

Universidade Federal do Rio de Janeiro

**SÁBIAS MULHERES: UMA INVESTIGAÇÃO DE GÊNERO SOBRE  
PARTEIRAS NO SERTÃO DO CEARÁ. (1960-2000)**

Noélia Alves de Sousa

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



## SÁBIAS MULHERES: UMA INVESTIGAÇÃO DE GÊNERO SOBRE PARTEIRAS NO SERTÃO DO CEARÁ. (1960-2000)

Noélia Alves de Sousa

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em História Social, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em História Social.

Orientador: Francisca Nogueira de Azevedo

Rio de Janeiro  
Abril / 2007

SÁBIAS MULHERES: UMA INVESTIGAÇÃO DE GÊNERO SOBRE  
PARTEIRAS NO SERTÃO DO CEARÁ. (1960-2000)

Noélia Alves de Sousa

Francisca Nogueira de Azevedo

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em História Social,  
Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ,  
como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em História Social.

Aprovada por:

---

Presidente, Prof.Dr. Manolo Florentino

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia de Barros Mott de Mello Souza

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Izilda Santos de Matos

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jacqueline Hermann

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marieta de Moraes Ferreira

Abril / 2007

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a toda minha família, pais e irmãos, principalmente à minha irmã, Joélia, e ao meu irmão Mauricélio, pelo suporte que me deram ao longo desta minha trajetória de quatro anos. Sem o apoio deles, esta caminhada teria sido muito mais difícil. Agradeço também às minhas alunas Marlene e Dorinha, que foram assistentes de pesquisa nas primeiras entrevistas. Sem a ajuda preciosa delas, que não só fizeram o levantamento das parteiras na região como também auxiliaram nas entrevistas e nas transcrições, este trabalho teria sido impossível.

Na segunda etapa da pesquisa, as colaborações das minhas alunas Ednéa e Lucineide foram de fundamental importância, por terem localizado parteiras e parturientes em distritos distantes, conseguido que elas me recebessem e conversassem comigo, por terem me hospedado em suas casas com carinho e atenção e por haverem me acompanhado nas longas conversas com estas velhas senhoras, meus mais sinceros agradecimentos. agradeço também à Inês, por ter transcrito de forma tão criteriosa as fitas das entrevistas, liberando-me assim, de uma enorme preocupação. Agradeço também a Rejane, por seu precioso trabalho na Biblioteca Pública e na Faculdade de Medicina. Sem as informações coletadas por ela este trabalho seria bem mais pobre.

No “*front*” doméstico, agradeço à minha secretaria, D.<sup>a</sup> Nilóisa, por ter cuidado tão bem da minha casa, das minhas plantas, dos meus cães e de mim, durante os últimos três anos, o que permitiu todas as viagens que esta pesquisa demandou. Em todas as vezes que me internei no sertão do Ceará para pesquisar, sabia que minha retaguarda doméstica estava em excelentes mãos. E, claro, ao meu assessor para todos os assuntos, Nildo, o meu muito obrigado por todas as tarefas que você fez no meu lugar e que permitiu que eu me dedicasse

exclusivamente a este trabalho. Embora cronicamente atrasado, não posso deixar de reconhecer que você, inúmeras vezes, “salvou minha pele”.

Não poderia deixar de lembrar de minha amiga Vera, que também muito me suportou nestes longos anos de angústia e de trabalho, e agora, que ela também ingressou no Doutorado, vai saber exatamente tudo o que passei. Aos meus amigos João Carlos e sua esposa Edna, o meu muito obrigado pelos jantares e passeios que ajudaram a amenizar as preocupações com o trabalho. Ao meu amigo e “confessor” Padre Edilberto, meus sinceros agradecimentos pela excelente companhia que me proporcionou no Rio de Janeiro, pelas longas caminhadas pelo aterro do Flamengo e pelo estímulo, nunca permitindo que eu desanimasse.

Aos meus companheiros de Doutorado, Zilda e Altemar, obrigado pela solidariedade tanto durante o tempo em que ficamos no Rio, como também por todas as angústias divididas quando voltamos para casa. Vocês sabem a que me refiro, portanto, prefiro não detalhar. Aos colegas da Faculdade de Quixadá que, ao assumirem os meus encargos docentes, permitiram que eu fosse liberada integralmente para me dedicar a este trabalho.

E, por último, mas não menos importante, sou agradecida às minhas irmãs, Joelma e Nena, pela companhia divertida e que freqüentemente ajudou a diminuir o estresse que às vezes me acometia. Sou grata, também, a minha amiga Verbena pelo imenso favor de, embora assoberbada com sua própria tese, elaborar o *abstract* deste trabalho. À minha amiga Risoneide, pela excelente companhia e pela imensa fé que sempre demonstrou de que eu conseguiria terminar esta tese no prazo em que ela precisava terminar.

