico mais próximo só tinha em Tubarão. Depois em Braço do Norte abriu um hospital, mas às vezes tinha médico, outra vez não tinha. Era assim, uma coisa precária.

O hospital daqui foi aberto em setenta e um, maio de setenta e um, e começou a funcionar um hospitalzinho pequeno que era do FUNRURAL. Depois foi feito um hospital maior também do FUNRURAL, porque aquele ali era muito precário, era muito ruim, daí foi feito um outro hospital. Eu comecei a trabalhar no hospital, a fazer partos no hospital. Mas eu trabalhei fazendo parto domiciliar durante vinte anos "de à cavalo". Eu fazia os partos no hospital mesmo tendo médico porque os médicos só examinavam se eu precisasse, se eu chamasse o médico, para o caso de uma cesariana por exemplo. Imagina que eu às vezes fazia cem partos sem levar uma parturiente para o médico. Às vezes passava até de cem porque passava quase um ano, sem eu levar uma parturiente para o hospital quando fazia esses partos em casa.

Quando comecei no hospital eu recebia o meu ordenado que eram dois salários, dois salários mínimos. Depois passaram para três salários, porque eu trabalhava quase dia e noite. Às vezes passava três dias e três noites sem chegar em casa. Eu não tinha horário de serviço e trabalhava onde fosse preciso, do raio X até a sala de cirurgia, lavanderia, até na costura, em tudo. Tinha que trabalhar em qualquer dos serviços que precisasse de alguém.

Mas eram os médicos que recebiam os partos mesmo sem fazer. Porque era a parteira quem fazia, só que eles recebiam porque eles eram os responsáveis, são formados, claro, são liberais, são livres. Era muito raro eles fazerem parto. Só se viesse uma pessoa escolhida, assim, que queria que fosse um médico. Mas era muito difícil porque elas preferiam que eu fizesse o parto do que o médico. Então no começo quando foi para o hospital, foi assim, uma greve, uma guerra! Não, não queriam! Queriam que eu fosse atender em casa mas eu não podia trabalhar no hospital e atender fora, então ou tem um ou tem



outro. Acho que é porque nos casos de parto elas se entendiam melhor com mulher. Mulher com mulher se entendiam melhor do que homem com mulher. Eu acredito que um pouco elas tinham mesmo era vergonha de médico porque era homem. Então elas preferiam com a parteira. Nunca tive notícia de um parteiro homem, não, eu não conheci, todas mulheres. Eu dizia para o médico: eu deixo o hospital e trabalho nas casa como sempre fiz. Ele dizia: não porque aí para o nosso hospital fica muito feio, a senhora ficar trabalhando fora e trazendo as parturiente quando necessita de médico, daí é muito ruim isso. Então assim foi feito, e o padre publicou na igreja: a partir de agora os partos serão todos feitos no hospital. Vocês agora ao invés de buscar a parteira, vocês levam as parturientes já direto para o hospital. Elas primeiro não gostaram, mas depois se habituaram e ninguém falou mais.

Nos partos domiciliares eu fazia todos os procedimentos que fosse preciso: se eu enxergava que o períneo não seguia, eu fazia a tricotomia, a epsiotomia e depois os pontos, suturava e tudo com bastante assepsia. Lavava e escovava bem as mãos, na água limpa, geralmente na água corrente. Só que naquele tempo, às vezes era até difícil ter água encanada então a gente às vezes tinha que usar até "isabelinhas". Mas era limpa, ariava tudo e quando eu chegava, eu já enxergava aonde é que estavam as coisas, e já ia mesmo me prevenindo. Tinha o costume de fazer tricotomia porque como é que tu faz uma higiene sem fazer uma tricotomia? Aprendi tudo isso no curso da Carlos Corrêa lá em Florianópolis, nós fizemos um curso muito bom, muito bom mesmo! Os nossos médicos diziam: olha, essas enfermeiras de alto padrão que hoje tem por aí, não podem nem comparar com a senhora, pelo que a senhora faz e pelo que a senhora sabe fazer. Mas não fazia muitas episiotomias porque antigamente parece que as mulheres que trabalhavam na roça tinham mais elasticidade, elas se movimentavam melhor do que hoje em dia. Elas tinham força para se ajudar, também o períneo parece que era mais elástico, elas eram umas mulheres mais formadas. Hoje em dia qualquer criança já está tendo neném, nem está formado o períneo, já está tendo neném. Isso eu acho muito errado, essas relações sexuais entre adolescentes, isso era uma coisa que não podia acontecer e não devia acontecer. E hoje em dia o governo ajuda ainda, e previne, previne, e fazem comentários que tem que usar camisinha mas nada. Parece que a relação sexual é uma coisa obrigatória e eu acho que não deveria ser assim, eu acho muito difícil porque a gente não se criou com isso.

Quando comecei a trabalhar no hospital também auxiliava cirurgias, tanto em campo como fora do campo providenciando todo o material necessário para qualquer cirurgia que se fazia no hospital. Eu sabia quando era uma histerectomia, quando era um problema de fígado, de vesícula, de estômago, apendicite, cesariana. Eu separava o material todo para cada cirurgia. No hospital a gente tinha autoclave, tinha estufa, tinha tudo

isso que eu não tinha quando trabalhava fora. Ali era tudo assim, precário. Nem luz tinha, era luz de querosene. Não tinha luz elétrica, não tinha estrada e eu trabalhei assim vinte anos. Tudo era à cavalo, mal o carro de boi passava. Tenho muitas histórias para contar[...]Eu tive oferta para trabalhar no hospital em Rio Negrinho, quando eu me formei. Para mim seria mais fácil, mas meu pai disse: não, eu quis que tu estudasse, para que você viesse trabalhar aqui em Rio Fortuna. E eu de qualquer jeito tive que vir para cá e ficar trabalhando aqui, porque não tinha outra parteira. Sim, vinte e seis anos eu fiquei dedicada a isso.

Eu não me lembro a porcentagem de cesarianas, mas aumentaram muito mais com o hospital. No início só faziam se era um parto mais difícil às vezes fazia cesariana, não tinha essa história de cesariana programada não. Cesariana programada começou mais tarde, porque vinham mulheres e diziam: nós queremos operar porque não quero parto normal, quero operar, quero marcar o dia para fazer a cesárea. E às vezes o médico entrava naquele "baralho" porque ele queria sair rápido e era cliente dele, então eles programavam para fazer a cesariana num certo tempo que não atrapalhasse. Eu não acho certo porque acho que a criança deve escolher o dia para nascer e não o médico nem a mãe. Deve esperar, mas tudo hoje é ultra-sonografia. Antigamente quando não tinha ultra-sonografia não era tanto assim porque era impossível ficar dizendo: a criança já pesa três quilos, três quilos e pouco, está "madura" pode nascer. Mas não se lembravam que muitas vezes a criança nascia pesando quatro quilos. Então eu acho que às vezes uma criança que nasce de cesariana é mais prematura não se cria tão bem como uma criança que nasce de parto normal. Porque mesmo criança de parto prematuro que se faz normalmente pelo próprio parto ela já amadurece. O pulmão dela fica mais forte, porque ela tem que se esforçar um pouco.durante o nascimento.

Parto feito por parteira ou feito por médico é a mesma coisa, porque parto é parto! Só tem uma diferença: os médicos só vinham na hora de fazer o parto mas o controle do parto a parteira fazia. A parteira ficava a noite inteira, então na hora que era para nascer, se era uma pessoa que exigia, daí chamava o médico e ele vinha e fazia o parto. Só chegavam na hora de fazer o parto. Porque o médico não tem paciência de esperar progredir um parto. Por isso eles fazem muita cesariana e pouco médico fazia o parto, daí é muito mais fácil para eles fazer cesariana. Opera rápido, sai da cabeça e eles podem atender outras coisas. Nós tínhamos um médico aqui que quando entrou na faculdade de medicina vinha todo fim de ano porque os pais dele moravam aqui, inclusive quando ele nasceu eu fiz o parto.dele. Daí todo ano ele vinha e ficava comigo na sala de parto, fim de ano ele sempre estava ali. Eu ensinei ele a fazer tudo, desde o toque até o parto mesmo. Depois que ele se formou ele fazia partos mas um dia ele disse: D. Deta,

me ensinar a fazer parto a senhora não precisa mais porque a senhora já me ensinou tudo, já aprendi, mas eu queria que a senhora me ensinasse a fazer croché. Porque a senhora pegava as parturientes, sentava lá na sala de parto e fazia croché, e não se escutava mais gritos até que o neném chorava. E as parturientes obedeciam a senhora. Eu vou lá para a sala de parto, levo um livro e elas colocam quase o céu abaixo: gritam, gritam, gritam, até que eu saio. Então eu acho que a senhora fazia uma terapia com o croché. Mas é porque eu ficava fazendo croché e conversando com elas, porque uma parturiente quer atenção, ela quer carinho. Se vem uma pessoa que se senta ali e nem liga, fica lendo, lendo, lendo, ela pergunta: porque esse homem está assentado aqui, o que ele faz aqui sem falar nada? Ela fica mais nervosa, a dor fica mais presente.

Porque a dor do parto muitas vezes é mais psicológico do que a própria dor. Se a pessoa compreende o que é a dor do parto, ela sabe se ajudar, ela sabe sofrer, porque sabe que isso não vai durar para sempre, que daqui a pouco vai aliviar, que a dor dá e passa, que Deus não fez aquilo ali para continuar sempre, sempre, sempre, e a pessoa pode agüentar. Porque dá o espaço no meio, a pessoa descansa, daí dá outra dor, aí descansa de novo. Por isso ficar do lado conversando é importantíssimo: olha que bom agora já passou essa dor, daqui a pouco vai dar outra, mas aquilo não é tanto assim, a senhora pensa que o parto é a coisa pior que a senhora vai passar nessa vida de mãe mas tem coisa muito pior. Tem filhos que são drogados, são cachaceiros, gostam de brigas e de confusão. E isso é que é dor que às vezes dura anos, não dura só duas, três ou cinco horas, dura uma vida às vezes. E elas me atendiam, compreendiam que o que eu falava era uma realidade, que o parto é uma coisa passageira. Quando passou, passou. Alegria!

Parto em casa para a parturiente acho que era bem melhor, mas para mim no hospital melhorou muito, ficou bem mais fácil, porque eu não precisava sair na chuva, no frio, porque eu estava dentro de casa. O pior era o tempo que eu enfrentava: às vezes trovada, às vezes frio que eu não sabia mais se tinha pernas, montada em cima do cavalo. Tinha que passar por dentro de rio. Eu passei muito trabalho, muito trabalho, com esse rio Braço do Norte. Às vezes com enchente, e às vezes eu já atravesssei esse rio a nado em cima do cavalo. Me colocava em cima do "lumbilho" e o cavalo ia nadando, às vezes saia bem noutra lugar, tinha que deixar a rédea solta e era arriscar a vida. Eu arrisquei muito a minha vida e sempre tive sorte. Uma vez eu estava em cima de uma balsa (tipo um barco mas puxado por arame) e arreventou o arame. A sorte foi que no outro lado, onde arreventou o arame, tinha gente e eles conseguiram pegar aquele arame e enrolar em redor do sebo, do pau. E o sebo agüentou se não nós tínhamos ido rio abaixo com barco, com cavalo, com tudo. Porque o rio estava rente com os barrancos. Eu acho que para a parturiente talvez seja até mais

fácil no hospital, porque ela esta perto do médico, e se por acaso precisar de uma urgência ela está dentro do hospital, não precisa ser transportada. Esse que é o conveniente, que é o melhor, mas não melhor do que fazer parto em casa. Mas hoje estão começando a fazer partos em casa novamente. Eu acredito que se a parturiente for bem acompanhada todo o tempo de gravidez não tem perigo. E não é risco se a parteira que está atendendo tiver consciência do que está fazendo. Ela precisa saber o que pode e o que não pode, o que ela deve fazer e o que ela não deve fazer. Quando eu fazia os partos na minha casa eu achava muito bom! Fazia aqui, na minha casa, às vezes tinha noite de eu fazer quatro partos. Tinha roupa e tudo, eu tratava delas, dava comida, acompanhava. Era melhor do que eu viajar até o Costão da Serra. Mas no fim eu já tinha um jipe velho e entrava por aquelas picadas abertas que eu podia ir de jipe. Depois andava a pé o resto do caminho, aonde o jipe não podia ir.

O trabalho das parteiras acabou por causa da medicina. Por causa da medicina foi proibido. Eu não sei, quanto mais médico aparece, a coisa parece que complica. Eu acho que é por causa da medicina, que eles não aceitam mais a enfermeira fazer parto. Mas isso pela saúde pública acho que já está mudando, não? Hoje eles deixam atender se elas tiverem faculdade de enfermagem obstétrica. Na época em que eu trabalhei no hospital eu acho que ainda não tinha faculdade de enfermagem. Tinha médicos mas eram poucos e não tiravam tempo para ficar junto com a parturiente. E os médicos, eles continuam sem paciência. Mas eu tenho fé que vai entrar enfermeiras obstetras formadas, que elas vão ter mais paciência, porque elas também têm o direito de cobrar o parto. E médico obstetra é homem, e o homem não tem paciência. Tu acha que o homem tem paciência para aturar uma criança que está chorando, chorando? Ele não pega e dá um tapa na bunda? A mãe não, a mãe acalma, tem mais jeitinho, vai acalmando. Até esses dias eu escutei que lá em São Paulo a maioria de motoristas de ambulâncias são mulheres porque elas são mais prudentes, elas cuidam melhor e elas sabem dar mais carinho para o paciente do que os homens, viu como é que é? Acho que parto é lugar de mulher. Mulher para atender mulher. O homem não ganha filho, então o homem também por direito não deve atender uma parturiente. Eu acho que não porque eles não tem aquela paciência que a mulher tem. As médicas pode ser que sejam melhores, porque eu ainda não vi uma médica fazer parto. Não, eu não via médicas aqui fazer partos, só médicos, só homens. O homem não tem essa paciência que a mulher tem de deixar ir progredindo o parto, ficar uma noite inteira deixando a parturiente evoluir e entrar em parto.

Pensar em casas de parto que não tenham aquele ar de hospital, que pareça mais como uma casa[...] Uma casa como eu tinha aqui? Eu tinha aqui, as mulheres ficavam andando por aqui. Trabalhando, me ajudando, capinando o quintal e quando

entrava em trabalho de parto examinava, olha está em trabalho de parto, pronto. Aí eu dava um banho nela, aprontava e ficava esperando. Ficava andando por ali, eu ia cozinhar, eu ia lavar as roupas, fazendo as coisas e elas ficavam do meu lado. E eu via quando dava uma dorzinha, via como é que estava progredindo, já pela dor, eu sabia mais ou menos como é que estava a dilatação. Elas ficavam aqui e ajudavam a fazer comida, como se elas estivessem em casa. E cuidando das minhas crianças quando eu saía. Quando ganhavam o filho depois de vinte e quatro horas iam embora. No tempo em que eu tinha jipe, às vezes eu levava elas embora para casa, ou o meu marido levava. Eram minhas clientes, minhas amigas. Quando eu estava aqui em casa e tinha parturientes às vezes vinha alguém me chamando e não era tão longe. Aí o meu marido já ficava de prontidão, se alguma comesse a sentir, meu marido ia atrás de mim, me chamava de volta. E se não, quando eu saía, eu perguntava: vocês estão todas bem ainda? Ninguém está sentindo nada? Não, ninguém está sentindo nada. Eu vou lá atender e se demorar muito eu venho aqui em casa ver vocês, para ver se está tudo bem. Se entrasse em trabalho de parto a noite, não tinha problema, não acordava ninguém da casa Fazia os partos de noite. Meus filhos, como eu tinha uma casinha anexa a minha, antes da garagem, botava meus filhos a dormirem ali. Era um poiolzinho que tinha ali, eu botei umas camas ali e as crianças de noite dormiam lá para as parturientes poderem dormir aqui dentro de casa. E não acordava ninguém porque eu nunca deixei elas gritarem muito, sempre conversava com elas e elas me atendiam. Dizia que a criança não sai pela boca. Não adianta vocês gritarem para sair pela boca, tem que fazer é força para baixo. Dizia, se acalma, porque o mundo não vai se acabar e nem a criança pode sair pela boca porque a boca é muito pequena e a cabeça não passa. Olha, eu conversava com elas, e elas me atendiam!

Eu quero contar um fato que aconteceu em Tubarão. Eu tinha marcado uma consulta e estava esperando quando de repente veio uma parturiente: tinha um médico ali e parecia que ele não sabia muito bem fazer cesariana, e tinha uma outra parteira que também não era muito bem uma parteira. Chegou uma mulherzinha bem fraquinha, bem amarelinha gritando: ai, me opera, me opera, eu vou morrer, me opera. De repente abriram a porta e me viram, e todo mundo veio me abraçando e falando: graças a Deus D. Deta que tu chegaste! Então eu perguntei: o que está acontecendo? Disseram: essa mulherzinha, nós não sabemos mais o que fazer com ela! Aí eu olhei bem para ela e disse: a senhora quer saber de uma coisa? a senhora está bastante fraca e se for operar corre o risco de morrer. Agora, se a senhora se ajudar é só umas duas, três dorzinhos e o neném vai nascer. Eu vou deixar a senhora bem calminha agora, a senhora descansa bem, vamos fazer um sorinho para a senhora ficar mais forte, vamos fazer uma injeção de vitamina na veia, e daí a pouco eu vou fazer uma injeçãozinha na senhora e a

senhora se ajuda bem, o neném vai nascer e a senhora vai ficar feliz. Ela já criou força, já criou cor, só de conversar com ela. Eu disse a ela: a Sra. não vai nem agüentar a anestesia e se a senhora descansar um pouquinho, daqui a pouco, fazendo uma forcinha, o neném vai nascer. Porque já estava quase nascendo, já estava com dilatação completa, a cabecinha já estava aparecendo. Era só ela se ajudar, mas ela não queria se ajudar, não queria se ajudar de jeito nenhum, porque tinha que operar, tinha que operar! Não entendem que parto normal é muito melhor porque a natureza agiu e parto é a mesma coisa que pessoas[...] tem mulheres que quando tem as regras, não podem lavar a cabeça, não podem tomar banho, não podem molhar o pé Todo tempo eu estava criando filho, fazendo parto, ou eu estava grávida, ou estava com neném pequeno. Os meus filhos nasciam, às vezes não tinha vinte e quatro horas e eu já estava fazendo parto de novo. Eu ganhava o filho, no outro dia eu me levantava, tomava banho, dava banho no neném, às vezes me deitava um pouquinho para descansar, ia lá para o fogão fazer comida. Porque parto normal não tem nem comparação com cesariana, é muito melhor! Eu fiz meus oito partos normais, eu não tive uma cesariana, eu nem sei como é.

E olha que eu me sinto feliz. O dinheiro não vale, o que vale é a gente ter, assim, um prestígio, uma honra, o dinheiro não faz a pessoa feliz. Pode ajudar na felicidade um pouco, mas a gente tem que ter Deus no coração, tem que ter humildade, tem que saber fazer caridade. Se tu faz uma caridade, um bem para uma pessoa, tu não se alegra depois que tu fez? E é bem isso, aqui todo mundo me conhece! Pergunta ali em Braço do Norte, pergunta lá no Rio Sete, lá em São Bonifácio, por tudo aqui se alguém conhece a D.Deta de Rio Fortuna, a parteira, todo mundo conhece. Se não conhece pessoalmente, mas pelo trabalho já ouviu falar. Estava em Joinville com minha neta que vai ser aeromoça e alguém me disse que conhecia muito o Dr. Miguel, e eu então falei: eu vi o Dr. Miguel antes que a mãe dele visse. Ele olhou para mim e disse: Como? É porque eu fui a parteira que fiz o parto dele, então eu não vi antes que a mãe? Aí ele começou: será possível que eu vou ter a honra de conhecer a parteira do Dr. Miguel? Eu disse: é essa velha aqui mesmo!

Em casa, na roça.as mulheres trabalhavam, faziam força até a última hora. Às vezes estavam na roça e começavam a entrar em trabalho de parto, vinham para casa, enquanto um já vinha correndo me chamar. Porque a mulher que fica o tempo da gravidez só sentada, não se movimenta, tem um parto mais difícil. Não tem nada melhor do que uma parturiente trabalhar, se movimentar, fazer os serviços normais como sempre. Tem mulher que quando está grávida, acha que não deve fazer mais nada, que tem que ficar ali, nove meses esperando o neném. Não é assim, esperando o neném. Isso só prejudica, tem que fazer o serviço diário, o que está acostumada a fazer. Olha, eu fazia de tudo, eu nunca parei. Eu ia pra roça, montava no meio da

cangalha, pulava pra baixo, na verdade, eu nunca tive ameaça de aborto. Às vezes tinha um cavalo muito louco, então ele começava a pular, pular, ao redor de mim, e eu não podia andar, eu "apalanquiava" ele no sebo, e subia em cima da cangalha abria o cabresto e soltava ele. Ele com o cargueiro cheio de "prato" e eu no meio da cangalha, às vezes grávida, barriguda em cima do cavalo. Eu viajei à cavalo até a ultima hora da gravidez e nunca me fez mal. Eu me aposentei com cinquenta e dois anos, e não queria me aposentar, chegou o tempo antes que eu esperava. Mas aí eu fiquei trabalhando ainda dezesseis anos no hospital, fazendo parto e trabalhando no hospital e em tudo, porque não acharam ninguém que me substituísse. No final eu fui fazer uma viagem, fui para os Estados Unidos e fiquei um mês e meio por lá. Depois que voltei fiquei ainda uns dois meses lá e depois saí definitivamente. Eu vou lá no hospital ainda hoje às vezes quando tem muitas cirurgias, ou como voluntária ajudar um pouco. Porque o hospital, aquela casa lá é minha. Aquela casa eu ajudei a fundar, desde o começo, desde a primeira fronha de travesseiro fui eu que fiz. Antes de abrir o hospital, um mês inteiro eu costurei roupas de cama para o hospital. Depois nós trabalhamos dia e noite, nós não tínhamos horário para trabalhar. Não importava nem como salário, nunca pedi aumento porque eu queria mesmo que esse hospital ficasse um hospital do povo. O hospital é da Fundação Médica Social Rural. Esse hospital, eu sempre digo, é um hospital familiar, porque é tudo gente daqui que trabalha ali dentro, os médicos e todo o pessoal são todos conhecidos que trabalham ali dentro, então é uma família. Também não tem aquele rigor que tem em outros hospitais. Muitas vezes queriam fazer aquele rigor, de não deixar ninguém entrar dentro do hospital quando não era hora de visita e eu sempre deixava. Dizia para eles: por acaso se vocês vão à Florianópolis, chegam lá, tem um parente lá internado, não chegou bem na hora, não deixam entrar, vocês voltam felizes? Às vezes tem pessoas que não tem horários de serviço muito certo e não podem vir na hora de visita marcada pelo hospital.

Quero contar uma história, porque desde cedo me interessei em ser parteira. Contava-se aqui que as crianças vinham das tocas de bananeira, das tocas de pedras, dos pau oco. Era assim que os pais explicavam para as crianças. Hoje em dia a coisa é diferente, mas naquele tempo tudo era muito escondido. Eu tinha uns quatro cinco anos, acreditava e brincava que eu era a parteira. Meu Deus eu ficava feliz: eu sentava no pasto em cima de uma cela velha ou num pau, botava a boneca no braço e ia levar esse neném pra uma mulher aqui, outra mulher lá, era assim, como é que pode! Daí, eu queria saber essa história, sempre estava alerta para essas coisas. E imagina que adulta, já parteira mesmo, um caso aconteceu: eu fui fazer um parto numa vizinha e quando eu ia passando em frente a outra casa uma jovem mulher me chamou e disse: D. Deta, eu

queria que tu também viesse trazer um neném para mim um dia desses[...] Eu perguntei há quanto tempo ela estava grávida, ao que ela respondeu: desde que eu casei. Como, perguntei: tu já está há mais de dois anos casada, eu disse pra ela. Então eu tenho que te examinar para ver quanto tempo tu estás grávida, como é que eu vou saber isso. Aí eu fui examinar ela e descobri que nem relação sexual eles tiveram! Aí eu disse: olha menina isso é diferente, o neném tem que sair de dentro da sua barriga, tem que se criar, tem que ficar nove meses ali dentro. Aí eu disse, você e seu marido tem que ter relação sexual, sua mãe nunca te explicou nada, você nunca viu falar nisso? Então com muita paciência tive que explicar tudinho para a jovem. Olha, onze meses depois foi tudo de verdade, eu fui lá fazer o parto dela, daí nasceu o neném. Imagina que ela acreditava, pois a mãe dizia que encaixava na toca de pedra o neném e a parteira trazia, e o marido dela também, não sei o que pensava.. Falavam essas bobagens para as crianças. Eu não sabia sobre essas coisas mas depois quando eu estava maiorzinha, quando a gente tinha uns dez, onze anos, aí já ficava sabendo, claro. Sabendo mas ainda era tudo meio esquisito, porque mãe nunca falava, a gente é que conversava entre si mesmo. A gente via quando a mulher estava grávida e quando ganhava o neném e tudo. E as parteiras a gente aí a gente conversa era um pouco diferente. Não sabia nem o que eram as regras quando vinham pela primeira vez. Tinha crianças, tinha meninas, que meu Deus do céu, quase ficavam loucas quando chegavam as regras. As mães não falavam nada. Começava a sangrar e sangrar e não sabiam o que era isso, achava que era uma doença perigosa ou alguma coisa assim. Todas as pessoas de uma certa forma, tinham muita vergonha[...] Vergonha, vergonha, eu tinha vergonha do meu pai, para pedir a ele para eu poder estudar para parteira eu tive vergonha, mas como eu tinha muita vontade, eu acabei falando. Mas ele achava que era uma coisa muito ruim, muito difícil, mas fui e aprendi. Ah, muito difícil, Deus do céu, como era difícil! Hoje os tempos são outros hoje é demais o que era de menos. É os colégios, a televisão[...] Na televisão explica demais, essas novelas, é só relação sexual, só relação sexual. Não tem mais uma novela bonita, eu até nem gosto de assistir, eu não assisto. Eu assisto bastante a Rede Vida, que ali tem coisas boas. Eu assisto de manhã, assisto de noite, e fico fazendo croché.

Era difícil até para nós começarmos a fazer partos no início porque a gente era muito jovem. Elas tinham vergonha, até uma senhora um dia me disse: mas eu tenho vergonha, a senhora uma mocinha e eu uma velha a arreganhar para uma mocinha nova. Eu disse: a senhora nem pense em se esconder, porque eu sou novinha, mas sou parteira, eu sou formada, e eu sei trabalhar, porque aqui não tem idade não tem nada. E naquela época iam tendo filho, não tinha preocupação como hoje. Eu fiz o parto de muitas senhoras de mais idade, uma com



cinquenta anos de idade ganhou o neném. Com quarenta e nove eu fiz um parto dela e pensei que era o último porque ela tinha uma turma de doze ou treze, eu pensei, de certo agora é o último. Onze meses depois eu fiz mais um parto, ela estava com cinquenta anos. e nasceu um neném bonito, forte, normal, tudo normal. Quando os médicos começaram a fazer partos naquele tempo, meu Deus, um homem[...] a mulher perto do marido nem a roupa tirava. Relação sexual era no escuro e nem tirava uma roupa e Deus o livre se trocava a calcinha perto do marido ou o marido trocava a roupa perto da mulher. Ninguém ficava sabendo, era tudo na escondida. Eu saí do interior com dezessete anos cheguei lá na maternidade e encarei tudo com muita naturalidade, parece que era para ser para mim. Agora os tempos são outros e a verdade é que tudo muda[...]

### **TEREZINHA DO MENINO JESUS PEREIRA**

D. Terezinha nasceu em Jequitáí no dia nove de maio de mil novecentos e trinta e cinco, aonde vive até hoje. Fez apenas o curso primário e enfrentou uma dificuldade extra na vida: não se casou e teve quatro filhos educando-os e encaminhando-os na vida sózinha. Esta era uma situação pouco comum para a época, uma mulher não se casar e assumir ter filhos. Estudou todos os filhos, o que a deixa muito orgulhosa porque não foi sem muitos sacrifícios conforme ela mesma conta.

Mas ela sempre recebeu o apoio da comunidade da pequena Jequitáí porque não só dedicou sua vida aos interesses particulares, mas foi também uma mulher que sempre lutou pelo bem estar das pessoas principalmente os menos favorecidos. Na região norte mineira “Dona Tereza de Jequitáí” é um nome bastante conhecido, marcado por dois fatos: ser parteira, além de dedicar-se à política lutando sempre por melhores condições de atendimento às pessoas.

Elegeu-se vereadora por três mandatos ocupando o cargo de presidente da câmara, sem nunca abandonar seu principal ofício: fazer partos. Continua trabalhando até hoje na área de saúde só que agora não pode mais fazer o que sempre gostou: partos.

Na tarde do dia treze de novembro Dona Tereza me recebeu prontamente para a entrevista, com seu jeito calmo de falar, e uma doçura expressada pelos belos olhos esverdeados, cuja cor oscila quando as lembranças a deixam emocionada ou indignada. Porque ela se indigna com a maneira como se atende as pessoas hoje: sem nenhuma humanidade.

Caminhou comigo um pouco pela rua mostrando-me o local onde houve um tempo em que ela realizava os atendimentos. Como não podia ser diferente, nesse pequeno trajeto, ela foi saudada respeitosamente por duas crianças que “tomavam a benção” da madrinha. Disse sorrindo que não tem mais noção do número de crianças que já batizou. Ao final da minha visita ela pediu-me que entrasse em contato com ela novamente até por carta mesmo, porque gostaria de dizer mais coisas, talvez esquecidas pelo fato dela não estar muito bem de saúde há dois anos.

**EU ACHO QUE SENDO UM PARTO NORMAL EM CASA GANHA, NO HOSPITAL GANHA, EM QUALQUER LUGAR GANHA E NÃO PRECISA SER SÓ MÉDICO NÃO.**

Eu aprendi a fazer parto por uma necessidade mesmo: estava indo daqui para Montes Claros, eu estava grávida de dois meses de um meu filho que mora fora, e fui levar uma gestante para Montes Claros. No caminho ela deu à luz um garoto, num lugar que até me esqueci o nome, mas foi daqui para Montes Claros. Ela ganhou o menino comigo e dessa época em diante eu não tive mais medo não tive mais pavor de parto. Então eu fui para Paracatu e fiquei lá durante três meses fazendo curso de parteira e daí em diante não parei mais. Me lembro muito bem até hoje quem me ensinou: Reni. Ela era enfermeira formada, sabe, enfermeira formada e trabalhava pelo SESP. Reni e outras mais que faziam parto lá, eu aprendi muito bem.

Quando voltei para cá fazia os partos à domicílio, porque não tinha lugar de fazer. Eu trabalhava em duas salinhas pequenas porque até aí não tinha posto de saúde aqui, não tinha recurso nenhum. Aí eu trabalhava em duas salas. Veja que essas duas salas eram na casa de um moço que chama Semeão, então eu fazia atendimentos lá, menos os partos, que eu atendia nas casas das mulheres. Era eu e o Antônio, o Antônio era um auxiliar de saneamento. E ele ficava enquanto eu saía, ele ficava no postinho, nessas duas salinhas. Ele não fazia partos, quem fazia parto era só eu. Lá na casa do Simeão funcionava como um posto muito, vamos dizer, miserável porque não tinha nada. Eu saía e fazia os partos nas casas.

Teve uma vez que uma parturiente que deu hemorragia, foi uma placenta “creta”, e na mesma hora chegou um rapaz com o pé cortado com o machado, um corte muito grande, precisava suturar e só eu fazia esse tipo de trabalho. Eu deixei a parturiente com os pés da cama levantados depois da dar efortil, porque a pressão tinha caído, deixei ela com uma auxiliar, minha auxiliar, que era uma faxineira, deixei ela e vim socorrer o rapaz. Dei os pontos correndo, mandei fazer uma

benzetacil no rapaz e fui providenciar um carro para pegar a parturiente e levar para o hospital, e fui com ela para Pirapora. Chegando em Pirapora ligaram um soro nela logo, retiraram a placenta, e a hemorragia parou. Mas foi muito difícil para mim esse dia. Muito difícil. Imagina que esse parto foi logo no começo, foi logo que eu iniciei como parteira e não tinha onde fazer parto, não tinha.

Eu me lembro que comecei a fazer partos aqui em mil novecentos e setenta e um. Nessa época não tinha hospital aqui e não tinha médico. Quando chegava a vir médico aqui vinha aos domingos, e eu ajudava os médicos que vinham, fazia as fichas, organizava o atendimento. Porque eu comecei mesmo a fazer partos com mais de trinta anos, trinta e poucos anos. Mas eu já atendia na área de saúde. Até então tinha uma parteira que atendia aqui, inclusive foi ela que fez meus partos, chamava Dona. Bela, já. morreu. E tinha uma velha, essa que me pegou, sabe, chamava Tereza. Dona. Tonha também fazia parto, não me lembro de mais nenhuma. E eu sempre me interessava, ah é curiosidade, gostei, curiosidade.

E quando eu fazia os partos domiciliares, eram feitos no quarto da parturiente. Ela ficava deitada e encolhia as pernas, e eu muitas vezes tinha até que subir na cama, para fazer o parto. Mas quando a cama era larga e tinha altura, eu botava ela atravessada na cama e sentava numa cadeira, num tamborete. Aí ficava melhor para mim. Ela com as pernas encolhidas encostada, e assim eu fazia até episiotomia. Eu aprendi a fazer episiotomia no curso. Mas não fazia episiotomia sempre porque muitas vezes já era parto de segundo e terceiro filho, e já não precisava mais porque o períneo já tinha elasticidade. Eu tinha material, tinha todo o material. em uma caixa. No postinho tinha todo o material. Tinha o material, tinha o fio, tinha a caixa. Minha caixa era toda organizada com as ferramentas todas, as pinças, tesouras, etc. Às vezes ficava na casa delas muito tempo porque eles me chamavam com muito tempo de antecedência, e demorava e eu não saía porque ficava com pena de sair e deixar a mulher desamparada. Elas ficavam me pedindo para não sair e eu não vinha embora. Nosso Deus era ruim isso, porque eu tinha a minha casa, os meus filhos. E depois a miséria das casas, só vendo para entender como era difícil fazer parto domiciliar. Foi bom depois que o posto era aqui do lado, bem perto da minha casa. Aí era bom, tinha a sala de parto, tinha mesa, tinha tudo, era bom demais. A gente faz parto em casa mas não é bom não, não é bom por causa de posição e tudo. Em cama é muito ruim, mais difícil, suja muito, aquela bagunça danada, não dá. As mulheres mesmo não queriam muito fazer em casa, preferiam aqui no postinho comigo. Não, muitas delas não gostavam. Nesse postinho eu já cheguei a fazer até quatro partos em uma noite, imagina se fosse domiciliar como ia ser? O problema é que a gente não tinha cama que desse para todo mundo então eu botava na cadeira do dentista, no consultório.

Tinham dois consultórios, então eu usava esses consultórios como um pré-parto. e na cama lá dentro.

Agora, tanto em casa no postinho ou no hospital eu tinha a mesma opinião: podia andar à vontade porque não atrapalhava não, não atrapalha, é bom para elas. Quanto mais anda, quanto mais ela tem atividade, mais desenvolve o parto, é melhor para elas. E só eu que fazia partos aqui, fiz bem uns dois mil partos, por aí. Assim quem comandava era eu, e homem fazendo parto nem pensar, eu não conheci nenhum parteiro, não fazia mesmo.

Posso dizer com certeza que muita gente daqui nasceu pelas minhas mãos. O importante que eu acho e que me faz sentir muito bem, mas muito bem mesmo, é que nunca graças Deus, nunca, nunca, nunca, morreu uma mulher na minha mão! Quando eu via que o parto não era parto para mim, eu punha num carro, e levava para o hospital. Teve muito parto complicado que eu lutei com todas as forças para salvar a mulher e o filho e graças a Deus conseguia. As complicações eram sempre hemorragia, menino atravessado, menino de nádega. Mandava para o hospital e muitas vezes ia junto, para Pirapora, levava para o hospital. Levava para o hospital porque a gente só pode chegar até um determinado limite: passou desse limite entrega para quem tem condições de resolver, de fazer.

Muito bom, muito bom! Nosso Deus, muito bom, muito bom mesmo. Todos os partos que eu fiz, tanto em casa como no postinho, essas mulheres nunca pagaram. Eu ganhava da prefeitura no início e depois passei a ser funcionária do Estado. Fora isso não tinha remuneração nenhuma. E tanto o que eu ganhava da prefeitura quanto do Estado era um salário muito baixo, era o salário mínimo. Então se fosse trabalhar só pelo dinheiro não valia a pena tanto sacrifício porque se ganhava muito pouco. Tive ganho de reconhecimento das pessoas isso sim. Tive e tenho até hoje. Olha, pelo menos essas minhas candidaturas, foi uma conquista. Foi uma conquista delas, foram elas que me elegeram. É um reconhecimento do meu trabalho. Gratificante, gratificante, é reconhecimento do meu trabalho.

Trabalho de parteira é importante demais, coisa muito séria, muito importante para a sociedade! Eu deixei de fazer partos há dois anos depois que eu adoeci, eu sofri derrame, estive internada em Montes Claros, durante quatro dias, em julho do ano passado. Então até o ano passado eu fazia parto. E faço a qualquer hora que aparecer, e só não faço atualmente porque eu não sei se é a secretária de saúde que tem medo, ou qualquer coisa assim, então não me deixa mais fazer. Uma interferência da secretária de saúde, ela não quer que faça parto aqui. E outra coisa, a sala do hospital é miudinha, é muito pequena. A sala que tem lá só cabe mesmo a cama e um armário. A não ser que chegue já ganhando o neném, aí a gente faz o parto do contrário não. E outra coisa que eu acho, é que o médico tem eu não sei se é medo ou se é falta de confiança,

eu não sei o que passa pela cabeça dele, que ele acha que deve mandar tudo para o hospital e que lugar certo de ter o filho, de ganhar o filho. é só no hospital. Eu acho que sendo um parto normal, em casa ganha, no hospital ganha, em qualquer lugar ganha, e não precisa ser só médico não. E depois acho que tem uma coisa que atrapalha muito nos hospitais que é muita norma rígida, ninguém compreende ou tenta ser mais aberto e isso é muito desumano nos hospitais. Eu francamente não sei. porque foi acabando o trabalho das parteiras, porque ajuda muito as mulheres e ficou coisa proibida. Porque ajuda bastante, ajuda bastante.

Aqui quem faz pré natal é um médico de Montes Claros. Trabalha aqui mas mora em Montes Claros, vem atende aqui e volta para lá. E atende tudo não é só atendimento às mulheres, revezam o atendimento noturno revezam entre eles. E contanto que dê a cobertura para a semana inteira. está tudo resolvido. Tem uma médica ginecologista, que colhe material de colo de útero e faz pré-natal também, é uma ginecologista, ela só atende às terças feiras. São muitas mulheres para fazer o pré natal, às vezes fica difícil. Depois na hora de dar à luz vão para Montes Claros ou Pirapora, então dá para imaginar a dificuldade. E continuamos a não fazer partos aqui, a sala do hospital muito pequenininha, e a secretária de saúde não tem nada na cabeça porque a sala é uma porcaria. Aqui em Jequitaiá tem uns 10 mil habitantes e o hospital é pequeno, tem seis, sete leitos, mais uma unidade mista. Imagina o que é viajar mais ou menos 100 Km até Montes Claros para fazer o parto. E tem que arranjar carro por aí porque ambulância aqui não tem, a secretária de saúde providencia carro. A mudança é muito grande porque até o ano passado elas ficavam aqui e eu fazia o parto, só se a mulher tivesse alguma complicação eu mandava para o hospital como sempre fiz. Aqui está funcionando equipe do Programa de Saúde da Família, acho que tem pelo menos uma equipe de PSF mas não faz pré natal.

Eu mesma acho que nunca tive assim um contato com médico obstetra, nunca teve um aqui. Sempre trabalhei sozinha praticamente e fazendo encaminhamentos nas coisas que precisavam ser encaminhadas. Teve um médico aqui que eu trabalhei junto com ele muito tempo, Dr. Santiago. O que ele sabia em termos de medicamento, de parto e de tudo ele passava para mim. Ele era, aliás é muito bom. Ele trabalha hoje em Claro das Poções, está em vista de voltar para cá de novo. Ele me ensinou muito, ele passou muita coisa para mim, muita coisa mesmo. Nessa época a gente podia fazer medicamento porque não tinha o tabu que tem hoje. Hoje você não pode dar medicamento nenhum, não pode. Mas nessa época podia, aqui não tinha médico, não tinha quem resolvesse nada, quem fizesse nada. Unicamente eu! Só tinha eu que fazia as coisas. Porque não era só parto não, eu resolvia tudo na unidade, tudo, tudo! Pois no caso de dar uma infecção, um tétano algo assim, fazia logo uma benzetacil, ou um anatoxe tetânico, que às vezes resolvia

muito pouco mas resolvia enquanto não encaminhava. Picada de cobra por exemplo eu perdi as contas do número de atendimentos. De cobra, nosso Deus! Eu me lembro que levei uma menina para Várzea da Palma, meu Deus do céu. A menina foi picada de cobra, era muda, não sabia falar nada, não sabia nada. Eu peguei essa menina aqui botei num jipe, para levar para o hospital em Várzea da Palma, mas infelizmente chegando encima da serra ela morreu. Falta de quê? Falta de recurso. Ah, sofri muito!

E infelizmente não tenho visto muita coisa boa na saúde, acho que anda péssima. Eu vejo a saúde péssima, porque hoje, na porta do hospital aqui o povo vai e volta sem uma palavra de conforto, e por isso eu falo que é péssima. Hoje as pessoas não se importam com os outros, no cuidado, no conversar com a pessoa. O pessoal, o povo fala que no meu tempo eu tinha autoridade para falar com o pessoal, para dar um jeitinho para eles, que não tinha tanta falta de consideração e de compreensão que tem hoje. Porque chegava um com uma criança passando mal eu dava um jeito, levava. Fazia o que fosse possível, conversava com as pessoas. E assim as pessoas colaboravam também e no fim não tinha esse acúmulo de gente que tem, essa falta de humanidade que existe hoje não. Olha, eu acho que aconteceu é que o médico é muito egoísta, ele gosta muito de dinheiro, e é onde tira a possibilidade da parteira trabalhar, do povo trabalhar. Hoje, muitas vezes quem estuda só estuda pensando em ganhar, em ganhar. Vou fazer isto, porque isto me dá tanto lá na frente, não pensa no pobre, no menos protegido aqui da terra não. Não pensa nisso. Só pensa no dinheiro. Só o dinheiro é que vale. Só o dinheiro é quem fala mais alto. Por isso é que muitas vezes o médico estuda e no convite dele tem aquele negócio de[...]como é que fala, juramento, o juramento dele fala alguma coisa como não cobrar dos pobres. Que nada! Que não cobrar de pobre coisa nenhuma! Pobre é que se lasque, pobre é que se morra na porta de hospital, na porta de onde seja porque eles não estão ligando pra isso não, eles querem é dinheiro. É dinheiro que eles querem. Não pensam em outros tipos de ganho, do amor ao que se faz, não pensa em nada disso, nada disso.

Eu tenho muito orgulho de ser parteira e digo que hoje falaria para as jovens que quisessem ser parteira de verdade: treinar, ter vocação, muita vocação mesmo, ter paciência, raciocínio rápido, ter raciocínio rápido, é importantíssimo porque ela tem que saber decidir sem muitas dúvidas. E ser uma pessoa humana, ser humana e sofrer junto com as pessoas que estão sofrendo, sofrer ali junto. É isso que é preciso. Vocação é ela sentir vontade de fazer as coisas, por exemplo de ser parteira, ela tem que sentir vontade, tem que sentir prazer de estar ali junto com aquela mulher, não é rir da cara dela: é aproximar, é conversar, é confortar a pessoa, é isso que deve ser feito. Por qualquer profissional é isso que tem que ser feito.se tiver vocação.

Como eu já disse eu fiz o curso de parteira com uma enfermeira em Paracatu, depois aqui em Jequitaiá passaram algumas enfermeiras, mas não sei bem, eram diferentes. O relacionamento foi bom porque eu toda vida fui muito passiva, sempre aceitei tudo, sempre aceitei, fui passiva demais, não pode não pode, sempre fui assim. Elas(as enfermeiras) vinham para morar aqui.mas não ficavam muito tempo. Eu continuava a fazer os partos, elas sabiam e não tinha problema. Aqui teve também estagiário de medicina,<sup>⊗</sup> de Belo Horizonte, da UFMG. Teve muitas duplas aqui, muitas mesmo. Eu fazia parto junto com eles, ensinava para eles. Já fui inclusive fazer uma palestra lá na Universidade em Belo Horizonte, na UFMG. E durante algum tempo viajava para o Vale do Jequitinhonha para ensinar parteiras de lá. E tem uma menina aqui que aprendeu comigo, Maria, que aprendeu comigo, mas não faz, não pode mais, acabou-se o tempo em que se ensinava e aprendia a fazer parto assim.

Mas de toda maneira eu ajudei muita gente nesse mundão de Deus, era uma alegria apesar de ser muito difícil. Fico me lembrando: o marido sempre atento ali para o que precisasse, agora as crianças[...]Eles escondiam muito das crianças as coisas, mas quando nascia, a criança ia toda olhar. Era muito bom, era tão bom. Eu ia atender na região toda. Ah meu Deus do céu morava mais na rua do que na minha casa, mais na rua do que na minha casa! Meus filhos cresceram praticamente só. E outra coisa para se ver.como era minha vida: eu fazia parto e tinha pensão. Ah, meus filhos, não sei não, foi uma vida muito difícil. Mas eu venci e tenho saudade daquele tempo, saudade mesmo. Já cheguei a fazer parto aqui em casa também, não era aqui nessa casa, era nessa casa de frente que eu morava. Mas já cheguei fazer isso também. E ajudava muito também porque era miséria mesmo. Então eu dava muito lençol, roupa minha,coisas que elas não tinham quando ganhavam criança. Olha pra ser sincera eu acho que ganha muito pouco, a gente ganha muito pouco, não ganha quase nada, para esse órgão que a gente trabalha, o Estado. Mas o que você faz é tão grande, tão bom, tão bom, que parece que o que você ganha aumenta tanto que não tem nem condições de entender, é uma recompensa. É realmente eu sinto muita saudade de tudo, e eu espero que vocês consigam fazer novas parteiras e que modifiquem essa saúde e conserte tudo para o povo não sofrer tanto. Porque sofre muito o povo, sofre muito. Eu acho que tem que mudar, tem que mudar, e deixo meu abraço para todo mundo que abraça essa causa com muita garra, com muita coragem, e que essa causa seja um triunfo para todo mundo.

---

<sup>⊗</sup> Estes estagiários vão para toda a região norte mineira em um programa de interiorização da UFMG através de um convênio com as prefeituras interessadas. Funciona até os dias de hoje e chama-se ProjetoManelzão.

## MARIA CARDOSO DE OLIVEIRA

Ela possui o jeito simples e ao mesmo tempo forte daquelas/es “barranqueiras/os” que sabem lidar com as “intempéries” da vida em todos os sentidos: como aqueles pequizeiros fortes que desafiam a seca. Nasceu em Pirapora /MG no dia vinte e dois de fevereiro de mil novecentos e quarenta e oito filha de pais pobres, separados. Sua mãe, ao unir-se ao Sr. Otacílio Lis Vargas já era viúva e trazia consigo para essa união dois filhos.

A mãe, Aselina Cardoso de Souza, funcionária da Companhia de Navegação do Rio São Francisco, chegava a ficar até seis meses ausente de Pirapora, trabalhando como cozinheira em vapores que faziam o trajeto navegável do rio São Francisco, de Pirapora à Juazeiro na Bahia. Ficava então a pequena Maria aos cuidados da avó que veio a falecer quando ela era adolescente.

No início dos anos sessenta ela foi matriculada pela avó em uma escola considerada uma das melhores do ensino público na cidade, Escola Estadual Santo Antonio, (chamava-se grupo escolar nos anos sessenta) no mesmo bairro em que ela nasceu e vivia à época. No ano seguinte fez prova de “admissão” para o Colégio Nossa Senhora do Santíssimo Sacramento e obteve aprovação.

Nesse colégio conheceu Irmã Vicência, que trabalhava com enfermagem, e o seu exemplo de carinho, dedicação e conhecimento, despertaram em Maria Cardoso o interesse pela enfermagem. Concluiu o primeiro grau em mil novecentos e setenta, e logo a seguir, através da amiga Marlene de Jesus Coutinho conseguiu vaga no Curso de Auxiliar de Enfermagem de Cataguazes/MG, abandonando o segundo ano do curso normal na Escola normal Madre Lisaura de Cristo Rei em Pirapora.

Desde o início do projeto planejava entrevistar dona Maria Cardoso porque ela é muito respeitada em Pirapora pelo seu desempenho em obstetrícia, e até recentemente fez partos. Acho que profissionais como Dona Cardoso só não fazem mesmo mais partos por causa da proibição do COREN, e apesar do seu discurso ser favorável a que só o médico faça partos, na prática isso causa um certo sofrimento, uma certa indefinição de papéis.

Ela aceitou prontamente participar, já trocamos cartas com mais detalhes e por intermédio dela tive a grata satisfação de conhecer e entrevistar Maria de Oliveira.



**ENTÃO OBSTETRÍCIA É UMA CAIXINHA DE SEGREDO, NINGUÉM SABE TUDO NÃO. SE ALGUÉM FALAR COM VOCÊ QUE É A MELHOR PARTEIRA EU DIGO QUE É MENTIRA, PORQUE OBSTETRÍCIA CADA DIA QUE VOCÊ FAZ VOCÊ VAI APRENDENDO MAIS. É UMA ESCOLINHA, VOCÊ ENTENDEU, É UMA ESCOLINHA!**

A coisa que eu mais desejava era fazer o curso de auxiliar de enfermagem, tinha muita dificuldade financeira mas com muita batalha cheguei a fazer esse curso lá no hospital de Cataguases, não sei se você já ouviu falar, é perto da zona da mata, perto de Muriaé e de Juiz de Fora. Lá eu fiz três anos de auxiliar, de mil novecentos e setenta e um a mil novecentos e setenta e três. Lá eu aprendi muitas coisas boas com certeza. Fazíamos tudo, aprendemos tudo, inclusive suturas, partos pélvico, cefálico, transverso, de qualquer forma. Inclusive auxiliávamos cirurgias, instrumentávamos, circulávamos, então aprendi tudo isso. Voltei para Pirapora, fiquei três anos aguardando uma vaga porque era muito difícil admitir um auxiliar de enfermagem nesse hospital que era um dos poucos da redondeza nessa época. Fui admitida em mil novecentos e setenta e seis no atual Hospital Municipal, antigo Hospital do SESP. Lá nós fazíamos essa função chamada função delegada, tinha mais atendente que auxiliar de enfermagem então foi a maior polêmica, quando eu vim foi aquela batalha.

O médico ficava de plantão em casa, e muitas vezes nós ficávamos com aqueles médicos que nunca fizeram parto então a gente que veio de fora, que aprendeu, acabava fazendo praticamente todos os partos. O plantão deles era em casa, a gente examinava a paciente, dizia quanto estava de dilatação, a apresentação, se era cefálica, se era podálica, se os batimentos estavam normais, entre 120 e 160 bpm se estava baixando, aquela polemica toda. Não tinha detector, hoje nós já temos o detector que a gente olha melhor.

E fazíamos os partos que viessem. Naquele tempo era difícil fazer ultra-sonografia a gente já calculava, olhava se tinha perda de líquido amniótico, se os batimentos estavam firmes, se a dilatação estava total, e se tivesse que induzir o parto, a gente comunicava ao médico por telefone, e ele então mandava colocar tantas unidades de ocitocina. Olhava a evolução e quando a gente via que não ia nascer voltava a falar com ele: oh, Dr. não vai nascer. Muitas vezes nascia sem o médico estar, a gente tinha que fazer aquele parto. Então eu transcrevia e ele assumia, assinava embaixo. Então durante anos trabalhamos assim até que teve um problema e um dos atendentes ficou meio bronqueado com os médicos. Denunciou, chamou o COREN que proibiu todo mundo de fazer parto. Durante 23 anos aqui nesse hospital de Pirapora. eu fiz partos mesmo,

até recentemente. Eu me sinto muito orgulhosa porque eu gosto muito de obstetrícia e os médicos confiavam em mim. Inclusive Marcos Lube, Simeon Rios e outros médicos como Ezequiel que é anestesista, a maioria deles aprenderam comigo. Não só comigo mas com alguns colegas. Porque eu não deixava a peteca cair entendeu, quando eu notava que estava querendo cair os batimentos dizia: Dr. não vai nascer! Ele falava; dá um cheirinho, quer dizer induzir. Aí mandava induzir com ocitocina, "piton" e a gente ficava naquela expectativa. Muitas vezes ele ia almoçar e quando eu sentava para almoçar já me chamavam: oh, chegou uma gestante e eu parava, já não voltava mais pra almoçar. Então eu trabalhei aí no hospital durante vinte e três anos fazendo parto e o meu setor predileto era obstetrícia. As próprias enfermeiras chegavam, passavam referência de uma para outra e eu ficava constante na obstetrícia. Porque sinceramente a maioria não gostava de obstetrícia porque é de muita responsabilidade. São duas vidas a manter, a da mãe e a do neném. Mas eu sempre tive esse empenho de fazer partos.

E aprendi a fazer partos no curso auxiliar de enfermagem, quem dava aula me ensinou mesmo foi Irmã Brígida, essa freira já faleceu há muito tempo. Láq era um hospital escola muito bom, só médicos naquela época eram vinte e um. Hospital bom mesmo atendia particular e tinha parte do INSS e atendia todo tipo de doença, e atendia as gestantes lá, muitos partos.

Eu cheguei a fazer parto em casa eu fiz um parto aqui em Pirapora, o meu primeiro parto e eu adotei o menino. como meu filho, ele tem hoje vinte e sete anos. Então quer dizer que fazem vinte e sete anos que eu voltei para Pirapora. Foi no bairro Santos Dumont, foi um dos primeiros partos que eu fiz aqui e não estava nem trabalhando ainda no hospital. A mãe era de Jequitaí. A história é muito longa, mas vou tentar dizer em poucas palavras. A mãe engravidou de um senhor casado lá de Jequitaí e então ela não queria ficar com a criança porque ela era empregada doméstica. Ela veio para Pirapora e queria dar essa criança para qualquer pessoa. Então uma afilhada minha falou: madrinha, tem uma dona gestante aí que não quer o filho. Aqui em casa eu era a filha mais caçula e não tinha criança. Os sobrinhos todos são cariocas, eu gostava muito de criança, falei com minha mãe e acabei fazendo este parto em domicílio. Foi o primeiro e único parto que eu fiz em domicílio. Porque nessa época já encaminhava as gestantes para o Hospital: Antes era tudo em casa mesmo, as parteiras faziam. Tem inclusive uma das primeiras enfermeiras que foi a que fez o parto da minha mãe, que eu nasci com ela, mora lá no centro da cidade é Maria de Oliveira: enfermeira e parteira das melhores! Ela fazia parto em domicílio, nesses lugares todos aqui da região. Ela entrava nesses lugares assim meio suspeitos, ela fazia parto em casa, ela tinha uma bicicletinha, eu mesma nasci nessa casa aqui, pelas mãos de Dona Maria de Oliveira. Recentemente ficamos um pouco

chateadas porque fizeram uma homenagem e se esqueceram de Dona Oliveira. Era para dar nome a um centro de saúde, e colocaram o nome de uma enfermeira que pouco fez por aqui, ficou muito pouco tempo, e nunca fez nada em benefício da comunidade. Esqueceram da D. Oliveira e nós protestamos e contestamos! Colocaram o nome da tia do Dr. Roberto, eu não sou contra a tia do Dr. Roberto, dizem que ela é muito importante na saúde e faz muito pela enfermagem, só que a D. Oliveira foi uma das primeiras enfermeiras de Pirapora., e dedicou uma vida inteira ao povo daqui. Ela tem oitenta e poucos anos atualmente. Depois trabalhou anos no Hospital do SESP.

No hospital o cuidado com a gestante era intenso, muito intenso mesmo! É de muita responsabilidade. A partir do momento que chegava uma gestante ali eu continuava fazendo os meus cuidados comuns lá com as puérperas, mas ficava atenta com quem chegava. Ficava olhando os batimentos, de quinze em quinze minutos, se estava evoluindo, se não estava evoluindo, se estavam firmes os batimentos, se caiu, se subiu, se está perdendo líquido amniótico, como estão as contrações, enfim todas as coisas importantes. O cuidado era de uma maneira geral. E o meu sistema com elas, o que eu usava era assim: oh gente, vamos levantar, vamos deambular, vamos tomar um banhozinho morno para estimular. Então a gente saía com ela rodando, andando, conversando bastante. Com contração elas diziam: Eu não agüento, está doendo. Então sentava com elas e explicava: a dor é assim mesmo, a gente faz a dor do tamanho que a gente quer. Eu sempre usava essa expressão, não sei se é correta, eu falava assim: a gente faz a dor do tamanho que a gente quer. Você está gritando, por quê você está gritando? Porque muitas chegavam gritando, e se você fosse fazer uma análise, ficar ali junto, estar lá com ela, dando uma de psicóloga, você ia descobrindo os medos, a razão de tanta gritaria; oh, a criança não tem pai, ah! eu sou separada, problemas demais em casa. Então é o fator psicológico, então você tinha que ajudar, você tinha que fazer aquele papel de doutor sem ser, e aquela parte psicológica que é muito importante para a paciente. O preparo psicológico é a base fundamental, você preparar a pessoa, você mostrar o caminho. Inclusive hoje uma grande dificuldade é com a mãe adolescente, então nós temos aqui a casa das mães adolescentes, aquele preparo que faz, aquele carinho. Antigamente não tinha não, nós auxiliares é que fazíamos esse preparo. Trabalhar em obstetrícia requer vocação, dedicação, porque se não tiver vocação, nada feito. Inclusive a gente prejudica o próprio paciente. Tem que ter vocação, tem que gostar. Nada pode ser obrigado, tem gente que tem mais jeito para trabalhar na parte de ambulatório, outros só o banho de leito, outros pegar na massa mesmo. Então obstetrícia é uma caixinha de segredo, ninguém sabe tudo não, se alguém falar com você que é a melhor parteira eu digo: é mentira! Porque não tem ninguém bom em obstetrícia, porque a obstetrícia cada dia que você faz você

vai aprendendo mais. É uma escolinha, você entendeu, é uma escolinha. Eu já fiz cada parto que é incrível. Talvez tenha alguns médicos lá aonde você dá aula que nunca fez parto com o útero, a maior parte do útero do lado de fora. Eu já fiz, eu já fiz! E terminou o parto tudo bonitinho e o médico já partiu para uma histerectomia total.

Eu fiz milhares de partos, acho que milhares mesmo. Logo que eu entrei aqui fiquei assim empolgada e até onde eu fui contando dava mil e tantos partos. Aí você veja só, vinte e três anos trabalhar direto e reto, então imagina o que eu fiz. No início eram oito horas trabalhadas, ou seja, quarenta horas semanais. Mas acabava sendo dessa forma: eu fazia as oito horas e ia para casa, a folga não era disponível como hoje é não! Eu ficava de folga e se eu fosse sair tinha que dizer aonde eu estava indo porque eu ficava de plantão para poder arrumar o bloco cirúrgico se tivesse uma cesárea. Se tivesse parto e pegasse uma funcionária que não tinha muita prática não tinha dúvida: chama a dona Cardoso rápido, e tinha uma caminhonete que ia me buscar onde eu estivesse. E não ganhava aquelas horas não. Hoje o povo cobra demais você entendeu, ninguém quer fazer nada mais, nada mais! Então eu aprendi muito com isso, que eu fazia muito parto e também eu aprendi obstetrícia, treinei mais ainda com um médico chamado Dr. Pavanelli, que já faleceu, não sei se você ouviu falar, foi um dos melhores obstetras dessa época. Ele levantava defunto, fazia milagre! Nascia "chumbado", ele fazia movimento lá, tal, e eu só sei que vivia.

E só mesmo médico para fazer parto, porque se não fosse médico, nada de homem era complicado. Tinha o Oswaldo, um auxiliar de enfermagem, ele não gostava muito de obstetrícia mas por incrível que pareça trabalhava muito bem. Mas acho que isso era por causa das próprias mulheres que sem dúvida nenhuma preferiam com as mulheres porque a pessoa fica mais a vontade. Aquela timidez no exame de toque não é, então aquilo era muito traumatizante só em falar que é homem já é traumatizante. Então elas ficavam muito à vontade com as mulheres. Às vezes chegava um médico elas diziam: mas esse médico vai me examinar? A gente dizia: o médico vai olhar você, eu já olhei, e ele vai dar uma olhadinha em você. Mas elas preferiam mulher. Hoje não, graças a Deus tem médica, não é, melhorou um pouquinho. E eu acho que até hoje a preferência delas é fazer com mulher. Tem pessoas muito atrasadas, muitos homens, os maridos: minha mulher não pode ser examinada não, por fulano de tal não tem que ser mulher você entendeu, ainda tem gente um pouco atrasada, então é isso. Mas hoje está melhorando lentamente.

E por todo esse trabalho nós tínhamos o salário que o hospital pagava, no início a fundação SESP, agora o município. E os médicos é que recebiam os partos, recebiam tudo! E sinceramente eu fazia tudo, o parto, a medicação, tudo mesmo. O ergotrat pós parto que é rotina, kanakion 0,1, para o recém

nascido. Se chegasse a gestante e falasse que não fez pré natal eu já fazia a coleta de sangue dela para ver o grupo sangüíneo, você entendeu, eu já tinha um anti- coagulante, e já encaminhava ao laboratório, e se era negativo, logo que a criança nascia eu já fazia aquela coleta via cordão umbilical. Os médicos recebiam por todos os partos! Inclusive foi uma polêmica em 1999, eu estava com o segundo grau incompleto e houve uma lei que o governo falou que todo auxiliar de enfermagem tinha que ter o segundo grau. Aí eu reivindiquei, de acordo com a lei 8.190, artigo 91 diz assim que todo funcionário público tem que estudar. E o governo estava pressionando, e a gente com medo de perder o emprego, eu disse que queria um horário especial de acordo com a lei para que eu pudesse estudar. Ah Cardoso, eu não posso dar esse horário para você, se eu der esse horário pra você todo mundo vai querer. Aí eu enviei um ofício para Belo Horizonte e consegui um horário, e tive que sair do hospital e fiquei no posto. E sempre os médicos dizendo: vamos voltar para o hospital D. Cardoso, porque sabiam que eu segurava a peteca para eles. Sem dúvida o reconhecimento na instituição e a parte financeira deixa a desejar, mas tem o reconhecimento lá fora. Eu tenho um diploma do Rotary Club de Pirapora, é uma homenagem muito grande. Isso é o que me enobrece, o que me faz trabalhar cada vez mais, apesar de estar requerendo minha aposentadoria com 25 anos, mas isso me enobrece sem dúvida, pois eu tenho um diploma de mérito de Pirapora. E se alguém chegar na cidade e perguntar por mim todo mundo conhece, tenho muitos afilhados, e quando me encontram: ah, você fez o parto da minha mãe e fez o meu também! É aquela história, sabe, agora que estou no posto dizem: oh, Cardoso, por quê você está aqui, seu lugar não é aqui não, é no hospital. Mas me deixem descansar um pouquinho. Mas eu gosto mesmo é de obstetrícia, e se fosse um horário de oito horas sinceramente eu já tinha voltado para lá, porque eu gosto.

Hoje a gente não pode mais fazer parto, mas é aquele negócio, muitas vezes uma luz que você dá ao médico sem você fazer o parto, você está colaborando diretamente. Não precisa você fazer o parto. É o cuidado, a observação. Dr. parece que aquilo ali não está legal, o sr. dá uma olhadinha lá doutor, olhar se os batimentos estão firmes, porque isso a gente tem que olhar. É muito interessante, viu, é muito interessante, obstetrícia é muito interessante.

Mas eu acho correto ter acabado, o COREN ter proibido pelo seguinte: porque o parto ficou para médico e não para auxiliar. Você já viu aquela história, cada macaco no seu galho? É o caso do auxiliar de enfermagem. O auxiliar de enfermagem deve fazer o serviço de auxiliar, o médico deve fazer o serviço dele certo. Porque na hora que vem uma bomba, Deus tenha dó, Deus tenha dó do auxiliar de enfermagem, porque se sabe que quando o auxiliar erra já viu[...]Ele vai fazendo 100%, o dia que ele faz 99% não tem perdão, então acho correto

que tem que ser médico mesmo, eu acho correto. O médico estudou fez uma faculdade, tem o nível superior, então ficou para o médico, eu acho que ficou para médico, não ficou para o auxiliar. O COREN começou a interferir porque um colega fez uma ligação anônima para ele vir a Pirapora, senão ele não chegava não. Outro dia eu falei com a enfermeira do COREN, perguntei: há quantos anos você está no COREN? Ela disse: dez anos que eu trabalho no COREN. Falei para ela: Moça, até hoje eu não vi qual a finalidade do COREN, me diz qual a finalidade do COREN? Aí ela ficou assim sem graça eu pensei: meu Deus, será que é tão ofensa falar com a enfermeira assim? Porque só faz cobrar mensalidade, fazendo visita por denúncia, só fazendo cobrança, olhando esses detalhes. Aqui sempre teve enfermeira parteira, a Dona Oliveira ela é uma enfermeira. Eu não sei se ela tinha faculdade, eu tenho a impressão que ela não tinha faculdade não, mas não sei como era antigamente, se já tinha faculdade só sei que é chamada enfermeira. Maria de Oliveira e Araci Cardoso de Araújo foram as enfermeiras que eu conheci e que faziam partos. Depois delas no hospital nunca teve enfermeira que fizesse parto, só chefia, escala essas coisas. Enfermeira não. Auxiliares antigas como a Maria Raimunda que até é parente minha, também era muito boa em obstetrícia. Oh, a gente fazia coisas absurdas que hoje eu paro, cruzo os braços e penso: meu Deus do céu como a gente fazia isso! curagem, quer dizer, ficou retida uma placenta lá a gente fazia uma curagem e funcionava. Então eu acho, continuo dizendo que parto tem que ser médico porque ele estudou, ele tem o nível superior, certo. Nós fazíamos bem mas é o seguinte: o nível nosso daquela época chamava função delegada, porque não tinha bastante médico, apesar de que tem médico aí que não sabe fazer mesmo. Mas se o médico trabalhar com auxiliar com prática tudo corre bem, tenho certeza que tudo corre bem. Trabalhar com auxiliar que conhece, a auxiliar dá um alô, ela ajuda entendeu.

Sempre aconteceram coisas incríveis, vou contar uma: chegou um médico de fora, e disse bem assim logo que chegou: olha, a sra. está na obstetrícia? Estou. Ele falou: de hoje em diante quem vai fazer todos os partos sou eu. Eu falei: ótimo doutor. Mas era um só médico para o hospital, para atender emergência, e tudo que viesse. Aí, parece que quando eu colocava o pé no hospital, que eu ia para o hospital todas as gestantes falavam: estou indo que Cardoso vai também. Oh meu Deus do céu, toda hora chegava gestante: uma gestante, a moça que estava na portaria avisava, uma gestante. Eu dizia: Dr. uma gestante, e ele começou a examinar. Perguntei como é que está? Ele falou assim: Oh. Não vai nascer agora não. Mas eu como sempre fui esperta, não dou murro em ponta de faca, pensei: eu vou examinar essa gestante e calcular para ver como é que vou fazer os cuidados porque se ela dá a luz aí sozinha dentro de um hospital é desagradável. E o médico disse que ela está com dois dedos de dilatação. E as contrações bastante

miúdas e ele lá na frente atendendo urgência. Pensa bem, só porque ele falou comigo quando chegou que só ele ia fazer parto, eu não ia fazer aquele parto? Eu seria desumana, se deixasse a mulher lá jogada. Eu falei: Vamos tomar um banhozinho rapidinho, e vamos deitar aí. Quando eu olhei estava com a dilatação total. Aí eu fiz o parto, coloquei o neném lá, apertei a campainha com o cotovelo porque estava de luvas, e ele veio: Uai, nasceu? Nasceu, você falou que estava com 2 dedos mas[...]Agora o Sr. faz uma revisão e ele fez a revisão. Quer dizer ele não estava agüentando, eu acho que é o próprio médico que tem que fazer o parto, tem que conhecer de obstetrícia, ele tem que estudar. Pena que eles começam a fazer muitas cesarianas, o número acho que dobrou, também ganhava muito mais. É isso que move a saúde hoje, ganhar mais e mais trabalhando menos não sei. Trabalhar em muitos lugares, muitas coisas ao mesmo tempo.

### **MARIA DE OLIVEIRA PINHEIRO**

Nos idos de mil novecentos e dezesseis (1916), no dia trinta de julho, nasceu Maria de Oliveira na pequena cidade mineira de Dores de Indaiá. Muito cedo viu sua infância transformar-se em muita dor: aos seis anos de idade tendo ficado órfã de pai foi com a mãe e os outros irmãos para Patricínio/MG. A mãe que tinha então cinco filhos, impossibilitada de criar todos, entregou Maria Cardoso aos cuidados de uma tia e o penúltimo filho entregou para a avó das crianças. Ela permaneceu com essa tia dos seis aos onze anos de idade, período de muita tristeza e dificuldade.

Como ela mesma disse durante a entrevista “Tudo que era serviço difícil eu cuidava [...] Tudo que era serviço pesado, serviço ruim era para eu fazer.[...] magrinha, feinha, era uma gata borralheira. Acho que ninguém nesse mundo apanhou tanto quanto eu apanhei. Apanhei demais! Tudo que eu fazia certo ou errado, “coro”! Durante muito tempo teve o corpo marcado, pernas e as costas, porque era surrada com uma vara chamada unha de boi, que conforme o dito popular da época: “inverga a cabra mas não quebra”.

Durante esse período em que estive com a tia estudava em um grupo escolar muito longe da chácara em que morava e quase todos os dias, porque era responsável por todos os afazeres da casa e pela distância, quando chegava já encontrava o portão da escola fechado, sendo proibida de entrar. A mãe, que então catava café nas grandes fazendas da região com os três filhos, construiu um barracão na cidade de Patrocínio, levando Maria de volta para casa.

Próximo de onde ela morava funcionava o “Instituto” colégio da Igreja Presbiteriana onde ela passou a estudar. e cursou até a oitava série, enquanto lavava roupa para fora para ajudar nas despesas de casa. No final dos anos vinte a mãe adoece gravemente: câncer de colo uterino que a fez padecer e definhar três longos anos aos cuidados da filha Maria, nos sete últimos meses de vida acamada, totalmente dependente. Quando a mãe morreu ela estava com apenas quinze anos.

Os irmãos que ficaram com ela se dedicaram à marcenaria e outro a fazer sapatos e ela teria um destino diferente. Quando completou dezoito anos a igreja presbiteriana abriu um instituto bíblico do qual ela fez parte da primeira turma como aluna convidada. Aprendeu de teologia à música. Ao final do primeiro ano que contava com onze alunos, todos foram embora tendo ela repetido novamente o primeiro ano junto aos novos colegas, Terminou o curso em mil novecentos e trinta e seis com “brilhantismo” e já sabia tocar órgão, porque sempre gostou de música.

Em mil novecentos e trinta e sete mudou-se para Monte Carmelo e foi trabalhar no Educandario Carmelitano onde permaneceu cerca de dois anos. Então aconteceu uma Convenção da Igreja Presbiteriana em Patrocínio da qual ela participou e foi decisiva em sua vida. O diretor do instituto, reverendo Eduardo Leme, convidou-a para fazer o curso de Enfermagem.

Dona Oliveira, como é conhecida em Pirapora, é uma mulher ativa, inteligente, uma “contadora de história” que dá muito gosto a gente ouvir. Cheguei até ela para realizar entrevista através de Dona Cardoso, que trabalhara com ela à época em que o atual hospital Municipal ainda era do SESP. Não quis marcar entrevista para outro dia: ela estava disponível, e seu marido também, (ele permaneceu a maior parte da entrevista ao lado dela confirmando as coisas que ela dizia, lembrando nomes). Dona Cardoso também permaneceu junto a nós e não é difícil imaginar que houve intervenções da parte dela, afinal compartilharam tantas coisas, e Cardoso tem muita admiração e respeito por ela.

Este foi um encontro permeado de muitas fotos, muitos documentos que ela mantém guardados num “baú” de recordações da velha Pirapora que acalenta ainda com muito carinho em sua memória: os bons tempos dos velhos vapores, do Benjamim Constant, Wenceslau Bráz, serpenteando rio acima até Juazeiro na Bahia, integrando boa parte dessa região semi árida do país.



Na sua sala de estar um grande e belo piano contrasta com um moderno teclado desses que os adolescentes amam quase tanto como amam as guitarras: atualmente ela ensina música para adolescentes, está sempre cercada de jovens. Com certeza essa mulher veio ao mundo criar sempre acordes de vida.

### **PARTO É COISA BONITA E É COISA FEIA, NÃO É? A APARÊNCIA DOS GENITAIS, O SANGUE [...] MAS A CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO É A COISA MAIS LINDA!**

Quando Dr. Lememe falou sobre o curso de enfermagem a primeira reação que eu tive foi dizer que eu não tinha condições, ao que ele respondeu: a sra. não pode dizer que não tem condição! Vá, experimente, se conseguir termine, se não conseguir volte. Eu muito impressionada com aquilo, arrumei a roupinha: saí de Patrocínio em mil novecentos e quarenta (1940), janeiro de quarenta. Fui à Araguari, peguei a "mogiana" e fui até Goiandira. De Goiandira baldiei para Goiás, cheguei na escola sozinha, nunca tinha viajado. Fui fazer Enfermagem em Goiás, na Escola Florense Nighthingale, em Anápolis. Fiz o curso no período de quarenta a quarenta e três, e depois de formada ainda fiquei mais uns meses lá.

Estava aqui em Pirapora, uma missionária, Ruth Moron Virgo, era inglesa, estava aqui com seu marido, eram missionários que fundaram a igreja Presbiteriana nacional aqui da esquina. (perto da casa dela existe ainda a igreja que ela e o marido freqüetam). Ela era enfermeira também, enfermeira e missionária, fez o curso de Enfermagem na Inglaterra, em Essex, e estava precisando de uma auxiliar porque ela fazia partos. E quando se tornou público que ela era parteira ela não conseguia mais atender toda a demanda, a procura que tinha por ela. Nessa época não tinha hospital em Pirapora, havia apenas o pequeno hospital de Buritizeiro, que hoje é o Caio Martins. Ela então precisava de uma auxiliar porque fazia todo o trabalho de enfermagem, além de todo mundo chamando para fazer parto. E a gente cuidava daquelas senhoras após parto oito dias, dando banho de leito, aquelas senhoras ricas, cama de lençol de linho ponto de Paris, e a gente dando banho de leito naquelas mulheres. Fiz isso muito tempo, oito anos fazendo atendimento domiciliar. Então eu cheguei aqui em março de quarenta e três, e trabalhei até cinqüenta e um, doze de março cinqüenta e um, quando inaugurou o hospital do SESP. Esses hospitais, foram construídos no tempo do Dutra, eles construíram hospitais nessa região toda, até Juazeiro, e para aquele mundo todo lá, mas não terminaram. Mas voltando a quarenta e três, eu vim trazida pela enfermeira, em março e trabalhei até cinqüenta e um atendendo domiciliar, fazendo

partos domiciliares. Naquele tempo não tinha vínculo nenhum de emprego, nada, nunca ninguém chegou perto de mim que dissesse para pagar o IAPC, naquele tempo só existia o IAPC. Nunca! E a gente recebia do público, de quem pudesse pagar. Mas era quase tudo de graça, minha filha! Pirapora era uma cidade desprezada! Não tinha calçamento, era uma lama, a cidade era cheia de porco, cabrito, cachorro, varicela, impaludismo. Se alguém chegasse na casa não tinha quem desse água para o outro porque estava todo mundo acamado, impaludismo, coisa tremenda! Até eu apanhei impaludismo.

Que aconteceu? Aconteceu que eu comecei a trabalhar e a primeira coisa que eu fiz quando cheguei, no dia seguinte, foi me apresentar. Tinha um postozinho onde Dr. Humberto Malard atendia, eram dois médicos aqui, Dr Humberto Malard e Rodolfo Malard. O Dr. Rodolfo Malard trabalhava lá no Hospital distrital de Buritizeiro, e o Humberto trabalhava aqui no Posto. Eu fui no posto, me apresentei, uniformizada, me apresentei pro Dr. Humberto. Falei, olha eu sou enfermeira, a dona Ruth aqui já é conhecida do senhor, eu vim por intermédio dela para auxiliar no trabalho, agora eu quero me apresentar ao senhor. Tem aqui um serviço de saúde, eu preciso me identificar com o senhor para o caso de eu também precisar que o Sr me auxilie. Aí começamos a trabalhar. Só domiciliar. A gente não tinha hora. Eu tinha uma bicicleta, está ali, tenho até hoje, atravessava esse rio aí cheio (rio São Francisco), com uma canoa dirigida, remada por um menino, eu ainda voltava no outro dia, dava banho, oito dias no neném, até que o umbiguinho caísse, cicatrizasse eu não deixava. Nós aprendemos a fazer os exames manuais, audição, qualquer problema que tivesse eu corria atrás do Dr. Humberto. Humberto, oh, está acontecendo isso, ou mandava a parturiente lá, então fazia um pré-natal assim por cima, eu não tirava a pressão não mas exame de urina eu aprendi a fazer, eu tinha um estojo bonitinho completo, quando apresentava o traço de albumina, mandava para o médico, era protegida por eles. Trabalhamos assim muito tempo, muitos anos, cinco anos mais ou menos quando apareceu o Dr. Mário Meira. O Dr. Mário Meira era um médico muito especial, ele não gostava de pobre, então tinha problema demais. Quando precisava dele, que ele desse assistência nas casas ele não ia e para piorar tinha a esposa dele que não permitia, era duro!

O parto em casa era uma história! Em construção usa cimento, então eu pedia nas construções os sacos de cimento, entregava para o pessoal da família, cortava direitinho, mandava eles passarem o pano molhado no saco todinho e colocar no sol de um lado e de outro para ficar livre de contaminação, e usava para proteger as camas. Porque a pobreza era demais! Sabe como essas senhoras faziam? Enrolavam o colchão, deitavam na parte de cima do colchão, e queriam forrar lá com o saco de cimento, com o cobertor ou uma roupa velha suja. Mas foi difícil educar essa gente! Até que eu consegui botar os

colchões para elas deitarem porque era mais macio e usava como proteção o saco de cimento preparado porque não tinha plástico naquela época. Uma pilha de saco de cimento. Chegava nessas casas e às vezes nem água tinha para botar na panela.

Antes eu preparava as senhoras, eu chamava e todo mês elas vinham aqui para ver se a gravidez estava normal. Atendia assim no postinho, mandei até fazer a mesa, uma mesa alta, então eu fazia os exames pré natal, auscultava o bebê, uma vez por mês, fazia exame de urina toda semana, qualquer anormalidade que apresentasse a parturiente (edema, dor de cabeça), não tinha aparelho de pressão, corria, mandava a paciente para o doutor Humberto, outras vezes eu mesma levava a parturiente até o Dr. Humberto. Lá então ele medicava e tomava providência. Agora quanto era um parto difícil eu mandava chamar o médico, mandava uma pessoa da família ir falar com o médico que viesse urgente. Eles atendiam com muita precisão e aí eu já tirava a minha responsabilidade, não estava sozinha compreende? E foram muitos partos que precisava de médico. Tinha o hospital em Buritizeiro mas era um hospital muito simples, só tinha o Dr. Malard, ele operava, fazia apêndice, essas operaçõezinhas simples. Fora isso tinha os admitidos lá a maioria de clínica geral. Então, assim eu fiquei trabalhando aqui: era casa de rico, casa de pobre, não tinha esse negócio não, era qualquer hora do dia ou da noite. Uniformizada, andando de bicicleta, de noite, com chuva, de madrugada, sozinha. D. Cardoso faz um aparte: entrava em cada ambiente pesado, perigoso. ao que D. Oliveira responde enfaticamente: Não, não era! Pirapora não era como hoje não. Há alguns anos atrás você podia sair e deixar a chave na porta que ninguém entrava para pegar nada. E a gente se tornou conhecida, quando saía assim de noite, muito tarde, ia para casa com tranquilidade porque só aparecia pessoa conhecida: eu conhecia todo mundo, todo mundo me conhecia. Não tinha ladrão, tinha não! Não tinha maldade, dificilmente tinha um tiro, fulano deu um tiro em fulano, tinha isso não, não é João? Era uma cidade calma, uma cidade gostosa, todo mundo conhecendo todo mundo. Muito pobre: esse bairro aqui da Pitombeira, paupérrimo, não tinha nada, chegava na casa não tinha água para botar na panela. A mulher estava lá, chegava a estar umas pedrinhas, assim três pedrinhas, com uma panelinha encima. Perguntava: Uai, a sra. não acendeu o fogo hoje, não fez café, nada? Pra quê dona, pra esquentar água? Não tinha nada para fazer E o povo era bom! Tinha esses vapores que chegavam muitos por dia, mas trazia tanta carne! Surubim, aquelas rodas assim enormes, peixe carnudo de dar gosto. Não sei como eles preparavam aquilo, aquela quantidade, cada um dos "vaporzeiros" trazia para mim! E era abóbora, aqueles doces de buriti, e banana, e mandioca, e frango, e tudo! Enchiam tudo, uma fartura! Essa casa que eu moro era menor, mas tinha um quartinho aqui que se destinava a esse fim e enchia todo! Então eu vinha para casa, sempre acompanhada de uma pessoa de

lá, vamos lá em casa, então eu tirava um bocado daquelas coisas, um pouco de um, um pouco de outro, e mandava para a casa das parturientes. Quantas vezes eu tirava do meu leite, das minhas bolachas para mandar para a mulher comer porque não tinha nada para comer depois do parto um lanchezinho, nada, pobreza demais! Mas Deus é bom demais, me abençoou, nunca deitei numa cama hospitalar, nunca fiquei doente.

E em mil novecentos e cinquenta e um quando abriu em Pirapora o hospital da Fundação SESP eu já estava lá dentro! Aí começou toda aquela movimentação na saúde daqui: tinha uma supervisora do Rio, aliás eram várias delas que vinham do Rio de Janeiro: D. Emengarda, Maria Alice, eram muitas, eu nem me lembro mais. Mas o Hospital, novinho que dava gosto: cama nova, rouparia nova, tudo bonito, tudo limpinho. Foi inaugurado em 12 de março de mil novecentos e cinquenta e um.(1951). E aí trabalhei no SESP nas atividades de Enfermeira, mas continuei a fazer os partos no hospital. Chegaram médicos novos e em poucos meses já conheciam a gente, sabiam quem éramos, então eles nem faziam mais partos, só se tivesse problema a gente chamava o médico mesmo no hospital. E fizemos muito parto! Primeiro eram só as enfermeiras como eu que faziam, depois com o tempo as meninas que fizeram o curso de atendente passaram a fazer parto. Aí fizeram concurso e passaram a auxiliar de enfermagem. Porque na verdade enfermeiras eram muito poucas, eram essas que vinham de lá, do Rio de Janeiro.

Nós demos muitos cursos para as atendentes aqui: quando elas estavam fazendo curso o curso, vinham várias delas, enfermeiras do Rio, para dar aulas no curso. Eram cursos até bem extensos, não sei se seis ou oito meses. Tem aí a Maria Raimunda, a Leontina que fizeram o curso. Essas fizeram aqui no SESP, porque o SESP dava curso de atendente, e esse curso era curso pesado. Aqui foi campo de estágio de enfermagem, das enfermeiras que vinham. de fora de curso superior, mas essas meninas (as que faziam curso de atendente) sabiam muito mais do que elas que vinham lá de cima, tinham uma teoria superficial, prática nenhuma. A gente é que ficava ajudando daqui e dali, porque aqui era "pau que rolava" era tudo com a enfermagem: se chegasse com um braço quebrado quem tinha que fazer a imobilização era a enfermagem até o médico chegar, todo tipo de curativo, suturas tudo mesmo.

Eu aprendi muito o trabalho domiciliar na escola, quando ainda era aluna. Na escola ensinavam a enfermeira a extrair dentes. Eu da turma, fui a que mais fiz parto e a que mais extrai dente, porque eles me acharam com cara não sei de quê, sabe. Pois então aprendi a tirar dente. E tirei foi dente aqui dessa Pirapora! Foi muito! Ganhei um jogo de boticões, aqueles boticões antigos, bons, pesados, gostoso pra se tirar dente não é? Quando eu entrei para o SESP dei para o Sidnei, se não jogou fora está lá, completo, o jogo completo. Eu pedia material de anestesia, de uma farmácia em Belo Horizonte, de

um laboratório, e eles me mandavam aquele mundo de anestesia. Então a gente aprendeu um pouco de anatomia não é, e tirava dente, nunca teve problema não, nunca tive um problema de hemorragia. Às vezes por infelicidade ficava um pedacinho de raiz lá muito profundo que não tinha condições de pegar. Mas tiramos dente demais! Nesse tempo tinha umas convenções aqui em Cocos, uma vez por ano. Fui e passei acho que uma semana. na região. Fomos até Caninhãinha, e de lá fomos de caminhão. Da outra vez nós fomos no lombo de cavalo. Trouxeram os cavalos arriados e nós fomos. Lá extraía dente, gente da roça, aquele povo todo, convenção evangélica, da igreja presbiteriana. E não sei quantas vezes vinha médico de São Paulo, e era preciso ver os casos que se apresentavam lá! Cada um[...]Tinha um homem com um papo enorme, na altura do peito. Eu disse para o doutor: olha a situação desse homem aqui, aquilo mole, incomodava ele, não sabe? E eu perguntei ao médico: o que vai fazer com isso? Ele disse: Faz uma incisãozinha, aqui por dentro. Eu fiz a incisão. Tinha uma cuba que encheu daquele material sujo, secreção purulenta.

Mas voltando ao assunto dos partos, quero contar como foi quando abriu o hospital e as mulheres deviam ganhar filhos no hospital: muitas queixas!.Foram muitos protestos: D. Oliveira, a sra. não vai para o hospital não. No hospital a gente tem que comer de tudo, fazer tudo que eles querem. O tabu era grande demais, principalmente com relação à alimentação. Essa gente comia galinha oito dias ali, só galinha! Quem disse que comia arroz, feijão e verdura? Não! Custei a educar esse povo, essas mulheres. Cada casa que eu chegava tinha que educar:porque era assim: peixe de couro não podia comer, e olha que o peixe da região, o surubim, é de couro, mas diziam que era "remoso", era um tabu terrível, até que aprenderam. Mas choramingavam: lá no hospital tem que comer de tudo, a gente fica sozinha sem assistência[...]Mas minha filha lá é hospital, eu dizia, até que consegui levar todas. Foi, foi muito difícil.

E não tinha parteiro, só mulher não é, e tinha o médico, mas só no hospital tinha parteiro, quer dizer, os médicos, mas eles não eram totalmente parteiros. Mas todos eles faziam parto às vezes. No hospital não tinha muita objeção, podia ser o médico ou podia ser a gente. Fora disso só enfermeira. E também no início só enfermeira fazia parto aqui no hospital, auxiliar e atendente não fazia. Tinham muitas parteiras curiosas.aqui na região, a grande maioria já faleceu, nem sei se ainda tem alguma viva. Faziam muitos partos e depois o centro de saúde convidou todas as parteiras e deu instrução para elas. E foi tempo, não foi pouquinho, poucos meses não, foi ano, mais de ano. Isso aconteceu com a Fundação SESP: e deu o material todinho que elas precisavam, medicamento, elas iam pegar curativo de umbigo, algodão, o que precisassem o SESP fornecia. Então elas tinham instrução, e uma coisa boa que o SESP fez: tinha no Serviço de Saúde Pública a

visitadora. As parturientes que saíam do hospital eram acompanhadas em casa, até a criança ficar bem, tudo assim. O SESP então deu instrução para essas curiosas, deu avental, deu tudo, luvas a caixa completa de parto. Eu participei em muitos treinamentos para parteiras curiosas, dei muitas aulas para elas. Ensinei tudo, principalmente tudo que era de esterilização. No início tinha convênio com os Estados Unidos, e os Estados Unidos forneciam tudo. Então essas parteiras quando tinham algum problema levavam a parturiente para o hospital também. Mas aí as parteiras foram diminuindo, o hospital tomou conta. O hospital trabalhou muito, muito mesmo!

Eu acho que era fundamental para as parteiras a instrução! Sem instrução não se faz nada! Precisava ter uma pessoa competente porque parto não são todos iguais, sempre um difere muito do outro. Não tem parto igual, não tem ninguém igual. E tem toda a técnica porque até em casa a gente tinha que fazer episiotomia. Fazia! Episiotomia e fazia curativo até sarar, quando os pontos não caíam a gente tirava. De forma que, fizemos isso muito, muito, muito. Cuidava dessas parturientes oito dias, vocês já pensaram? Quando eu fazia parto domiciliar a mulher podia ficar de qualquer posição, decúbito dorsal, lateral. Agora na hora do neném nascer ela ficava em decúbito dorsal, perninha levantada, com roupa e os lençóis arrumadinhos, tudo limpinho, eles exigiam muito de forma que cada mulher que era parturiente que tinha contato comigo tinha que ter a malinha dela. Quantas vezes eu arranjava até meus lençóis, e dava para elas porque não tinham. E quando eu chegava mandava que lavasse, que passasse direitinho, foi um trabalho árduo não é, e vou te contar uma história.

Nasceu uma criança lá naquelas casas do Seu Inácio Bispo ali na rua Januária, e era uma casa cheia de moças. Eu fui à tarde, fiz o parto, e fui pra casa. Falei assim para a senhora que ganhou neném: olha, deixa tudo prontinho para mim, amanhã, a roupa passada, lavadinha, tudo assim. Quando eu chego no dia seguinte, só um joguinho de roupa do neném. Vestiu aquela roupa e não tinha outra roupa para vestir no dia seguinte, uns trapinhos de fraldinhas. Eu Juntava umas fraldinhas com essas senhoras ricas que tinham roupa que não usava mais para criança, tudo limpinha e arrumadinha, e eu dava um pouquinho pra um, pra outro, pra outro. E eu cheguei no dia seguinte, disse: olha, amanhã eu venho dar banho. Mas teve um trabalho, outro parto, que me impediu de chegar a hora que eu havia marcado. Mas já havia avisado, porque muitas vezes acontecia uma coisa imprevista, uma emergência: Oh, se eu não vier na hora, se me atrasar um pouco posso vir mais tarde. Eu levava a roupa, a bacia, ensinava a botar a água e a ferver para esterilizar tudo. Daí perguntei: e essa roupinha onde é que está? Está tudo lá dentro. Quando eu olho assim atrás da mala a roupa estava toda suja. Sabe o que eu fiz? Perguntei: Filha, tinha umas três moças por perto, a sra. não mandou lavar a roupa não, já que tem pouca roupa? Ficou toda sem jeito,

gaguejou: mas ali são moças não podem lavar, essas coisas de filhos[...]Que moça não pode lavar roupa o quê minha senhora! Tirei a roupa toda, fiz aquela trouxinha, e falei com as três moças: lava essa roupa que eu vou fazer dois banhos ali encima, que eu cuidava dos banhos,tinha dia de você ter dez,onze banhos. E quando eu voltar aqui quero tudo prontinho, tudo muito limpinho para eu banhar o neném. Então enquanto eu vou lá e volto quero essa roupa lavada e seca, pra eu dar banho nela e no neném. Enxuga à ferro. Cheguei e estava tudo arrumadinho. Mas tinha que ser dura! Isso foi muitas vezes, quando não tinha a gente dava um jeito, levava uma roupinha e tudo assim. Ensinamos o povo a comer, comer de tudo, porque muitas delas quando iam para o hospital já comiam de tudo porque a gente já havia ensinado.

Na minha atuação, homem nunca assistiu um parto. Às vezes o marido, lá uma vez ou outra, mas nem os maridos. Sempre tinha uma outra pessoa, uma pessoa da família, às vezes até vizinha, amiga. Homem nunca, no meu tempo não, só se fosse médico. E no hospital continuou do mesmo jeito: raramente quando precisava de um auxiliar de enfermagem ele entrava na sala de parto. Ele não entrava não, ele não feria o pudor da parturiente não, nunca feriu. Às vezes algum marido, mas isso eu nem me lembro. Só senhora. Sempre tinha uma senhora, eu sempre pedia: eu quero que a sra. fique aqui, lave a sua mão, se tinha um pano punha o pano na cabeça não é, olhava se a pessoa estava limpinha, então ela ajudava. Mas não tinha ajuda de homem não!

Como eu já disse, a maioria dos partos a domicílio não se recebia. Aqui algumas pessoas, o "Ramba", do "Camilo Dhal" foi o que pagou o parto mais caro! Naquele tempo um conto de réis era uma fortuna, era um conto de réis! A Dona. Cessi pagou seiscentos mil réis, imagina só. Enxoval chic, todo de linho, ponto Paris! Pagaram. Foi o que pagou mais caro, seiscentos mil réis. Pagaram para mim, parto domiciliar. Se fosse no SESP ninguém pagava nada não. Nós recebíamos nosso salário, os médicos recebiam o salário deles, não recebiam pelos partos, recebiam o salário deles.

Quando começou era muito diferente: cada um tinha o salário, hierárquico. A enfermeira tinha o salário dela, atendente tinha um salário, o médico tinha o seu salário, não é. Eu entrei no SESP em cinqüenta e um eu ganhei 300mil réis. Depois foi subindo, mas nós ganhamos isso muito tempo. Nunca foi tanto dinheiro assim mas também era o salário que se pagava na época. Mas o mais importante é que o pessoal considera muito a gente, muito respeito! A cidade em peso, aquele respeito, aquele carinho. Eu não tenho o que queixar, tenho é que dar graças a Deus e agradecer a cidade que acolheu uma forasteira que chega aqui sem saber de onde vinha. Vem de onde, fazer o quê? Tem curso ou não tem, presta ou não presta? Me acolheram assim de braços abertos, ricos e pobres. As crianças faziam uma festa: eu montava na bicicleta e eles

vinham me saudar: D. Oliveira! Ah, D. Oliveira! Eu conheci a cidade em peso, sabia o nome de todo mundo. Não tenho afilhado porque eu sou crente, nunca me batizei não sou católica, toda a minha vida fui evangélica. Então continuei a trabalhar, considerada, entrava na casa desse povo todo, brigava, brigava, briguei muito!

Nunca fui desrespeitada, vou te contar uma história: eu fui fazer um parto num cabaré, perto do SAE. Ai veio um desses homens que trabalham na ferrovia, chefes do trem, vestido de preto todo bonitinho, me viu saindo do cabaré onde o nenê nasceu. Aí tinha um esgoto que atravessava a rua, eu peguei a bicicleta e fui saindo assim como sempre. Então ele todo "cestroso" de gravata, vestido de azul marinho, terno bonito, e eu de uniforme, não dei atenção. Quando eu desci da bicicleta, estava para atravessar o esgoto, ele então disse: a sra., ou você, pode me emprestar sua bicicleta? Ele não era da cidade. Olhei para ele de cima embaixo e disse: olha, eu pago a sua graça, fico com a minha bicicleta, que para mim ela é muito mais útil. Mas nunca fui desabonada! Nesses cabarés, eu chegava à noite, estava aquele movimento. A enfermeira chegava, tinha uma senhora lá em trabalho de parto, sumia todo mundo! Ficava uma, para me trazer água ou qualquer coisa que eu precisasse, me dar assistência. Eu exigia: a sra. fique aí para me ajudar, no que for preciso. Mas nunca fui desabonada, nunca! O povo me respeitava muito, muito mesmo. Saía às vezes com homens, geralmente era o marido da mulher que vinha me buscar. Pois eu ia com eles, dava a malinha para eles carregarem, não nunca fui desabonada. E até hoje, o povo me respeita muito.

No hospital o relacionamento com os médicos era muito bom, muito respeitoso. Vieram os engraçadinhos mais novos, "medicozinhos" novos. Mas só aconteceu uma vez, nunca mais. Ele estava atendendo uma garotinha no consultório disse sem nenhum respeito: ei morena! Disse assim: escuta, o sr. está falando isso com quem, comigo ou com essa menina? Com você, ele respondeu. Retruquei imediatamente: Comigo não, eu não sou quem o sr pensa não! O que eu fiz: imediatamente acabei de atender ali fui lá e falei com o Dr. Pavanelli, ele era duro: Dr. Pavanelli, eu quero que o sr. faça o favor, fale com o médico fulano de tal, nem me lembro o nome dele mais, que eu não sou quem ele pensa não. Conte para ele a ocorrência, e o Dr. Pavanelli chamou o médico imediatamente, conversou com ele e o homem virou a cara para mim. enquanto esteve lá. Mas eu era assim. mesmo, não podia ser diferente. Cheguei pela manhã no Hospital e a auxiliar que estava saindo do plantão estava lá me esperando, chorando demais. Contou que o Dr mandou que ela colocasse um paciente ali no RX. Quando ele veio foi apertando ela, se esfregando nela, e que ela havia custado a se livrar dele. Perguntei: ele fez alguma coisa com a sra? Não, ele não fez nada não, mas ele queria me agarrar com o paciente na mesa. No dia seguinte quando ele acabou de fazer a



visita médica e foi para o quarto, eu bati na porta: com licença Dr., eu cheguei aqui pela manhã e esta menina veio chorando para o meu lado, esta menina deu alguma oportunidade para o sr? Não, mas a sra. sabe, a ocasião faz o ladrão[...]Aí eu chamei a atenção dele: olha Dr., nós temos o Sr. aqui como um pai, o Sr. não é criança e além do mais o Sr. é um médico! E nós não aceitamos esse tipo de conduta, enfermagem aqui tem valor. Nunca mais ele se comportou de maneira tão imprópria.

No lado profissional, eles respeitavam e aceitavam tudo que eu fazia, aceitavam tudo. Nesse ponto aí não, sempre foi muito bom. D. Cardoso, eles respeitavam. Imagina que eu trabalhei 32 anos e oito meses no hospital do SESP, trabalhando dia e noite. Tinha dia que eu chegava a perder a noção do tempo, não sabia quantas horas eram, ficava dois três dias lá sem poder sair, porque o movimento era grande. Mas olha, eu tenho uma paixão: vieram aí e levaram o livro de partos, e eu não tirei a relação dos partos que a gente fez. Esse livro foi lá para Belo Horizonte, para a Fundação SESP. Levaram o livro de parto e não devolveram. Abriram outro livro e eu não tomei nota dos partos que a gente fez. Mas foram muitos. Eu fiz partos até quando me aposentei. Aí as auxiliares de enfermagem já estavam aptas para fazerem parto, parto normal, não é, qualquer problema chamava o médico, porque elas estavam a altura da função, e controlavam direitinho, todas elas. Nenhuma menina fez besteira, não é D. Cardoso, nenhuma. Bom, pelo SESP, desde os anos cinquenta até quando eu saí acho que não houve muita mudança. Eu não penso que só o médico deva fazer parto: se há outra pessoa que é credenciada para fazer o parto normal que ótimo, e se for um parto complicado o médico tem que atuar mesmo. Não vejo razão para que uma pessoa que está a altura, competente, tem instrução, sabe o que está fazendo, ser proibida de fazer, eu não vejo mal nisso de maneira nenhuma. Olha, depois que fundou o hospital, a gente não trabalhou mais domiciliar. Vinham pessoas aqui, eu ia à casa da parturiente e levava para o hospital e eu mesma fazia o parto lá, só mudou o local.

Agora, para fazer esse trabalho eu não sei se deve ter vocação ou se amor, ou se é carinho, ou se é reconhecimento. Mas a pessoa tem vocação, pra tudo a pessoa tem vocação. De forma que eu fui uma parteira, na escola pelo menos, não sei se é confiança, mas a pessoa tem vocação de trabalhar com paciente. Porque tem pessoas que não gostam, têm nojo, têm escrúpulo, têm medo, não podem ver sangue. Porque a atuação no momento, é feia. Parto é coisa bonita e é coisa feia, não é? a aparência dos genitais, o sangue[...]Mas a chegada do recém nascido é a coisa mais linda! A coisa mais linda! Aquele que vem normalzinho que chega e pega o dedinho da gente e não solta, pega uma coberta lá e segura.

A enfermagem está mudando cada vez mais, na parte médica está mudando. A enfermagem está muito reprimida Elas não têm mais liberdade por causa dos médicos. Na minha época era mais

aberta não é, era mais liberal, agora eu não sei porque eu já saí de lá há 20 anos. Acho que nós tínhamos mais poder de decisão, éramos mais seguras do que fazíamos. A gente tinha autoridade, respeito, tanto respeito do superior para o inferior no cargo, como o contrário, hierarquia. sabe o que é isso? Ninguém chamava de você não, era dona fulana! Hoje eu não sei não estou lá, mas pelo que vejo[...]As mulheres, aquelas senhoras, eram tratadas com todo carinho! Passados alguns anos eu passei a receber doações, que até hoje eu não sei de onde vinham aquelas roupas. Joguinhos de recém nascido, joguinhos completos. Ganhei muito! Então eu guardava lá no armário e quando tinha uma parturiente que não tinha roupinha para o neném para ir embora para casa dava uns joguinhos. E a gente não abandonava a mulher, ficava junto o tempo todo, não abandonava não! Para falar a verdade não é Cardoso, hoje em dia está lá no pré parto sozinha e só ouve: fica quietinha, não reclama não. Tem que dar assistência. Nós dávamos assistência, sabíamos a posição da mulher, era decúbito dorsal, ficava quietinha, olhava se tinha hemorragia, tinha que olhar. Respeitava a mulher, elas até repousavam mais entende. Em casa, depois do parto, ficavam oito dias de papo pro ar, com lençol cobrindo, elas gostavam disso, era o costume. Não é todo mundo que tem dom para ser enfermeira, para acariciar o paciente, tolerar o paciente. Porque tem pacientes impertinentes, às vezes até grosseiros, brutos, não é. Mas não, a pessoa tem que ter não só a técnica, tem o amor no que faz. Isso vem muito do berço, da criação: porque dá amor quem tem, quem não tem não dá. Se eu recebi amor eu dou amor se eu não recebi eu não posso dar porque não recebi. E é isso. O amor, na Enfermagem, acabou. A parte monetária é que governa, não tem mais amor, não é. Agora, a pessoa vocacionada desapareceu[...]

## **CAPÍTULO V**

### **SER PARTEIRA: “LUGARES DE SIGNIFICADOS” E RELAÇÕES DE GÊNERO**

---

Quero o que antes da vida foi o profundo sono das espécies, a graça de um estado. Semente. Muito mais que raízes (Adélia Prado)

Quem são essas mulheres que se dedicaram a fazer partos pela vida toda? Como iniciaram? Que parteiras são essas? Por que escolheram esse caminho, essa profissão? Como construíram seus percursos ao longo de uma vida? O que as identificam, o que as singularizam? Todos estes questionamentos e outros talvez que aqui não estão suscitados encontram respostas nas narrativas “*transcritas*” pela mão da pesquisadora. Procurou-se abrir um espaço para que essas vozes, linguagem viva de toda uma trajetória de vida, pudesse aqui, textualizadas, remeter o/a leitor/a a uma viagem ao universo dessas mulheres. Abre-se um espaço para a pluralidade desse fazer que parece único, e mais do que isso, insere-o em um contexto concreto, de vidas concretas de mulheres que precisaram ‘driblar’ uma série de dificuldades cotidianas para exercerem sua atividade profissional com ética, dignidade e competência.

Entendo que aí reside a grande riqueza da história oral: transformar o objeto da pesquisa em colaborador que tem face, tem sonhos, tem nome, que se manifesta com espontaneidade. E esta postura, contudo, não tira o caráter científico de uma pesquisa de cunho acadêmico. Selva Guimarães Fonseca, em seu belo estudo sobre história de vida de professores, elucida com clareza essa faceta da história oral comentando logo no início do capítulo em que analisa as narrativas do seu trabalho dizendo que:

Nossas inquietações estão contempladas no interior das narrativas. Muitas outras questões que não foram levantadas estão descritas de forma espontânea e aberta, abrindo possibilidades de análise em diversos campos de estudo. Isso enriquece, mas não satisfaz os propósitos desse trabalho que, coerentemente com seu percurso, exigem a retomada das questões norteadoras, uma nova leitura interpretativa de algumas dimensões do que é ser professor de história em nosso país. Trata-se de uma interpretação possível, justificada pela própria experiência, mas não significa uma pretensão limitadora de outras conclusões. Aí residem a força e o caráter democrático da história oral. (FONSECA, 1997, p. 181-182)

No presente capítulo, à exemplo da citação colocada acima, as inquietações permeiam todo o desenrolar das narrativas. Extrapola muitas vezes à problematização proposta nesse estudo porque procurou respeitar e deixar fluir a singularidade de cada colaboradora: sua maneira de narrar, seu tempo, sua maneira de entender e viver um contexto profissional. A partir de então procura analisar essas narrativas buscando responder aos objetivos propostos para esse estudo; tenta elucidar alguns pontos obscuros que permeiam o imaginário das pessoas com relação à parteira, suscitar questionamentos e oferecer subsídios que possam contribuir com novos estudos sobre essa temática.

Neste sentido, apresento as dimensões construídas a partir da análise das narrativas, capazes de dar suporte à problematização proposta para esse estudo, e que eu chamei de “Lugares de Significados” que são: o perfil das mulheres colaboradoras; como partejavam; onde partejavam; o cuidado, a humanização e a ética: a vocação.

### **5.1 O perfil das parteiras entrevistadas**

Elas nasceram entre mil novecentos e dezesseis (1916), e mil novecentos e quarenta e oito (1948). Exerceram suas atividades profissionais entre as décadas de quarenta e década de oitenta, à exceção de Cardoso em Pirapora e Tereza em Jequiá, que ainda exercem atividades na área de saúde sem contudo realizarem partos. Tereza afirmou ter feito partos até início do ano dois mil e atribui a proibição de que ela continue a fazê-los a uma decisão local da atual secretária de saúde.

Apesar da distância geográfica entre elas, compartilham alguns aspectos de vida: são mulheres que desde a infância acostumaram-se a trabalhar por pertencerem a camadas sócio econômicas menos privilegiadas. Quase todas são oriundas da zona rural ou de cidades de baixa densidade populacional. Mesmo Florianópolis capital de Estado, terra natal de Eunice, nos anos sessenta encontrava-se entre as três capitais mais pobres do país (BORENSTEIN, 2000). As dificuldades de transporte e de recursos para o atendimento das clientes à época,

foram marcantes para o desempenho profissional das que se dedicaram a partejar em domicílio, como foi o caso de D. Deta em Rio Fortuna/ SC, de D. Tuquinha em Várzea da Palma/MG, D. Tereza em Jequitaiá/MG e D. Oliveira em Pirapora/MG. D. Deta foi uma das que mais passou por dificuldades nesse sentido:

Eu passei muito trabalho, muito trabalho, com esse rio Braço do Norte. Às vezes com enchente, e às vezes eu já atravessasse esse rio a nado em cima do cavalo. Me colocava em cima do “lumbilho” e o cavalo ia nadando, às vezes saía bem noutra lugar, tinha que deixar a rédea solta e era arriscar a vida.(D. Deta)

Junte-se a este fato as más condições sanitárias dessas cidades conforme atesta D. Oliveira:

Pirapora era uma cidade desprezada! Não tinha calçamento, era uma lama, a cidade era cheia de porco, cabrito, cachorro, varicela, impaludismo. Se alguém chegasse na casa não tinha quem desse água para o outro porque estava todo mundo acamado, impaludismo, coisa tremenda! Até eu apanhei impaludismo.

De maneiras distintas mas tendo em comum o desejo de ‘servir’, de solidarizar-se com as outras mulheres, elas aprenderam a fazer partos, tarefa a que se dedicaram em todo seu percurso profissional. Esta formação como parteira se deu de maneira distinta entre elas, de forma bastante diversificada e heterogênea, característica que tem marcado a formação de recursos humanos em saúde no Brasil.

Em contrapartida, países do primeiro mundo que possuem uma estrutura médica de qualidade e o acesso da população aos serviços de saúde estão efetivamente garantidos, há um número significativo de parteiras, que acompanham as mulheres durante todo o período de gestação até o puerpério. É importante pontuar, que o movimento em prol das parteiras em países como a Inglaterra nasceu e vem se fortalecendo em função da organização do movimento de mulheres e do próprio movimento feminista, sendo estas parteiras de nível de escolarização elevado<sup>8</sup> e formação específica para atuarem como profissionais especializadas em partos. No caso dos países do terceiro mundo, e em especial o Brasil, o que se questiona é a pouca qualificação das parteiras existentes e do baixo nível de escolarização das mesmas, o

---

<sup>8</sup> Quando falo “nível de escolarização elevado ou baixo”, refiro-me ao número de anos que uma pessoa frequentou a escola. Pastore diz que a educação é de efeito demorado num país que acumulou atraso: em 1850 os Estados Unidos tinham cerca de 90% de sua população alfabetizada enquanto no Brasil havia quase 90% de analfabetos. Ele argumenta que a força de trabalho na Coreia do Sul têm 10 anos de escola, a do Japão 11 anos, a dos Estados Unidos e maior parte dos países da Europa 12 anos, e todos com educação de boa qualidade. Esses países estão empenhados em garantir um mínimo de 18 anos de escola para sua força de trabalho até o ano de 2010. Ele diz que com base no atual padrão evolutivo da educação brasileira, os homens que nasceram em 1998 terão 9 anos de escola somente em 2020, o que significa completar apenas o primeiro grau. Ele diz que espera que essa estimativa não se concretize principalmente porque num esforço recente 96% das crianças de 7-14 anos estão na escola, e que é preciso um esforço para mantê-las na escola mas com um ensino de boa qualidade. Pastore (O ESTADO DE SÃO PAULO, 23/10/2001).

que colocaria em risco a vida das mulheres e dos conceptos (RIESCO, 1999), o que a meu ver nem sempre corresponde à realidade.

Neste ponto é importante observar que, em que pese a baixa escolarização das mulheres que ainda se dedicam ao ato de partejar no Brasil de hoje, historicamente houve uma desqualificação do seu fazer, reforçado por um discurso médico científico que as qualificavam como ignorantes, além da difusão da imagem da parteira como uma mulher destituída de moral, capaz de praticar o aborto e infanticídios. Este discurso, incorporado ao ideário médico brasileiro desde o século XIX a exemplo do que ocorria na Europa, buscava mesmo sedimentar a prática médica e garanti-la como hegemônica. Este fato fica mais evidente quando, ao analisar um texto publicado nos Anais de Medicina Pernambucana em 1844, a autora diz que:

O texto revela que além de assistir partos as parteiras tratavam com muita frequência doenças ginecológicas, aplicavam sanguessugas; revela ainda que havia cooperação e concordância no uso de determinadas terapêuticas entre elas e os médicos, que algumas delas tiveram um relacionamento profissional muito próximo com os médicos, eram alfabetizadas e possuíam uma vasta experiência clínica. (MOTT, 1999, p.29)

Fatos como este demonstram que não havia entre elas uma ignorância generalizada como os médicos desejavam que se acreditasse. Esse discurso que originou-se na Europa, com forte repercussão nos Estados Unidos e também no Brasil era muito mais político que técnico, visando garantir a hegemonia médica na obstetrícia como especialidade. Diniz afirma que:

A diferença técnica fundamental entre as assistências feminina e masculina consistia no uso de instrumentos cirúrgicos, privativo dos médicos, por definição, varões. O parto operatório, médico cirúrgico, desdobrou-se em duas vertentes técnicas, com seu respectivo armamentário: o arrancamento (forceps, cranioclastos, basiótribos, ganchos, tesouras de degola e de desmembramento etc.) e a extração \_\_\_ a cesárea. [...] O que esta obstetrícia, de varões da elite, oferecia às mulheres e crianças, era desastroso. A entrada dos homens no quarto de parir, trouxe, até as primeiras décadas deste século, um aumento expressivo da mortalidade de mães e crianças, provocado sobretudo pela febre puerperal, pelo uso de instrumentos e pela prática da cesárea. (DINIZ 1996, p.188)

Nesse estudo, diferente do que foi apontado por Bessa e Ferreira (1999) em pesquisa sobre parteiras rurais do Acre em que 50% delas eram analfabetas, todas nesse estudo são alfabetizadas. As duas parteiras que se aproximam mais do perfil das “parteira curiosa”, D. Tereza e D. Geralda, são as de menor grau de escolarização tendo completado apenas o que à época denominava-se curso primário. D. Geralda principalmente traz em seu relato concepções e crenças muito ligadas às tradições orais sobre parto e ‘resguardo’, principalmente quanto, aos hábitos alimentares.

Uma ocasião que a gente morava na roça, eu gostava muito de queijo, ele comprou um queijo, um pedaço de queijo, chegou e enterrou o queijo dentro da farinha para eu não ver, imagina! Manga nem pensar, teve um dia que ele quase me matou porque eu comi manga no resguardo. Os mais velhos criavam assim, compreende? Limão, eles não deixavam entrar dentro de casa que mulher tivesse de resguardo. você imagina que ignorância, hoje eles dão limonada para cortar hemorragia. E não podia tomar leite, nem pensar.(D. Geralda)

D. Army, D. Deta e D. Oliveira tiveram um nível de escolaridade elevado para moças daquele período, e todas passaram por um ensino formal, regular. As duas primeiras se formaram no curso oferecido pela Maternidade Carlos Corrêa de Florianópolis nos anos quarenta, onde Army permaneceu orientando outras parteiras até a extinção do curso nos anos sessenta, tendo depois se graduado em enfermagem pela UFSC. D. Oliveira formou-se como enfermeira nos anos trinta no Estado de Goiás, em uma das primeiras escolas de enfermagem brasileira fundada sob orientação genuinamente nítgthingaleana.<sup>9</sup>

D. Eunice e D. Cardoso tiveram sua formação e local de trabalho eminentemente hospitalar, ingressando nos serviços via quadro de categorias auxiliares da enfermagem. D. Cardoso frequentou um curso de auxiliar de enfermagem regular durante três anos tendo já concluído o ensino fundamental. D. Eunice ingressou no serviço da maternidade Carmela Dutra em Florianópolis como atendente de enfermagem, sem formação prévia, aprendendo com as mais antigas ou em cursos esporádicos oferecidos dentro da própria instituição.

Eu comecei na maternidade em 69. Eu trabalhava como atendente e o Dr. Norton era diretor da maternidade, faleceu agora há pouco tempo. Eu trabalhei 8 anos como atendente da sala de parto. Então sabe como é, às vezes o médico não estava, e a gente tinha que acudir. (D. Eunice)

Contratar atendentes de enfermagem foi uma prática comum principalmente no hospitais brasileiros durante décadas do século XX com um aumento significativo nas décadas de sessenta e setenta. Essa prática só foi deixada de lado paulatinamente com a promulgação da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício de enfermagem e dá outras providências, regulamentada pelo decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987, que no seu artigo 23 previa autorização pelo Conselho Federal de Enfermagem aos atendentes que já exerciam atividades antes da promulgação da lei sob a supervisão da/o enfermeira/o A partir de então as pessoas que quisessem ingressar nos serviços de enfermagem precisariam ser auxiliares de enfermagem com ensino fundamental completo ou

<sup>9</sup> A Escola de Enfermagem Florence Nitgthingale foi fundada em Anápolis, Goiás, por uma missão protestante britânica. Essa escola teve seu reconhecimento concretizado no ano de 1937, “equiparada à Escola Ana Nery do governo federal e considerada de utilidade pública. Participaram da missão de instalação dessa escola as enfermeiras Isabel C. Macintyre, Alice Galler e Mary Hamilton. A enfermeira Macintyre foi posteriormente contratada pelo governo brasileiro, tendo implantado o paradigma dessa escola em várias regiões do país”. (LIMA, 1993, p.20/21).

nível médio, e os atendentes em exercício deveriam qualificar-se num prazo de dez anos a contar da data da promulgação da lei.

Tanto a formação como a forma de desenvolverem suas atividades profissionais aconteceram num contexto estrutural a partir das modificações que foram ocorrendo na política de saúde brasileira ao longo dessas quatro décadas. em que atuaram O ato de partejar é orientado pelo modelo médico oficial e aos poucos é absorvido pelo modelo hospitalocêntrico que vai se expandindo pelo Brasil principalmente a partir dos anos sessenta. Alguns dados apontados por Nakamae salientam essa inversão de modelo de assistência à saúde no Brasil a partir dos anos sessenta:

A unificação, bem como uma modificação mais consistente na estrutura providenciária montada nos anos 30, é processada em 1971 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sob a pressão do crescimento da procura por assistência médica e do agravamento da situação financeira dos IAPs. [...] enquanto em 1949 o gasto com a assistência médica representava 7,3% da despesa total da previdência social, a proporção subiu para 19,3% em 1960, 24,7% em 1966, e 29,6% em 1997. Estes números certamente refletem o aumento da demanda por cuidado médico, mas também a tecnificação e a elevação dos custos dos atos médicos resultantes dessa tecnificação.[...] A assistência ambulatorial declina de 36,2% em 1960 para 23% em 1967, ao passo que a assistência hospitalar se eleva de 22% para 58,2% nesse mesmo período. (NAKAMAE, 1987, p.40/41)

Assim, aos poucos, os hospitais passam a ser o local privilegiado para a realização dos partos sob o controle médico em todos os aspectos. As próprias parteiras incorporam o discurso do alto risco que significa o parto, aliado às dificuldades reais que elas encontravam para realizarem os partos domiciliares. Mas mesmo no espaço hospitalar são elas que continuam a realizar a maioria dos partos, conforme veremos a seguir.

## **5.2 Onde e como partejavam**

Para entendermos com mais clareza as questões que envolvem os locais onde elas faziam partos, e a maneira como faziam, é preciso atentarmos para a temporalidade em que estavam inscritas. Como em todos os processos históricos não há uma linearidade concreta nem tampouco um marco fixo que delimite as mudanças. O processo vai se desenrolando: ora mais rápido ora mais lentamente, inscrevendo as marcas das diferentes cosmovisões que aos poucos vão afetando o cotidiano das pessoas em todos os níveis de atuação.

Do domicílio ao hospital, lentamente o ato de partejar vai sofrendo mudanças substanciais. Do lado das parteiras essa mudança de local parece ter sido desde sempre bem



aceita. Este fato parece estar ligado à época e à maneira como aprenderam, especialmente para D. Oliveira, D. Army e D. Deta. As três fizeram cursos regulares ligados à Enfermagem, Oliveira nos anos trinta e Army e Deta nos anos quarenta. Estas duas décadas marcaram o início e o aumento dos cursos de Enfermagem no Brasil, e embora existisse toda uma política voltada para a saúde pública, o aprendizado era eminentemente hospitalar. Army permaneceu na Carlos Corrêa em Florianópolis, mas Oliveira em Pirapora e Deta em Rio Fortuna, tiveram uma larga experiência com o atendimento domiciliar, mas foram grandes entusiastas e muito contribuíram quando surgiram os hospitais em suas respectivas regiões.

E em mil novecentos e cinqüenta e um quando abriu em Pirapora o hospital da Fundação SESP eu já estava lá dentro! Aí começou toda aquela movimentação na saúde daqui: tinha uma supervisora do Rio, aliás eram várias delas que vinham do Rio de Janeiro: D. Emengarda, Maria Alice, eram muitas, eu nem me lembro mais. Mas o Hospital, novinho que dava gosto: cama nova, rouparia nova, tudo bonito, tudo limpinho. Foi inaugurado em 12 de março de de mil novecentos e cinqüenta e um. (D. Oliveira)

Eu vou lá no hospital ainda hoje às vezes quando tem muitas cirurgias, ou como voluntária ajudar um pouco. Porque o hospital, aquela casa lá é minha. Aquela casa eu ajudei a fundar, desde o começo, desde a primeira fronha de travesseiro fui eu que fiz. Antes de abrir o hospital, um mês inteiro eu costurei roupas de cama para o hospital. Depois nós trabalhamos dia e noite, nós não tínhamos horário para trabalhar. Não importava nem com o salário, nunca pedi aumento porque eu queria mesmo que esse hospital ficasse um hospital do povo. (D. Deta)

Eunice e Cardoso por sua vez nunca tiveram experiência com partos domiciliares. Iniciaram suas atividades no final dos anos sessenta início dos anos setenta, em que a formação e absorção de recursos humanos para a saúde estavam voltadas para a demanda hospitalar. Dedicaram-se especificamente à obstetrícia por vocação e incorporaram o discurso hegemônico dos altos riscos dos partos realizados em domicílio, da incompetência das parteiras leigas para resolver problemas e da instituição hospitalar como fundamental para a resolução dos problemas decorrentes do parto tanto para a mulher quanto para o concepto.

Já Tereza e Geralda, as únicas dessa colônia pesquisada que não tiveram uma formação específica, desenvolveram suas atividades como parteira majoritariamente em domicílio. Como todas as outras que partejaram em casa sentiram enormes dificuldades pessoais, ligadas principalmente ao tempo despendido de deslocamento até os domicílios, longa permanência junto às parturientes, ter filhos pequenos para cuidar em casa etc. Além disso um fator agravante era a falta de condições higiênicas e de recursos materiais nas casas onde iam atender.

Às vezes ficava na casa delas muito tempo porque eles me chamavam com muito tempo de antecedência, e demorava e eu não saía porque ficava com pena de sair e deixar a mulher desamparada. Elas ficavam me pedindo para não sair e eu não vinha embora. Nosso Deus era ruim isso, porque eu tinha a minha casa, os meus filhos. E depois a miséria das casas, só vindo para entender como era difícil fazer parto domiciliar. (D.Tereza)

Para resolver esses problemas elas criavam estratégias que facilitassem seu trabalho: D. Deta na região sul de Santa Catarina e D. Geralda no norte de Minas Gerais chegaram a manter quartos em suas residências onde acolhiam as gestantes que moravam mais distante e ali mesmo faziam os partos. D. Tereza em Jequietaí usou um pequeno “posto” de atendimento à saúde próximo à sua casa onde atendia e realizava os partos.

Por toda essa conjuntura exposta até aqui e pelo teor das narrativas, pode-se inferir que para quem se dedicava a fazer partos o hospital em todos os sentidos era bem vindo. Mas a aceitação por parte das mulheres à hospitalização do parto no início não foi muito boa. As questões culturais ligadas principalmente aos hábitos alimentares e à sexualidade marcada principalmente pelo pudor, vergonha de expor o corpo às pessoas do sexo masculino ou mais jovens, contribuíram muito para essa resistência inicial ao parto hospitalar.

Quanto ao aspecto de “como faziam” partos, acredito que a leitura das narrativas mostra que não houve uma preocupação das minúcias técnicas do ato de partejar e sim do contexto do parto como um todo. Entretanto, do ponto de vista técnico é interessante observar que todas aprenderam a fazer episiotomia, procedimento que elas mesmas realizavam e aceitavam sem questionamentos. Apenas D. Geralda, cujo perfil é o mais próximo da parteira curiosa tradicional não aceita muito e contesta.

Eu e mesmo as outras parteiras não era assim de fazer episiotomia sabe. Fazia assim normal entende, sempre coincidia de romper sozinho, então a gente dava os banhos. A gente banhava com folha de goiabeira e com mentrato, com essas plantas que eles usavam. Banhava vários dias e dava pra beber o chá de mentrato. Não fazia episiotomia porque não tinha condições. Eu botava a mulher de repouso, não deixava ela ficar levantando e assim sarava, muitas vezes sarava. Às vezes eu fazia um parto hoje, e quando eu ia fazer outro, já tinha sarado, não tinha nada. Agora não, eles cortam, eles não esperam, eles cortam. Agora eu acho, eu tenho para mim que eles cortam até o que não seja pra cortar. Eles não tem paciência de ficar esperando como eu ficava não! (D. Geralda).

Nota-se que esse procedimento foi tão generalizado e incorporado à tecnologia do parto que até mesmo D. Tereza, cujo curso foi muito rápido, apenas três meses, relata saber executá-lo:

E quando eu fazia os partos domiciliares, eram feitos no quarto da parturiente. Ela ficava deitada e encolhia as pernas, e eu muitas vezes tinha até que subir na cama,

para fazer o parto. Mas quando a cama era larga e tinha altura, eu botava ela atravessada na cama e sentava numa cadeira, num tamborete. Aí ficava melhor para mim. Ela com as pernas encolhidas encostada, e assim eu fazia até episiotomia. Eu aprendi a fazer episiotomia no curso. Mas não fazia episiotomia sempre porque muitas vezes já era parto de segundo e terceiro filho, e já não precisava mais porque o períneo já tinha elasticidade. Eu tinha material, tinha todo o material. em uma caixa. No postinho tinha todo o material (D. Tereza).

Analisando o conjunto dessas narrativas com o olhar voltado para o “como faziam partos” de uma maneira mais acurada nota-se que o ato de partejar feito no domicílio é muito mais incluyente, mais ampliado no sentido de atender um número bem maior de necessidades de cuidados não só da mulher e da criança mas da família como um todo. A esse respeito análise mais aprofundada será feita quando discutir cuidado e humanização. O aspecto da criatividade frente aos problemas defrontados pesa muito, além da importância da educação em saúde feita por essas parteiras quando atendiam em casa, conforme diz D. Oliveira.

O parto em casa era uma história! Em construção usa cimento, então eu pedia nas construções os sacos de cimento, entregava para o pessoal da família, cortava direitinho, mandava eles passarem o pano molhado no saco todinho e colocar no sol de um lado e de outro para ficar livre de contaminação, e usava para proteger as camas. Porque a pobreza era demais! Sabe como essas senhoras faziam? Enrolavam o colchão, deitavam na parte de cima do colchão, e queriam forrar lá com o saco de cimento, com o cobertor ou uma roupa velha suja. Mas foi difícil educar essa gente! Até que eu consegui botar os colchões para elas deitarem porque era mais macio e usava como proteção o saco de cimento preparado porque não tinha plástico naquela época. Uma pilha de saco de cimento. Chegava nessas casas e às vezes nem água tinha para botar na panela (D. Oliveira).

As narrativas das parteiras que fizeram partos domiciliares demonstram uma maior integração ao atendimento das mulheres. Este não se restringia o atendimento ao momento do parto propriamente dito: havia um acompanhamento prévio e um acompanhamento posterior inclusive do recém nascido pela parteira que fez o parto, como relatam principalmente D. Geralda e D. Oliveira. Já o parto realizado no hospital atende a dinâmica imposta pela instituição, submetido às normas e rotinas muitas vezes bastante rígidas. Essas normas e rotinas na maioria das vezes privilegiam o serviço em detrimento da clientela. A fala de D. Army é emblemática:

Nos hospitais fica muito mecânica, não é. Por isso eu acho que esse caminho do meio ainda é o melhor. Porque eu como profissional posso te dizer que “mistura” de ciência e tradição é o que eu concordo! Imagina como é feito, em ritmo acelerado: Olha a dilatação tá completa, leva para a sala de parto, ganhou, é já bota outra lá! Quer dizer, o pré-parto, a sala de parto, aquilo é uma coisa mecânica, não é? E as mulheres não tinham acompanhante não, da enfermaria sobretudo não. A maioria ficava sozinha[...] E no pré-parto então a coisa é mecânica, não é? É como[...] como uma fábrica não é? Bom, dava assistência e tudo o mais, mas[...]quando a coisa é curtida, só uma paciente, é diferente. (D. Army)

### 5.3 Da vocação

Falar sobre vocação não se constitui tarefa fácil, uma vez que ela tem implicações profundas quando ligadas ao trabalho nas sociedades complexas da modernidade, tendo sido objeto de estudo de grandes pensadores como Marx Weber. Assim, nesse trabalho, há um pequeno recorte do que ela significa no imaginário das parteiras entrevistadas, e como suas concepções sobre vocação estão em consonância com o discurso que permeou a formação das profissionais da enfermagem.

Consultando o dicionário da língua portuguesa, vamos encontrar para o verbete “vocação” em Aurélio Buarque de Holanda, ato de chamar, predestinação, tendência, escolha, e por extensão talento, aptidão. Chama a atenção os dois primeiros, uma vez que o “ato de chamar” e a “predestinação” têm muito a ver com a aproximação da vocação ao sacerdócio, algo teológico, que ultrapassaria talvez o talento e a aptidão. A própria Florence Nightingale, apesar de só haver iniciado na enfermagem depois da visita à Alemanha aos 30 anos de idade, sentiu-se vocacionada para cuidar dos outros, principalmente dos enfermos e desvalidos, quando sentiu o “chamado de Deus” aos 17 anos de idade. Tornou assim, de certa maneira, uma predestinada que lutou contra a forte relutância de sua família de que ela se dedicasse à Enfermagem.

A discussão das implicações que a vocação representa para o imaginário e as práticas que envolvem cuidados especialmente na enfermagem tem sido o tema de alguns estudos que se dedicam a historicizar a profissão. As questões relativas à Enfermagem relacionadas à vocação articulam-se sobremaneira às concepções principalmente religiosas da vocação, marcadas por um comportamento monástico, atrelando um fazer profissional à caridade, doação, serviço desinteressado, abnegação, etc. Nas narrativas colhidas e analisadas a vocação está explícita ou implicitamente presente em vários momentos colocadas a partir de dois aspectos distintos: vocação enquanto afinidade com o que se faz, e deve estar presente em todas as pessoas que escolhem uma carreira profissional, independente do gênero ou classe social, e vocação eminentemente ligada aos papéis de gênero (papéis sexuais).

#### ***5.3.1 Vocação enquanto afinidade com o que se faz, e deve estar presente em todas as pessoas que escolhem uma carreira profissional, independente do gênero***

Ao se expressarem sobre carreiras que se dedicam a cuidar das pessoas elas manifestam posições bastante concretas sobre a ausência da vocação nos dias de hoje, a busca apenas do

dinheiro sem respeitar os direitos das pessoas. Apresentam um discurso que permeia as profissões de saúde , em especial o discurso presente historicamente na formação de enfermeiras e todo o pessoal de enfermagem, que enfatiza o servir, o amor incondicional, posto que trata-se de uma assistência voltada a seres humanos. A vocação para assistir, para se doar, para amar, e principalmente para cumprir um papel que está para além da profissão propriamente dita. aproxima-se bastante do que Lunardi, (1998) coloca ao historicizar a formação de enfermeiras a partir dos pressupostos de enfermagem colocados por Nightingale:

Relaciona o sentimento de vocação por algo à realização de um trabalho que leve à satisfação pessoal de cumprir com o que é certo, o correto e o melhor, e não devido a um controle externo que possa descobrir suas falhas e faltas. Na verdade, parece-me que o controle externo pode ser desnecessário, frente a um outro controle que pode estar posto, mais amplo, abrangente e infalível, isto é, o controle divino que teria colocado, nas mãos da enfermeira, uma vida humana. (LUNARDI, 1998, p. 58)

É possível ainda hoje perceber algumas permanências do discurso que vincula vocação a sacerdócio, o que historicamente deixou como legado à enfermagem, uma remuneração muito baixa ou até mesmo inexistente quando exercida por religiosas (BORENTEIN,2000; PADILHA,1998).

Essa vocação baseada no amor e na doação seria o diferencial não só no atendimento e cuidado prestado às mulheres durante o parto, mas das características positivas definidoras de quem exerce tais profissões, e em todas as circunstâncias da vida, como dizem D. Army e D. Tereza.

É, mas eu acho que uma coisa é muito importante na vida da gente, quem trabalha na enfermagem sabe perfeitamente: quando tu colocas amor naquilo que tu faz a coisa é fantástica. Em tudo! Não é só na Enfermagem, é no trabalho, aonde tu vais pode botar esse temperozinho que a coisa funciona né. (D. Army)

Vocação é ela sentir vontade de fazer as coisas, por exemplo de ser parteira, ela tem que sentir vontade, tem que sentir prazer de estar ali junto com aquela mulher, não é rir da cara dela: é aproximar, é conversar, é confortar a pessoa, é isso que deve ser feito. Por qualquer profissional é isso que tem que ser feito. se tiver vocação (D. Tereza)

Além disso, elas demonstram grande respeito e admiração pelos médicos que se dedicavam, que atendiam com presteza principalmente a clientela mais necessitada. Porque no caso específico das que desenvolveram atividades eminentemente hospitalares, elas “cobram” muito isso dos obstetras, das enfermeiras, enfim do pessoal de nível universitário.

Porque geralmente quem é parteira tem aquela vocação, pra tudo tem que ter a vocação. Então não é porque eu vou ser obstetra, vou ter faculdade, tem que ter a

vocação. Porque até enfermeira mesmo tem que ter vocação. A enfermeira Odaléa era uma que tinha vocação para parteira, a gente notava nela. Como eu que entrei para a maternidade para trabalhar como atendente, até pedi para a costura, mas queria só ficar na sala de parto, achava aquilo lindo demais. Então aquele amor ao serviço, aquele trabalho, isso aí é que faz bem para a pessoa e para a mãe porque é aquela garra assim com aquele serviço. (D. Eunice)

### ***5.3.2 Vocação eminentemente ligada aos papéis de gênero (papéis sexuais)***

Fica bastante evidente que os papéis que se espera de homens e mulheres dentro da sociedade, e por conseguinte na área de saúde, dentro do hospital, marca as narrativas das parteiras. Percebe-se que a vocação analisada sob o ponto de vista das parteiras, tem a ver com o fato de ser mulher no sentido de que mulher tem atributos (sentimentos) muito mais apropriados ao cuidar que os homens, e isto em obstetrícia seria fundamental. Já o homem não: se ele apresenta qualidades mais ligadas aos sentimentos ele então é visto como especial, porque possui atributos como carinho, gentileza, paciência, que são essenciais, mas estes sentimentos pertencem, no imaginário delas, ao espaço feminino.

Esse “jeito de mulher” justificaria o fato de que são mesmo as mulheres que devem fazer partos por possuírem inclusive um atributo essencial que é a paciência, que de maneira geral os homens não possuem. Além do mais são elas que fazem todo o tipo de trabalho que possibilitam o bom andamento do serviço no caso dos hospitais.

Lavar material, limpar, porque senão vai faltar. Organizar para quando a outra paciente chegar está tudo prontinho, não faltar material, equipar a sala Até chão a gente limpava, a mesa do parto, sangra bastante, bastante coisa, a gente aí já limpava, não tem uma servente para limpar, eu limpo, entende, parteira tem isso aí, tem que trabalhar, e aí com esse negócio de faculdade, elas ficam muito assim, não isso não é meu serviço, levar numa maca não! (D.Eunice).

Parece ser este um ponto nevrálgico nas questões relativas ao fazer em enfermagem, esta associação de vocação com um fazer feminino ligado às práticas, digamos, mais domésticas, majoritariamente desenvolvidas por mulheres. Alguns trabalhos desenvolvidos por estudiosas de gênero e enfermagem já apontam nesta direção lançando luzes a esta questão. (LOPES, 1996) faz uma distinção entre cuidar e tratar que eu entendo como fundamental para o desvelamento das práticas de enfermagem hoje, em contraponto ao seu discurso teórico científico.

A relação que existe entre as práticas médicas (o tratar) e as da Enfermagem (o cuidar), traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A (re) construção cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam

na dupla conjunção entre sexo e classe. Esta dupla conjunção define os conteúdos das primeiras - masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional - frente às segundas - relacionadas às “qualidades” femininas, empíricas, etc.. (LOPES, 1996, p. 82)

Nota-se que vocação demarca um campo de fazer específico do trabalho feminino no contexto hospitalar, marcado muito mais pelo que Lopes define como “qualidade” que está relacionada ao papel de gênero feminino, em detrimento de “qualificação profissional”. A medicina seria reconhecida pela qualificação profissional valorizada em detrimento das qualidades femininas do cuidar muito ligadas à vocação e desvalorizadas socialmente. No caso específico da obstetrícia essa qualificação profissional valorizada e reconhecida socialmente justificaria inclusive a presença do médico na sena do parto, enquanto os não médicos só são aceitos se do sexo feminino.

Esta visão mantém a enfermeira, enfermagem, parteiras subjugadas às estratégias de poder engendradas na instituição, conforme analisa Lopes:

No entanto, a sua concepção enquanto *savoir-faire* feminino, baseado em um sistema de qualidades, o des-singulariza e subsidia sua ação, inscrevendo-a em uma dinâmica móvel de divisão e de processos de trabalho ditados em parte pelo saber médico, mas também pela gestão organizacional. Eis que essas concepções e a qualificação (competências e valores) definidas pelo empregador (o hospital e a prática médica) sustentam, de um lado, a hierarquia e os baixos níveis salariais do trabalho de Enfermagem e, de outro, os postos mais valorizados no plano salarial e de poder. (LOPES, 1986, p.82-83)

Tal situação leva a uma das conseqüências mais persistentes na área da saúde, à exemplo do que ocorre na sociedade como um todo: a invisibilidade do trabalho feminino, sua desvalorização e os baixos salários. Percebe-se hoje que o grande entrave colocado pelos médicos ao parto feito por enfermeiras está no fato de que o Ministério da Saúde autorizou o pagamento destas profissionais por parto normal realizado equiparado ao valor pago ao médico. É interessante observar nas narrativas que sempre as parteiras fizeram os partos sem nenhum problema com os médicos porque eles podiam fazer suas atividades em outros locais e mesmo não realizando os partos recebiam por eles.

Esporadicamente o médico atendia, faziam pouco partos, muito poucos. Também eles não tinham tempo para isso não é?. Não tinham tempo porque eles tinham os consultórios para atender, em coisas que rendiam mais. Porque eu acredito que eles até nem tivessem um ganho como hoje eles têm, talvez economicamente[...]Tu já pensasse se um médico, que tem outras atribuições lá fora, fosse atender um parto em enfermaria? É uma casa particular, não pagava. Isso não ficava conveniente financeiramente pra eles”. Nós ganhávamos só o salário da maternidade. Sabe qual é a minha aposentadoria hoje desta maternidade? Quatrocentos reais! (D. Army)

A vinculação da vocação a aspectos da natureza feminina em potencial talvez seja um dos fatores que ainda contribuem muito para as permanências nas relações de poder hierarquizadas e assimétricas dentro das instituições de saúde. Parece que essa vinculação tem conotações políticas muito mais profundas se pensadas em confluência com a ética e o cuidado cuja abordagem será feita a seguir.

#### **5.4 Do cuidado, da humanização e da ética**

Depois de ter realizado as primeiras entrevistas, feita as transcrições e textualização das mesmas, realizado a oficina de sensibilização de gênero com as enfermeiras obstetras como parte da disciplina de prática assistencial, ficava mais forte a impressão de que o sentido que se dava a humanização do parto estava muito próximo do cuidado. A questão crucial estava colocada: todas as narrativas apontavam na direção de que o ato de partear é um atributo muito mais feminino que masculino na medida em que ele amplia o cuidado durante o parto para além da técnica propriamente dita.

Em todas as narrativas, principalmente daquelas que partejaram em domicílio ou em suas próprias casas, o ato de cuidar durante o parto está intimamente ligado ao fazer feminino. Elas ajudavam nos afazeres domésticos se fosse preciso, inteiravam-se das necessidades de outros membros da família principalmente das crianças, sensibilizavam-se com as carências materiais das mulheres atendidas procurando resolver da maneira que lhes era possível, doando coisas ou pedindo que outras pessoas o fizessem. Chegaram mesmo a fazer de suas casas locais onde as mulheres pudessem permanecer, serem atendidas ao mesmo tempo que permaneciam ao lado dos filhos principalmente. Além do “fazer” existem todos aqueles atributos e sentimentos como compaixão, paciência, solidariedade, que diferenciam a parteira do médico, e que no imaginário correspondem ao feminino. E nos hospitais, apesar da fragmentação desse cuidado pelos espaços físicos de atendimento bem definidos procuravam superar essas dificuldades sendo solidárias, compreensivas, enfim “psicólogas” como algumas sugeriram.

Eu cuidava da mulher e da criança durante oito dias após o parto. [...] Quantas vezes eu arranjava até meus lençóis, e dava para elas porque não tinham. E quando eu chegava mandava que lavasse, que passasse direitinho (D. Oliveira)

O cuidado era de uma maneira geral. E o meu sistema com elas, o que eu usava era assim: oh gente, vamos levantar, vamos deambular, vamos tomar um banhozinho morno para estimular. Então a gente saía com ela rodando, andando, conversando



bastante. Com contração elas diziam: Eu não agüento, está doendo. Então sentava com elas e explicava: a dor é assim mesmo, a gente faz a dor do tamanho que a gente quer. Eu sempre usava essa expressão, não sei se é correta, eu falava assim: a gente faz a dor do tamanho que a gente quer. Você está gritando, por quê você está gritando? Porque muitas chegavam gritando, e se você fosse fazer uma análise, ficar ali junto, estar lá com ela, dando uma de psicóloga, você ia descobrindo os medos, a razão de tanta gritaria; oh, a criança não tem pai, ah! eu sou separada, problemas demais em casa. (D. Cardoso)

A mulher tinha um olhar abrangente. Ela cuidava em casa dos filhos, ela cozinhava, ela atendia tudo. [...] Então não tem porque a mulher também não ser mais profissional na parte de obstetrícia como parteira. Porque ela atendia tudo! Então ela foi pegando experiência: com o nascimento do seu filho ou da vizinha, porque ela foi mais prestativa. Ao longo do tempo a mulher tem uma história muito bonita. E também é uma questão cultural. Porque o homem não pode atender? Pode, mas o homem com o machismo perdeu muito, o patriarcalismo não é bom. (D. Army)

Eu tenho muito orgulho de ser parteira e digo que hoje falaria para as jovens que quisessem ser parteira de verdade: treinar, ter vocação, muita vocação mesmo, ter paciência, raciocínio rápido, ter raciocínio rápido, é importantíssimo porque ela tem que saber decidir sem muitas dúvidas. E ser uma pessoa humana, ser humana e sofrer junto com as pessoas que estão sofrendo, sofrer ali junto. É isso que é preciso. (D. Tereza)

Assim, todos esses aspectos encaminhavam a uma pergunta que passou a ser constante: em que medida os sentidos imbricados no termo humanização não são os mesmos, ou estão muito próximos dos sentidos atribuídos ao cuidado, como componente de uma cultura ou de um valor feminino? Quais as implicações disso para que a concretização da “Humanização do Parto” se dê efetivamente na prática? O que D. Deta falou a respeito de parto feito por médicos e por parteiras pode servir de alavanca para avançarmos nessa análise:

Parto feito por parteira ou feito por médico é a mesma coisa, porque parto é parto! Só tem uma diferença: os médicos só vinham na hora de fazer o parto mas o controle do parto a parteira fazia. A parteira ficava a noite inteira, então na hora que era para nascer, se era uma pessoa que exigia, daí chamava o médico e ele vinha e fazia o parto. Só chegavam na hora de fazer o parto. Porque o médico não tem paciência de esperar progredir um parto. Por isso eles fazem muita cesariana e poucos médicos faziam o parto, daí é muito mais fácil para eles fazer cesariana. Opera rápido, sai da cabeça e eles podem atender outras coisas. (D. Deta)

Quando ela diz que parto é parto independente de quem o faça é claro que ela está referindo-se ao parto normal, à técnica utilizada para partejar, mesmo porque até as parteiras tradicionais foram aos poucos absorvendo a técnica do parto a partir da visão médica, incorporando procedimentos que elas não realizavam como é o caso da episiotomia. E quando o médico chega à cena do parto a técnica utilizada por ele não tem necessariamente que ser a do parto fisiológico, ele pode muito bem optar pelo parto cirúrgico, a cesariana. Enfim, é ele

quem detém a alta tecnologia da parturição, o conhecimento científico necessário e automaticamente a qualificação profissional de alta complexidade que se exige para esse fim.

A parteira ficava com o controle do parto o tempo que fosse necessário. Vejamos o que contém esse “controle do parto” realizado pela parteira, que a meu ver pode ser analisado a partir de dois pontos de vista distintos: do ponto de vista dos partos domiciliares e do ponto de vista dos partos institucionais realizados em maternidades ou hospitais gerais.

Do ponto de vista dos partos realizados em casa esse controle do parto pela parteira durante várias horas implicava em um envolvimento afetivo e efetivo com as necessidades reais das mulheres dentro de seu mundo: sua casa, os filhos, o marido, a mãe, as necessidades materiais reais em todos os aspectos. Isso levava a um envolvimento bastante intenso entre parteiras e mulheres cuidadas, em que os cuidados iam além do controle do parto propriamente dito. Esses cuidados direcionavam-se então para os afazeres cotidianos comuns às mulheres (D. Deta mesmo relata que fazia pão e costurava nas casas em que atendia), criando um clima de solidariedade capaz de fazer com que elas providenciassem roupas e até alimentos para essas mulheres. Em muitos casos elas continuavam a acompanhar a mulher e o conceito após o parto até pelo menos oito dias, mantendo um vínculo cuidativo real.

Do ponto de vista do parto institucionalizado esse controle do parto toma características diferentes, apesar de que novamente essa responsabilidade seja da parteira, ou da atendente de enfermagem, ou da auxiliar, ou da enfermeira, enfim de uma mulher. Só que no espaço institucional o controle está submetido a uma rotina muitas vezes rígida, a uma prescrição médica, aos espaços determinados para cada fase identificável da evolução do parto. As mulheres aqui já não têm nome ou qualquer tipo de problema social ou familiar que as aflijam, ficaram lá fora, bem distante. As cuidadoras se sucedem de acordo com as escalas de plantão. Mas existem aquelas que ficam mais próximas, confortam, animam, explicam, escutam, enfim têm a qualidade feminina e desejável às mulheres que cuidam. Não é à toa que muitos hospitais que na atualidade empenham-se no processo de reconhecimento para alcançarem o título de “Maternidade Segura” têm chamado aos serviços como voluntárias as “doulas” que em algumas regiões foram parteiras no passado.

Vejamos então o que é possível depreender dessa conjuntura apresentada nesse estudo até então, e quais as possíveis conseqüências para a humanização do parto. Tentemos primeiramente compor o conjunto de “atributos” relativos à qualificação profissional e

qualidade feminina<sup>10</sup>, e o que elas significam o nível de reconhecimento social. A qualificação profissional está ligada ao masculino, hegemônico, científico, valorizado, melhor remunerado, cheio de regalias. ao passo que a qualidade feminina está ligada ao submisso, de senso comum, valorizado ao nível do discurso mas desvalorizado socialmente na medida em que é mal remunerado e não tem tantas regalias.

É possível aproximar essa perspectiva acima da argumentação e questionamentos que Tronto (1988) coloca a partir da perspectiva moral e do feminismo sobre cuidado. A partir do significado da palavra cuidado em inglês, *care*, que significa assumir uma carga, ela sugere que uma pessoa ou um grupo assumem um grande compromisso. quando cuidam. Ela argumenta que há dois tipos de cuidados em nossa sociedade intimamente ligadas aos objetos a que se destinam esse cuidado, que seriam o “cuidado com” (preocupar-se) e o “cuidado de”. Embora a própria autora afirme a dificuldade de se delimitar essa diferença, em linhas gerais isso significaria que no “cuidado com” o objeto é mais genérico, mais distante, e no “cuidado de” ele é mais definido, mais próximo, é cuidar dos outros. Assim ela diz que na sociedade ocidental é preciso estarmos atentas ao significado e às representações sobre o cuidado porque:

Cuidar é uma atividade regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado quanto na vida privada. As ocupações de mulheres são aquelas que envolvem cuidados e elas realizam um montante desproporcional de atividades de cuidado no âmbito doméstico privado. Para colocar a questão claramente, os papéis de tradicionais de gênero em nossa sociedade implicam que os homens tenham “cuidado com” e as mulheres “cuidem de”. (TRONTO, 1988, p.189)

Ela afirma que essa distinção é importante porque se as mulheres “cuidam de” esse cuidar está sempre relacionado a cuidar do outro o que vem a apresentar implicações morais diferentes do “cuidado com” (preocupar-se) que devem ser pensadas e analisadas. A diferença que se coloca para analisar os aspectos morais relativos ao cuidado está no fato de que no “cuidado com” é preciso apenas indagar sobre a natureza do objeto cuidado. Esse aspecto muda bastante quando se indaga sobre a moralidade do “cuidar de”, porque não basta conhecer o objeto do cuidado mas entendê-lo dentro de um contexto concreto. Sendo assim: “O que faz “cuidar de” ser tipicamente percebido como moral não é a atividade em si, mas como essa atividade se reflete sobre as obrigações sociais atribuídas a quem cuida e quem faz essas atribuições”. (TRONTO, 1988, p.189). Considera três dimensões morais da atividade de cuidar: a capacidade de perceber as necessidades do ser cuidado; a questão da autoridade e

<sup>10</sup> Conforme já foi citado anteriormente nesse trabalho, qualificação profissional e qualidade feminina usadas. como expressões que marcam e diferenciam o cuidado a partir das relações de gênero principalmente no âmbito hospitalar foi

autonomia entre cuidadora/or e ser cuidado, e o particularismo que envolve essas duas dimensões.

Não é objetivo desse estudo aprofundar as questões relativas à moralidade do cuidado, mas é importante pensarmos que esses aspectos levantados por essa autora estão intimamente ligados ao cotidiano em saúde de uma forma muitas vezes irrefletida. E em linhas gerais e bem sucintamente falando importa a conclusão que a autora chega ao fato do “cuidar de” ser ligado ao feminino. Para ela, concordar e defender como fazem algumas autoras o cuidado como ética feminina é uma maneira de continuarmos mantendo a interpretação da feminilidade como antítese da masculinidade, entendendo o masculino como o normal mantendo assim as desigualdades levadas a cabo pela dicotomia entre o público e o privado, em que cuidado insere-se no espaço privado em oposição ao espaço público masculino onde se insere as preocupações sociais e políticas. Daí ela propõe uma abordagem feminista do cuidado no sentido de problematizar as questões relativas ao cuidado:

Essa abordagem feminina do cuidar não pode, então, servir de ponto de partida para um questionamento mais amplo do papel adequado do cuidar na sociedade. [...] [...]a abordagem feminina do cuidar carrega o fardo da aceitação das divisões tradicionais de gênero numa sociedade que desvaloriza o que as mulheres fazem. [...] Em contraste, uma abordagem feminista do cuidar necessita começar por ampliar a compreensão do que significa cuidar de outros, tanto em termos de questões morais como em termos da necessidade de reestruturar instituições políticas e sociais mais amplas, se o cuidar de outros constituir uma parte mais central das vidas de todos os dias de todo mundo na sociedade. (TRONTO, 1988, p.200)

Trazendo a abordagem do cuidado para o espaço institucional parece que o “cuidar de” esta relacionado com a qualidade feminina colocada por (LOPES, 1996), enquanto a qualificação profissional estaria relacionada ao “cuidado com”, preocupar-se. Para algumas autoras que se dedicam aos estudos das relações de gênero e saúde especialmente nos hospitais, (MEYER; LOPES; WALDOW, 1996) seria o cuidar (atributo da enfermagem/feminino) e o tratar (atributo médico/masculino). Uma convergência é explícita nas três leituras: a manutenção da assimetria de gênero marcada pelo valor social que se dá a essas práticas independente do sexo de quem desempenhe embora o grande contingente de quem cuida são de mulheres.

E quais as implicações que essa análise trás para as questões relativas à humanização do parto? Proponho três aspectos fundamentais a serem analisados: o primeiro aspecto está

implícito na dicotomia entre tratar<sup>11</sup> e cuidar, em que tratar é superior e mais valorizado, e que tem relação com o local onde se dão essas práticas. O segundo aspecto refere-se ao fato de que independente do sexo de quem cuida ou quem trata existe uma supremacia do tratar em detrimento do cuidar. O terceiro aspecto seria o atributo ou valor moral que se percebe ao “cuidar de” que segundo Tronto, e eu concordo com ela, tem relação direta com o contexto onde se insere o cuidado e com quem cuida.

Da maneira em que estão estruturadas as instituições de saúde o cuidado existe muito mais em função do tratamento, do olhar e da avaliação médicas. Historicamente reestruturado para ser um espaço médico, o hospital gira em torno das prescrições médicas onde não apresenta ainda um espaço efetivo que privilegie o cuidado, entendendo cuidado como uma troca relacional entre dois ou mais seres de maneira democrática. Embora devesse ser o contrário dentro das instituições de saúde, geralmente em primeiro lugar não estão os interesses da clientela atendida. Isso muitas vezes é percebido e assimilado pela própria equipe, o que demonstra a fala de Eunice, parteira em uma maternidade durante duas décadas:

Por isso era importante levar para maternidade. Porque lá tem os estudos deles (médicos) em primeiro lugar é o estudo deles: para avaliar pressão alta, problema urinário, criança assim com deformação, essas coisas” .(D. Eunice)

Visto assim é preciso questionar se realmente o número de intervenções desnecessárias vão diminuir suficientemente, porque pelas narrativas analisadas as parteiras com experiência eminentemente hospitalar tinham muito menos autonomia de decisão que as outras, as que atendiam em domicílio. E quando elas passaram pela experiência de partejar em domicílio antes de fazê-lo em hospitais, essa capacidade de avaliação e decisão sobre as condições do parto prevaleciam. D. Deta chega a relatar que mesmo atendendo partos no hospital chegou a fazer cerca de cem partos sem precisar do auxílio médico. Muda tanto as relações entre médicos e parteiras que algumas como D. Geralda ou D. Oliveira chegavam a dizer ao médico que estavam “passando” suas clientes para eles, uma situação inversa a do hospital em que a “paciente” antes de tudo tem que estar sob os cuidados médicos.

A permanência da supremacia do tratar sobre o cuidar independente do gênero, segundo aspecto proposto para análise, de certa maneira causa perplexidade. Em uma sociedades como a nossa, onde há um discurso (e na prática muitas conquistas mesmo) das condições de igualdade entre os gêneros, num olhar menos indagador pareceria natural essa

---

<sup>11</sup> Trazendo a discussão para a especificidade da obstetrícia, do ato de partejar, o tratar é entendido como a tecnologia médica relacionada aos assuntos ligados ao parto e nascimento consideradas grandes avanços: cesarianas, partos com analgesia, todos os procedimentos que as/os não médicas/os não realizam.

hegemonia do tratar numa sociedade de avanços técnicos científicos comprovados em todas as áreas. Visto dessa maneira, poderíamos indagar como ficariam as profissões eminentemente ligadas ao cuidado, principalmente a enfermagem? Na atualidade há uma gama enorme de trabalhos que associam o cuidado às práticas de enfermagem o que é inegável, embora seja necessário fazer algumas ressalvas. As teorias do cuidado em enfermagem têm interpretado o cuidado como um fazer universal, sem questionar muitas vezes o que ele significa a nível político nas sociedades em particular e nas instituições em que se dão essas práticas (MEYER, 2000). Em muitos casos há uma tendência à naturalização do cuidado como pertencendo à essência feminina, ou conforme já foi colocado antes à ética feminina.

Paradoxalmente temos assistido a um fenômeno que nega o cuidado na enfermagem por parte principalmente das alunas que estão nos cursos universitários. Algumas vezes presenciei atitudes de recusa por parte de alunas em desenvolver cuidados que no julgamento delas “eram inferiores”. Waldow, em seu trabalho sobre o cuidado humano tece considerações a esse respeito:

Segundo várias autoras (LEININGER, 1991; RADSMA, 1994), enfermeiras cederam às demandas políticas desenvolvendo predominantemente atividades relativas às práticas de cura, ou seja, procedimentos auxiliares de tratamento, para assim obter reconhecimento, além de prestígio e status. Com isso desvalorizam as práticas de cuidar, que passaram a ser evitadas e delegadas a outras categorias. É um fato bastante observável nas escolas de enfermagem, onde as ações que promovem limpeza, higiene, conforto, auxílio na alimentação e na locomoção são questionadas pelas alunas que se negam a realizá-las, já que pensam que não as desenvolverão futuramente na prática profissional, delegando-os aos demais membros da equipe. Essas atividades consideradas menos importantes, quando solicitadas são feitas com vergonha e repúdio. No entanto, menosprezadas e desvalorizadas pela própria enfermagem, tais atividades constituem cuidado!. (WALDOW, 1999, p.66)

Mas o que leva a isso? O que faz com que as próprias enfermeiras neguem na prática o que elas defendem na teoria, ou seja, o cuidado direto? É nesse aspecto que concordo com Bourdieu (1999) quando ele a partir do estudo realizado da sociedade cabile, afirma que há dominação masculina “incorporada” para além do nível da consciência através do *habitus* percebido e assimilado através da dominação simbólica. Há um reconhecimento tácito, inconsciente da superioridade masculina mesmo no que se considera hoje avanços da mulher em todos os setores da sociedade, uma vez que os valores e objetivos almejados pelas mulheres são construídos do universo masculino numa cultura falocêntrica. Ele afirma que:

O efeito da dominação simbólica (seja ela de etnia, de gênero, de cultura, de língua etc.) se exerce não na lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos

esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos *habitus* e que fundamentam, aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, uma relação de conhecimento profundamente obscura a ela mesma. Assim, a lógica paradoxal da dominação masculina e da submissão feminina, que se pode dizer ser, ao mesmo tempo e sem contradição *espontânea e extorquida*, só pode ser compreendida se nos mantivermos atentos aos efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre as mulheres (e os homens), ou seja, às disposições espontaneamente harmonizadas com esta ordem que as impõe. (BOURDIEU, 1999, p. 49-50)

O que eu proponho como reflexão para esse estudo não é de que a dominação masculina seja algo rígido, vertical, rígido, em que as mulheres nas relações de poder estão sempre submetidas ao homem, numa perspectiva de vitimização da mulher que eu discordo. Essas relações de poder se dão a partir de outras variáveis como classe e etnia, e em várias situações nas relações de poder a mulher não é vítima. O que eu quero argumentar é que, independente do status que homens ou mulheres ocupem na sociedade há uma visão de mundo falocêntrica que direciona as pessoas desde as decisões políticas às escolhas individuais.

As narrativas das parteiras desse estudo em vários momentos apontam nessa direção, nessa associação do cuidado ao feminino, da legitimidade da presença da mulher na cena do parto porque cuida, e o homem só é admitido nesse espaço pela competência técnico-científica, mas de certa maneira é ele quem decide, quem dá a palavra final, quem pode salvar a mulher dos perigos do parto. No estudo de Bessa e Ferreira (1999) sobre o trabalho das parteiras rurais do Acre em que já existem pelo menos dois parteiros do sexo masculino, elas relatam que estes parteiros só fazem a parte técnica do parto, porque as demais atribuições das parteiras não são para homens fazerem (dar chás, olhar criança, massagens, ajudar no serviço da casa), enfim cuidam. Acho muito procedente o questionamento de Waldow:

O questionamento em relação à enfermagem decorreria da desvalorização, por ser uma atividade exercida predominantemente por mulheres, ou da associação com o cuidar que seria desvalorizado e assim assumido pelas mulheres, uma vez que o componente masculino lhes permitiu o acesso? (WALDOW, 1999, p.65)

Assim o cuidado torna-se na verdade uma faca de dois gumes para a enfermagem: ele é reivindicado como objeto primeiro da profissão, é associado ao feminino, ao mesmo tempo em que é repudiado e relegado aos subalternos. Dessa forma as enfermeiras, detentoras do conhecimento científico e qualificado deslocam-se e identificam-se com as práticas do tratar e independente do gênero tomam uma “performance masculina”, elas próprias desqualificando o que é relacionado ao feminino. Isso aplica-se inclusive à resistência que algumas enfermeiras têm ao feminismo e a incorporação dos estudos de gênero às teorias de enfermagem. Peggy Chinn foi uma das primeiras enfermeiras norte americanas a abordar o

tema da enfermagem e feminismo, afirmando que as Teorias de Enfermagem trazem contribuições ao desenvolvimento da profissão, mas reforçam o modelo de “opressão patriarcal”, até mesmo por utilizarem “homem” como um conceito genérico e universal. Ela diz que:

Em alguns aspectos a teoria feminista e as teorias de enfermagem têm pouco em comum. As teorias feministas e de enfermagem aparentemente lidam com domínios bem diferentes, baseiam-se em diferentes suposições e usam linguagens diferentes. As/os teóricas/os de enfermagem até bem recentemente, usam “homem” como um conceito genérico. Esta prática tem sido indefensável do ponto de vista sociológico, psicológico e como estrutura lingüística de referência, sem mencionar a estrutura feminista de referência, por muitas décadas. As teorias da enfermagem incorporam muitas suposições patriarcais subjacentes, no que diz respeito a experiência humana. (CHINN; WHEELER, 1995, p.76)

O terceiro aspecto relacionado à moralidade do cuidado a partir do contexto em que ele se dá é fundamental na contribuição aos questionamentos e propostas da humanização, se pensado a partir de duas pressuposições: da percepção por parte de quem cuida das necessidades do ser cuidado, e da questão da autoridade e autonomia.

É possível inferir através das narrativas que é mais fácil perceber as necessidades das mulheres quando essas são cuidadas em suas casas porque elas estão no seu contexto real. O cuidado amplia-se na medida em que há a possibilidade efetiva da participação de outras pessoas na cena do cuidado, ou seja, na cena do parto. Fica muito mais fácil de atender as expectativas das mulheres e ao mesmo tempo criar espaços educativos de informação e discussão sobre questões relativas à saúde tanto das mulheres quanto das crianças. É o espaço da possibilidade de trocas menos assimétricas entre quem cuida e quem é cuidada.

Do ponto de vista de quem faz o cuidado, no caso aqui as parteiras, dois fatores são preponderantes: uma maior autonomia em relação ao exercício médico e uma capacidade de decidir muito mais ampliada. O reconhecimento social por parte das pessoas atendidas é muito maior, sendo uma relação de troca muito mais democrática. A ética que permeia essas relações estão mais centradas no humanismo, na solidariedade, na com-paixão mesmo pela outra. Parece que as relações de autoridade e autonomia podem ser melhor negociadas no espaço doméstico.

Já o cuidado, e automaticamente o parto e nascimento, realizado em instituições hospitalares torna-se impessoal, rotinizado. As rotinas mudam a face do cuidar na medida em que nem sempre levam em conta a autonomia de quem é cuidada. Então o aspecto ético, moral do cuidado toma outra conotação: ele agora faz parte de normas que servem a todas



sem exceção. Ele serve aos fins institucionais, posto que é difícil avaliar as necessidades integrais de cuidado de alguém fora do seu contexto real. As relações de poder entre as partes é muito mais verticalizada, o que pode tornar o cuidado do ponto de vista institucional moral, mas não ético do ponto de vista da humanização. Vamos a um exemplo: até bem pouco tempo, e talvez ainda aconteça em muitos hospitais, uma mulher internada não deseja fazer tricotomia mas a cuidadora realiza o procedimento mesmo contra a própria vontade da cliente. É cuidado por parte da cuidadora se tomarmos o aspecto da rotina institucional, mas pode ser visto talvez como um não-cuidado sob o aspecto moral e ético pela assimetria na decisão e pela falta de autonomia da mulher de decidir sobre o seu próprio corpo.

O reconhecimento social que integra cuidadora e sua comunidade no cuidado realizado no domicílio desaparece no hospital. Ele fica oculto sob a primazia do tratar eminentemente médico. O cuidado passa a ser parte de um conjunto de ações auxiliares do tratamento. A autonomia de decisão praticamente inexistente, ficando a mulher à mercê das normas e rotinas que muitas vezes ela não entende. É claro que, apesar das relações entre cuidadoras e mulheres cuidadas no caso do parto em domicílio estar colocada de certa maneira de forma mais democrática, nem aí elas estão livres das relações de poder que se dão entre as partes. As narrativas demonstram que as parteiras que fizeram partos domiciliares faziam valer sem dúvida nenhuma o seu poder de profissionais detentoras de saberes mais técnicos principalmente sobre higiene e hábitos alimentares.

Lima (2001) ao tratar das questões éticas relativas ao cuidado discorre sobre essa faceta tão importante das relações de cuidado ao dizer que um dos pontos de desequilíbrio do “poder potencial manifesto”. Entre cuidadoras e quem recebe cuidado está no fato de que quem cuida possui, nem que seja de maneira geral, algum conhecimento das necessidades de alguém que suscite cuidados, ao passo que quem é cuidado geralmente não detém nenhum conhecimento sobre quem cuida.<sup>12</sup> Então ela diz que:

É importante que a/o enfermeira/o seja clara/o com o/a mesma/o A desigualdade de poder potencial desenvolve na clientela formas de sentimentos e ansiedades acerca da possibilidade de sofrer abuso de poder na relação com o pessoal de saúde. A/o enfermeira/o não deve minimizar, portanto, o seu poder, ao contrário, ao exercê-lo deve observar o impacto que suas palavras e seus atos causam na/o cliente. As preocupações da/o cliente sobre ‘o que podem fazer comigo aqui’ devem ser encaradas com seriedade pela/o enfermeira/o até porque, muitas vezes, as

<sup>12</sup> O texto de Maria José de Lima nasceu da conferência que a mesma proferiu no último congresso brasileiro de enfermagem realizado em Curitiba em 2001, com o título de ética e cuidado. Embora no texto ela faça referência a/ao enfermeira/o uso o termo “cuidadora” porque acredito que isso se aplica à enfermagem como um todo e a outros profissionais da saúde envolvidos com o cuidado.

preocupações se originam de experiências de abuso real, naturalmente da falta de ética, cometida por profissionais que trabalham no setor saúde. (LIMA, 2001, p.03)

Uma outra questão importante que está presente nas narrativas e que a meu ver representam um grande impasse nesse mundo globalizado, tendo fortes conotações na área da saúde, é a valorização em termos efetivos de remuneração do trabalho de cuidar numa sociedade paradigmática de troca, em que as metáforas sobre cuidado se incompatibilizam com os objetivos de uma sociedade mercantil. A metáfora mais importante estaria ligada mesmo à abnegação, uma vez que para cuidar bem de outro, quem cuida renunciaria aos seus próprios interesses como primeiros. Como compatibilizar essa perspectiva com a sociedade moderna de primazia do indivíduo? Como diz TRONTO (1988, p.193), “Para que alguém possa cuidar do outro, é necessário uma ligação entre o ser e o outro e a natureza dessa ligação constitui um problema para qualquer ética do cuidar”. Aqui, ética, gênero e cuidado se entrelaçam de maneira marcante porque não se pode negar a dimensão política e social do ato de cuidar. Tentemos fazer uma leitura do que isso significa a partir de alguns trechos das narrativas:

Eu cobrava de quem podia pagar. Eu cobrava um tanto que a gente hoje não sabe nem dizer o quanto valia. Aquele tempo era um valor que a gente calculava, baseado em quem tinha porcos, quando vendia o porco ou a banha. Por exemplo: uma lata de banha era o que eu cobrava, o equivalente, mas aquele dinheiro era pouco, aqueles cem “réizinhos”, aquela nota vermelhinha, que eu nem sei quanto é que vale se comparar com o dinheiro de agora. Era pouca coisa que eu cobrava e muitos partos eu fazia de graça. Não podia pagar como é que eu ia cobrar? Eu tinha que ajudar. (D. Deta)

Muitos milhares de partos eu fiz sem cobrar, porque a pessoa não tinha condições de pagar. O médico me dizia: vocês são obrigadas a ir ao chamado porque se acontecer alguma coisa, vocês são responsáveis. Eu um dia falei para ele: como é que nós somos responsáveis e o Sr. não é responsável? Porque se fosse uma pessoa que não pudesse pagar eles não atendiam mesmo, os médicos não atendiam. Uma vez uma mulher que veio lá de Buritis foi para o hospital e não atenderam. Ela então veio para a minha casa e passou uma meia hora ela teve a criança. Ela não ficou no hospital porque não tinha dinheiro para fazer o depósito que era obrigatório. Elas não tinham dinheiro para pagar o parto. (D. Geralda)

Naquele tempo não tinha apartamento, era complementado muitas vezes pelo instituto, ou muitos pagavam particular a parte excedente. Mesmo essas particulares a gente atendia, esporadicamente o médico atendia. Os médicos faziam poucos, muito poucos partos. Também eles não tinham tempo para isso não é? Não tinham tempo porque eles atendiam os consultórios particulares em coisas que rendiam mais. (D. Army)

Mesmo paciente particular a gente não recebia por esse trabalho. Não, só a parte da maternidade mesmo. Os médicos às vezes no final do mês davam uma contribuição, um presente, uma contribuiçãozinha assim, coisa pouca, não era fixo, não era nada.

A gente não podia achar ruim porque o importante era o emprego que a gente tinha que manter e esperava só o aumento da maternidade mesmo. Mas isso aí era errado! Eu trabalhava mais a noite, então os médicos às vezes ficavam em casa dormindo e eu na maternidade acordada a noite toda. D. Eunice)

Olha, eu acho que aconteceu é que o médico é muito egoísta, ele gosta muito de dinheiro, e é onde tira a possibilidade da parteira trabalhar, do povo trabalhar. Hoje, muitas vezes quem estuda só estuda pensando em ganhar, em ganhar. Vou fazer isto, porque isto me dá tanto lá na frente, não pensa no pobre, no menos protegido aqui da terra não. Não pensa nisso. Só pensa no dinheiro. Só o dinheiro é que vale. Só o dinheiro é quem fala mais alto. Por isso é que muitas vezes o médico estuda e no convite dele tem aquele negócio de[...]como é que fala, juramento, o juramento dele fala alguma coisa como não cobrar dos pobres. Que nada! Que não cobrar de pobre coisa nenhuma! Pobre é que se lasque, pobre é que se morra na porta de hospital, na porta de onde seja porque eles não estão ligando pra isso não, eles querem é dinheiro. É dinheiro que eles querem. Não pensam em outros tipos de ganho, do amor ao que se faz, não pensa em nada disso, nada disso. (D. Tereza)

De uns anos pra cá era o seguinte: eu fazia o parto, entendeu, e eles (médicos) recebiam pelo parto. Eles têm o plantão deles, recebem pelo plantão normal, e pelos partos, cada parto ali eles recebem. (D. Cardoso)

Percebe-se que o ato de partejar está mesmo vinculado intimamente ao cuidar, à qualidade feminina que pressupõe uma série de atributos ligados mesmo à abnegação em função do cuidado do outro ser, em detrimento de suas próprias necessidades individuais. Há uma invisibilidade desse fazer, desse trabalho feminino, na medida em que se atrela o cuidado ao espaço privado, doméstico e feminino, o que reflete na baixa ou nenhuma remuneração desse fazer. O ato médico na cena do parto é um ato ligado aos significados de cura, de qualificação profissional que insere esse fazer na esfera do público, do social, do político, enfim no espaço em que as leis do mercado, das trocas mercantis podem se dar sem problemas.

A partir disso podemos colocar algumas questões éticas ligadas ao ato de partejar e da humanização proposta. Se pensarmos na ética como aspiração primeira do ser humano de princípios e valores, de maneira concreta em nosso cotidiano, pode-se concordar com Lima (2001, p. 1) quando ela diz que “quando buscamos um sentido para a ética não tratamos da ética em geral, e nem tampouco abstrata, tratamos sim da vida humana e do mundo em que nós, humanos, habitamos, amamos, e sofremos”. Pode-se assim pensar a ética do atendimento, do cuidado que está implícito no ato de partejar em duas perspectivas, ambas ligadas ao valor a que se atribui ao trabalho: como valor de liberdade e “humanização” do ser humano, quanto da perspectiva do valor do trabalho enquanto meio de sobrevivência de cidadãs/ãos numa sociedade de troca

Então se não se atende alguém, ou se atende mal porque não haverá nenhum tipo de ganho material, é uma questão da liberdade do ser, da sua inserção no mundo, dos valores que esse ser possui enquanto liberdade autônoma. É uma des-humanização na medida em que distancia o ser de princípios fundamentais do humanismo calcados principalmente na compreensão, solidariedade e na com-paixão, sendo a solidariedade a mola mestra propulsora da ética do gênero humano que Morin assim define:

[...] qualquer concepção do gênero humano significa desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana. No meio dessa tríade complexa emerge a consciência. Desde então, a ética propriamente humana, ou seja, a antro-po-ética, deve ser considerada como a ética da cadeia de três termos indivíduo/sociedade/espécie, de onde emerge nossa consciência e nosso espírito propriamente humano. Essa é a base para ensinar a ética do futuro. (MORIN, 2000, p. 105-106)

A ética do gênero humano baseado na compreensão e na solidariedade poderia nos levar mesmo à superação de todo tipo de preconceito, de discriminação, e aceitação de todos os seres humanos como iguais independente de classe, etnia, gênero, geração, opção sexual ou crenças religiosas. E o que percebemos quando analisamos o trabalho relacionado ao cuidado enquanto valor de sobrevivência? Uma desvalorização flagrante marcada provavelmente pelo preconceito e desvalorização da mulher, e automaticamente das atribuições ligadas a ela socialmente. Em um mundo em que mais de 50% dos seres humanos são mulheres é ético manter essa diferença, quando as mulheres assumem mais e mais em algumas sociedades a responsabilidade pela sobrevivência material de suas famílias? É só olhar para a maioria das mulheres que trabalham na área de saúde (onde elas são a maioria) e refletir sobre seu cotidiano: baixa remuneração, periferias das cidades, transporte coletivo inadequado, dupla ou tripla jornada, inexistência de creches [...] Santos, ao comentar trabalho de Wallsertein e Babilar diz que no mundo globalizado na atualidade a manutenção das desigualdades econômicas sem riscos de convulsões políticas e sociais está no fato de que:

[...] o sexismo está intimamente ligado ao racismo. Os salários muito baixos que este último permite só são socialmente possíveis porque a reprodução da força de trabalho é feita em grande parte no espaço doméstico através de relações de trabalho não pago a cargo das mulheres. A invisibilidade social desse trabalho é tornada possível pelo sexismo. (SANTOS, 1999, p.145)

Foi possível perceber que mesmo no espaço público as mulheres que cuidam trazem consigo, de certa maneira, o “estigma” do trabalho doméstico desvalorizado e invisível, traduzido principalmente pela baixa remuneração. Assim pergunta-se: é possível humanizar a atenção às mulheres no âmbito institucional mantendo-se essas instituições inalteradas do

ponto de vista político? Quem cuida bem precisa ser bem cuidada, e parece não ser essa a realidade.

Penso que a contribuição dessas reflexões a partir das narrativas das parteiras possibilitarão lançar luzes significativas para a formação das atuais enfermeiras obstétricas nos cursos de pós-graduação lato senso. Percebi com bastante clareza essa possibilidade quando da realização em junho de 2001 na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis, de uma oficina de sensibilização com enfermeiras obstetras a partir de “recortes” das entrevistas com parteiras. Essa oficina, realizada a partir de um enfoque feminista buscando problematizar as relações de gênero que se dão nos espaços cuidados durante parto e nascimento demonstrou uma riqueza enorme de possibilidade de avanços para enfermeiras obstetras preocupadas com a premência de se estabelecer na prática com criatividade a tão almejada humanização (COSTA, 2001).

## **CAPÍTULO VI**

### **TECENDO REFLEXÕES FINAIS**

---

Um sonho sonhado sozinho não passa de um sonho,  
mas um sonho sonhado em conjunto torna-se  
realidade. (Brecht)

O caminho percorrido em toda a trajetória desse estudo foi árduo e marcado por inquietações e perplexidades, mas ao mesmo tempo rico em novas descobertas, e sobremaneira gratificante e muito prazeroso na medida em iam se desenvolvendo as entrevistas e a trama se desenrolando. Esses encontros foram marcados pela força das narrativas destas mulheres que durante muito tempo em suas vidas se dedicaram ao ato de partear. Abriram seus universos com simplicidade, gentileza e uma vontade enorme de colaborar, enfim deram vida, fizeram com que se materializasse um fazer aparentemente simples mas tão complexo na sua essência.

Emergem das narrativas uma interpretação peculiar daquilo que a memória lhes permite re-criar: tornar possível e palpável na atualidade um passado peculiar cuja ênfase ou recorte é feito de maneira singular, enfatizando o que cada uma dá maior importância a partir de sua visão de mundo, de seu imaginário. E, no entanto, essas narrativas confrontadas, tornam-se um espelho de uma realidade social e histórica que todas compartilharam. Acredito ser esta uma enorme contribuição da história oral como metodologia, uma vez que entrelaça o individual e o coletivo, buscando uma construção histórica mais democrática e plural, superando os reducionismos, tanto na ênfase dada ao sujeito em detrimento da sociedade como o seu oposto. Assim, o sujeito não é abstração pura que tudo pode, nem a sociedade uma redução a um conjunto de seres humanos. Outra questão importante a ser ressaltada

como uma opção neste estudo, é a de colocar as mulheres da colônia pesquisada não como meros objetos de pesquisa com centralidade na/o pesquisadora/or, e sim como colaboradoras que efetivamente viveram a experiência e se dispuseram a compartilhá-la. Penso que a reconstrução elaborada pela narrativa onde o imaginário flui e se lança no presente, só se dá a partir das experiências concretas dos sujeitos, ou seja, a apropriação do real pelas vias do imaginário só é possível na interpretação que cada um, em particular, tem da realidade na qual se insere em todas as circunstâncias da vida.

Partindo dessas premissas metodológicas e respondendo aos objetivos de um trabalho de cunho acadêmico, foi possível elaborar algumas reflexões que emergiram no bojo do encontro entre pesquisadora e colaboradoras; aporte teórico com ênfase nas relações de gênero; uma breve retrospectiva histórica sobre o ato de partejar no ocidente, e a minha experiência pessoal na área da saúde. Assim pode-se pontuar as seguintes reflexões:

Desconstrução do imaginário de que todas as parteiras são analfabetas, sujas, e só trazem malefícios tanto às mães quanto aos recém-nascidos. Este imaginário faz parte de uma construção histórica que se iniciou com a misoginia e o pessimismo sexual na Idade Média, e fortaleceu-se no início da modernidade pela caça às bruxas durante a inquisição. Firmou-se politicamente com a apropriação desse saber pela medicina científica e masculina (varões), marcada pela instrumentalização do parto. Esta luta política pode ser evidenciada já no século XIX na França, entre Madame La Chapelle e seu projeto de escola de partos só para mulheres, e Leroy (1742-1816) com seu projeto de escola de partos só para homens, “dedicados sacerdotalmente à pesquisa” (BRENES, 2000).

- Aos poucos os médicos vão se apropriando desse saber em todos os sentidos (ver figura I), tomando para si inclusive o ensino das parteiras, o que ocorreu também no Brasil a partir do século XIX. O ensino das parteiras passa às escolas de enfermagem na década de sessenta, o que abriu espaço para a formação de enfermeiras obstétricas a nível de especialização;
- As parteiras que fizeram parte dessa pesquisa na sua maioria estavam ligadas à enfermagem, inclusive uma delas tendo se formado em uma das primeiras escolas brasileiras de padrão Nightingaleano. No curso de parteiras da Maternidade Carlos Corrêa em Florianópolis, cujo certificado conferia o título de enfermeira obstétrica conforme disseram D. Army e D. Deta, durante o internato de dois anos naquela instituição, período que durava o curso, elas é quem faziam todos os cuidados de

enfermagem. As enfermeiras da Fundação SESP tiveram grande envolvimento no treinamento de parteiras no norte de Minas durante vários anos;

- Chamo a atenção para a invisibilidade do trabalho feminino traduzido em baixos salários e pouco reconhecimento institucional, uma vez que mesmo sob a tutela médica nos hospitais e maternidades são as mulheres que continuam a partejar.;
- As relações de gênero que se dão na cena de parto permeiam todas as narrativas, desde a confirmação de que “parto é lugar de mulher” só sendo permitida e aceita a presença masculina quando este é médico, que representa o saber científico, no imaginário, superior ao das parteiras. Esse imaginário, conforme foi possível apreender das narrativas e análise de alguns estudos teóricos só foi possível pela transformação e crença de que o parto é patológico, passível de inúmeras intercorrências muito perigosas, o que justificaria o intervencionismo médico e a hospitalização;
- Há uma proximidade enorme entre o conceito de humanização do parto atualmente, e os conceitos sobre o cuidado, estando esse vinculado a uma cultura feminina, onde evidencia-se a dicotomia entre público e privado, inserindo o cuidado no espaço privado doméstico e desvalorizado. Entretanto, apesar das parteiras realizarem cuidados muito “femininos” e domésticos quando realizavam partos domiciliares, o reconhecimento por parte da comunidade era maior, bem como a autonomia e o nível de decisão sobre o que fazer durante os partos. No hospital a centralidade gira em torno dos procedimentos médicos, não sendo um espaço que permita margem ao cuidado de maneira mais solidária entre as mulheres. Penso que esse é um grande ponto em que as parteiras podem contribuir na discussão em torno da humanização do parto, ao mesmo tempo que acredito que as instituições hospitalares devem ser revistas com olhares mais críticos no sentido de desvelar as relações de poder que aí se dão. Então é fundamental que se encare o cuidado como um fato político que está inserido de maneira diferente em cada cultura, e a quem interessa que se mantenham as mesmas relações de poder no hospital como *locus* privilegiado do cuidado durante o parto e nascimento;
- Os aspectos éticos ligados ao cuidado e à humanização devem ser uma das premissas básicas para que o atendimento às mulheres tenham realmente qualidade, e as/os cuidadoras/es possam ter prazer em cuidar. Penso que aqui as escolas formadoras de recursos humanos para a saúde têm um papel fundamental na medida em que



busquem transformar o ensino em educação, passando de meras transmissoras de conhecimentos, à fomentadoras da formação de seres humanos integrais;

Quando fazia as transcrições das entrevistas, as narrativas me “tocavam”, o que me levava a refletir sobre o universo de categorias com que elas se articulavam: no discurso da hegemonia, das ideologias, das classes sociais marcadas pela divisão (aqui em especial a divisão entre trabalho intelectual X trabalho manual, trabalho masculino X trabalho feminino) o saber enquanto poder que segrega tantas pessoas. E, embora tenha aparecido nas narrativas que o poder é constantemente negociado entre as partes envolvidas, ele se dá de forma assimétrica, principalmente entre os gêneros, como se fosse natural.

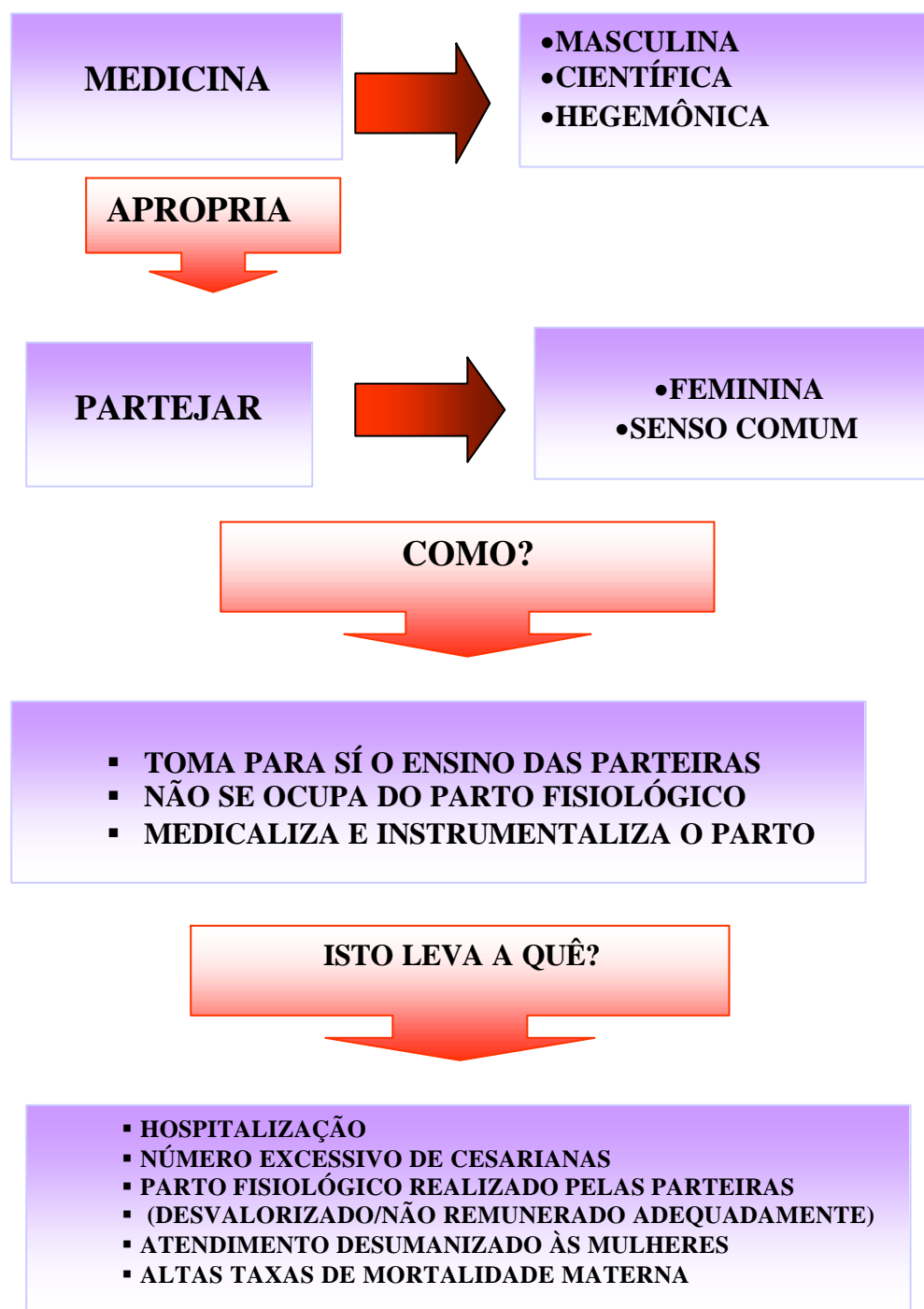
Tal situação insere-se em um espaço em que identidades são construídas dentro de um sistema de valores socialmente aceitos, reafirmados por várias instâncias do saber humano, conforme argumenta Simone de Beauvoir no seu estudo clássico “O Segundo Sexo”.

É porque do ponto de vista dos homens - e é o que adotam os psicanalistas de ambos os sexos - consideram-se femininas as condutas de alienação, e viris aquelas em que o sujeito afirma sua transcendência. Um historiador da mulher, Donaldson, observava que as definições: “O homem é um ser macho, a mulher é um ser fêmeo”, foram assimetricamente mutiladas; é particularmente entre os psicanalistas que o homem é definido como ser humano e a mulher como fêmea: todas as vezes que ela se conduz como ser humano, afirma-se que ela imita o macho. (BEAUVOIR, 1980, p. 72)

Destarte acredito que a humanização voltada para novas possibilidades de cuidar com qualidade pressupõe o resgate das muitas práticas de saúde, e especialmente, o desvelamento do que significa sermos mulheres cuidadoras. Este tecido de múltiplas possibilidades ,imaginado para que sejamos mais felizes, mais democráticas, só será possível se cuidadoras e mulheres cuidadas se permitirem; entenderem seus corpos, seus desejos, sua sexualidade e como preferem dar à luz. É preciso que aconteça o *empoderamento* das mulheres, e a meu ver ele só é possível na medida em que nos permitirmos visibilidade de fato. Uma humanização do parto que se propõe transformadora deve começar com um ensino voltado para a transcendência das/os futuras/os profissionais no sentido do crescimento enquanto seres humanos, mulheres e homens. E fundamentalmente é preciso sonhar, acreditar em utopias transformadoras como diz Bodstein (1999, p.191) “Projetos pedagógicos para a emancipação poderiam ser já concebidos a partir da escolha da utopia que se queira construir. Sem a utopia, as ações da ordem utilitária continuarão fabricando o eficaz para o social, mas quase nunca como reflexo dos desejos coletivos”. E que num futuro não muito distante possamos, mulheres e homens, em uníssono proclamar:

Meu filho, minha irmã, pensa na doçura de ir lá longe vivermos juntos![...]no país que a ti se assemelha! (BAUDELAIRE)

**FIGURA I - A medicalização do ato de partear**





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

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

ALVES, Rubem. **Concerto para Corpo e Alma**. Campinas: Papirus, 1998.

BADINTER, Elizabeth. **O que é uma Mulher?** Debate entre A.L. Thomas, Diderot e Madame D'Épinay no Século XVIII prefaciado por E. Badenter. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

BARSTOW, Anne Llewellyn. **Chacina de Feiticeiras**: uma revisão histórica da caça às bruxas na Europa. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1995.

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

**BODSTEIN, Celso Luiz Figueiredo**. A Utopia como Fundamento Pedagógico. **In: Mídia, Educação e Leitura**. São Paulo: Anhembi Morumbi, 1999.

BONADIO, Isabel Cristina. et.al. **Levantamento do Número de Enfermeiros Obstetras Formados nos Últimos 20 Anos pelas Escolas de Enfermagem do Brasil**. Nursingg: revista técnica de Enfermagem. Janeiro, 1999, no. 8 vol.2.

BOURDIEU, Pierre. **Novas Reflexões Sobre a Dominação Masculina**. In: Gênero & Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

\_\_\_\_\_ **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A, 4<sup>a</sup> ed., 2001.

\_\_\_\_\_ **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A., 1999.

\_\_\_\_\_ **A Miséria do Mundo**. Petrópolis: Vozes, 4<sup>a</sup> Ed., 2001.

BORDO, Susan R. **O Corpo e a Reprodução da Feminidade**. In: Gênero, Corpo, Conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

BORENSTEIN, Míriam Susskind. **Relações de Poder num Hospital de Caridade**: uma visão Foucaultiana. Pelotas: Ed.Universitária UFPel., 2000.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade**: lembranças de Velhos. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE-FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. **Enfermagem, Legislação e Assuntos Correlatos**. 3<sup>a</sup> ed. Vol. I, Rio de Janeiro, GB, 1974.

BRENES, Anayansi Correa. **Nascimento e Declínio da Escola de Parteiras Diplomadas Francesas: 1802-1877**. BIBLIOMED. Página da Web em 23/06/2000. www.bibliomed.com.br.

BRUM, Eliane. & ADAMS, Denise. **A Floresta das Parteiras**. Revista Época, 27 de março, 2000.

CHINN, Peggy L.& WHEELER, Charlene Eldridge. **Feminism and Nursing**: Can nursing afford to remain aloof from the women's movement? Nursing Outlook, maio de 1995, volume 33, no. 2.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. **Corpo Poder e o Ato de Partejar**: reflexões à luz das relações de gênero. Revista Brasileira de Enfermagem, V.1. n.53. 2000.

\_\_\_\_\_ **Fazeres de Parteiras: criando uma teia de conspiração de gênero rumo a uma prática assistencial de enfermagem . Projeto/relatório de Prática Assistencial. Florianópolis, UFSC, 2001, mimeo.**

\_\_\_\_\_ **Viva Mulher**: Implantando um Programa de detecção Precoce do Câncer Cérvico-uterino e de Mama. Várzea da Palma- MG: 1998, mimeo.

DEL PRIORE, Mary. **Ao Sul do Corpo**: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

DELUMEAU, Jean. **História do Medo no Ocidente**: 1300-1800. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Assistência ao Parto e Relações de Gênero**: elementos para uma releitura médico-social. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP.1996. Dissertação de Mestrado.

HENREICH, Barbara & ENGLISH, Deidre. **Witches, Midwives and Nurses**: a history of women healers. London: Writers and Readers Publishing Cooperative,1976.

FONSECA, Selva Guimarães. **Ser Professor no Brasil**: história oral de Vida. Campinas: Papyrus, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Graal,1985.

GEOVANINI, Telma. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda.1995.

GROSSI, Míriam Pillar. Posfácio do livro **Falas de Gênero: teorias, análises, leituras**. Ilha de Santa Catarina: Ed. Mulheres, 1999.

GUALDA, Dulce Maria R. **Assistência ao Parto sob a perspectiva da Mulher**. Revista Paulista de Enfermagem, v. 13, n. 1/3, jan/dez. 1994.

HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: 4ª ed. DP&A, 2000.

HEINEMANN, Uta Ranke. **Eunucos pelo Reino de Deus: mulheres, sexualidade e a igreja católica**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1999.

HOLZMANN, Ana Paula. **A Mortalidade Materna no Município de Montes Claros**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG/ UNIMONTES. Montes Claros,1998,mímeo.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Humanização**. Revista de Enfermagem Novas Dimensões, v.3, n.4, p.3, jul.-ago. 1977.

KRAMER, Heinrich, SPENGER, James. **O Martelo das Feiticeiras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 9ª ed., 1993.

LAQUEUR, Thomas. **La Construcción del Sexo: cuerpo e género desde los griegos hasta Freud**. Valência: Instituto de la Mujer, Edicions Cátedra, 1994.

LIMA, Maria José de. **Ética e Cuidado**. Conferência proferida no 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Curitiba: 2001, mímeo.

\_\_\_\_\_ **O que é Enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LOPES, Marta Júlia .M. **O Sexo do Hospital**. In: Gênero & Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LUNARDI, Valéria Lerch. **História da Enfermagem: rupturas e continuidades**. Pelotas:. Ed.Universitária UFPel., 1998.

MATOS, Maria Izilda S. de. **Por uma História da Mulher**. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. São Paulo: Edições Loyola, 2ª ed., 1998.

MELO, Víctor Hugo de. **O Processo Histórico de Assistência ao Parto e a Marginalização Feminina** Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre a Mulher. Belo Horizonte, UFMG:09 a 36, 1978.

MEYER, Dagmar Estermann. **Gênero e Saúde: Indagações a partir do Pós-Estruturalismo e dos Estudos Culturais**. Revista Ciências da Saúde, vol .XVII, no.1, 1998.

\_\_\_\_\_ **Diferentes Concepções do cuidar:** da integralidade à fragmentação do ser. Conferência proferida no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, outubro de 2000. Mimeo.

\_\_\_\_\_ **Do Poder ao Gênero:** uma articulação teórico-analítica. In: *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.1996.

MIRANDA, Maria Cristina Loyola. **O Risco e o Bordado:** Um estudo sobre formação de Identidade Profissional. Rio de Janeiro: Ed. Ana Nery/ufRJ, 1996.

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento Como Um Rito de Passagem:** abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe.1997.

MOTT, Maria Lúcia Barros **A Parteira Ignorante:** um erro de diagnóstico médico? Revista Estudos Feministas; V.1e 2, 1999.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro.** São Paulo: UNESCO/Cortez, 2000.

MURARO, Rose Marie. Prefácio do livro. **O Martelo das Feiticeiras.** KRAMER, Heinrich., SPENGER, James. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 9ª ed., 1993.

NAKAMAE, Djair Daniel. **Novos Caminhos da Enfermagem** São Paulo: Cortez, 1987.

NEVES, Eloíza. et.al. **O NEHO e a Experiência de Pesquisa em História Oral.** Sobre História Oral, artigos. Página da Web: <http://www.ffch.usp.br/dh/neho/temporaes.htm>

**NIGHINTIGALE, Florence.** Notas Sobre Enfermagem. **São Paulo: Cortez, 1989.**

**NÚCLEO DE ESTUDOS MULHER E POLÍTICAS PÚBLICAS-IBAM/FUNDAÇÃO MAC-ARTUR.** Mulher e Saúde: Práticas Educativas em 11 Municípios. **IBAM, 1996.**

PADILHA. M. Itayra Coelho de Souza et.al **Acordando a Bela Adormecida-** Gênero ou Sexismo no discurso da Enfermagem. Revista Ciências da Saúde, vol. XVII, no.1, 1998.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. **A Mística do Silêncio:** a enfermagem na santa casa de misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Pelotas: UFPel Ed. Universitária,1998.

PASTORE, José. **A Qualidade dos profissionais.** O Estado de São Paulo, 23/10/2001.

PIRES, Denise . **A Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem.** São Paulo. Cortez ,1989.

**RAGO, Margareth.** Epistemologia Feminista Gênero e História. In: **Masculino Feminino Plural Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.**

**RESENDE, Jorge de.** Obstetrícia. **Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.**

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde; dialética do pensar e do fazer.** São Paulo: Cortez, 1986.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. et. al. **Ritos de Morte na Lembrança de Velhos.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1986.

RIESCO, Maria Luíza Gonzalez. **Que Parteira é Essa?** São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.1999 (Tese de Doutorado).

\_\_\_\_\_ **Enfermeira Obstetra:** herança de Parteira e Herança de Enfermeira. Revista Latino-americana de Enfermagem, abril, 1998, vol.6, no.2.

SERRA, José. **Mulheres e Mortes.** Jornal Folha de São Paulo, Opinião, Domingo, 4 de junho de 2000.

**SILVA, Alcione Leite da.** A Pesquisa como Prática de Cuidado na Emancipação da Mulher. **In: Falas de Gênero. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1999.**

SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem Profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986.

SCOTT, Joan. **Gênero uma categoria útil de análise histórica** In: Educação e Realidade, faced/ufrgs,16(2): jul.dez.1990.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1999.

TERTO JR., Veriano. **As Histórias de Vida na Pesquisa sobre Homossexualidade e AIDS.** Sexualidade, Gênero e Sociedade. No. 14, dezembro de 2000. Instituto de Medicina Social/UERJ.

THOMPSON, Paul. **A Voz do Passado:** história oral. São Paulo-Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª ed., 1998.

TRONTO, Joan. C. **Mulheres e Cuidados:** o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? in: Gênero, Corpo, Conhecimento Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1988.

Valla, Victor Vicent & Stotz, Eduardo Navarro. **Educação, Saúde e Cidadania.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

WEYENBERG, Dar. **The Construction of Feminist Pedagogy in Nursing Education:** A preliminary Critique. Nursing Education, november 1998, vol.37, no. 8.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: SagraLuzzato, 1999.