Tenho também uma enorme dívida de gratidão com minha orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Francisca Nogueira de Azevedo, por sempre ter tido enorme paciência com os meus escritos, com as minhas idéias e, principalmente os erros. A sua participação nesta reta final, mesmo

quando seus problemas de saúde a teriam autorizado a se ausentar, foi crucial para que este trabalho fosse concluído a contento. Deixo que todos os méritos que, porventura, este trabalho contenha contam com sua expressiva colaboração. Todos os equívocos, por outro lado, são de minha inteira responsabilidade.

E, finalmente, como não poderia deixar de ser, agradeço a todas as mulheres, parteiras e parturientes, que dispuseram de seu precioso tempo para conversar comigo, contar suas histórias, lembrar de coisas alegres, mas também de muitas coisas tristes. Fico especialmente agradecida, porque muitas vezes estas senhoras tiveram que falar com uma estranha sobre coisas tão íntimas de suas vidas, tão pessoais e das quais, tenho certeza, poucas vezes conversaram com mais alguém.

Tenho que fazer uma menção especial àquelas parteiras que no decorrer deste trabalho, passaram para outra dimensão: D.<sup>a</sup> Ana José, D.<sup>a</sup> Eunice e D.<sup>a</sup> Francinete, que durante longas horas concederam seus depoimentos e que agora não poderão mais ter o prazer de ver o trabalho concluído e perceber como suas histórias foram cruciais para a conclusão desta pesquisa. Para elas, em especial, um muitíssimo obrigado.

E, para concluir, uma lembrança especial à minha avó, D.<sup>a</sup> Joana Rosa Lima de Sousa, de cuja história de vida eu retirei a idéia que inspirou esta pesquisa. Para ela, a quem não tive o prazer de conhecer, dedico todo este trabalho. Em sua memória, para que ela e mulheres iguais a ela nunca sejam esquecidas.

**À memória de Joana Rosa Lima de Sousa, minha avó.**



## RESUMO

### SÁBIAS MULHERES: UMA INVESTIGAÇÃO DE GÊNERO SOBRE PARTEIRAS NO SERTÃO DO CEARÁ. (1960-2000)

Noélia Alves de Sousa

Francisca Nogueira de Azevedo

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em História Social, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em História Social.

A Análise das práticas do parto domiciliar no sertão do Ceará entre 1960 e 2000 será feita com base em entrevistas com parteiras que tenham exercido seu ofício na região no período em questão. As parturientes que fizeram uso do trabalho das parteiras também se constituem outro tipo de fonte deste trabalho. Uma das grandes preocupações do nosso trabalho é o de rastrear as intrincadas relações estabelecidas não só entre as parteiras e suas pacientes, como também as relações entre as práticas de parto populares e a “medicalização” do parto promovida pela Medicina erudita. E é especificamente na compreensão destas relações que as questões de gênero se colocam. Porque entendemos a “medicalização” do parto, não só como um avanço da Medicina, mas também uma invasão do olhar masculino, sobre as práticas de parto-particularmente as populares-, que eram amparadas em uma visão feminina de mundo e de sociedade. Com base nesses parâmetros, podemos perceber os diversos aspectos pelos quais a Medicina avançou sobre as práticas das parteiras, entre elas a que diz respeito ao tratamento dado ao corpo feminino. A “medicalização” do parto foi mais uma das formas de estabelecer o controle sobre as práticas de cura até então sob o controle das mulheres e transformou um procedimento natural em uma intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: Parteiras  
Parto  
Mulheres  
Gênero

Rio de Janeiro Abril / 2007

## ABSTRACT

### WISE WOMEN: A GENDER INVESTIGATION ABOUT MIDWIVES IN CEARÁ COUNTRY (1960-2000)

Noélia Alves de Sousa

Francisca Nogueira de Azevedo

Abstract da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em História Social, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em História Social.

A domiciliary childbirth analyse in Ceará country from 1960 to 2000 will be based on midwives' interviews who had worked in the region during this period. The women who were attendant by midwives are also another source information in this research. One of our large concern in this study to trace complex links established not only among midwives and their patients, but also among the popular childbirth procedures and the childbirth "medicalização" accomplished by erudite medicine. It is specifically in trying to understand these links that about the questions about gender arise. Why we realize "medicalização" not only as a medicine advance, but also as a man's look invasion over childbirth procedures, particularly over the popular ones, which were supported for a long time in a world and society feminine's vision. Based on these parameters we can notice the multiple aspects through which medicine advance in relation to midwives procedures, among them the ones related to women's body. The childbirth "medicalização" was more one way of man establishes control over cure practices hitherto under women's control and as result transformed a natural procedure into a surgery intervention.

Key-words: Midwives

Childbirth

Women

Gender

Rio de Janeiro  
Abril / 2007

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
CAP. 02: PARTOS E PARTEIRAS NA HISTÓRIA .....	34
2.1 A NOMEAÇÃO DAS PARTEIRAS .....	34
2.2 OS MÉDICOS, AS PARTEIRAS E O NASCIMENTO DA CIÊNCIA MODERNA.....	38
2.3 A CIÊNCIA E O CORPO FEMININO.....	44
2.4 O OFÍCIO DE PARTEIRAS NO BRASIL.....	54
2.5 AS MULHERES NA VISÃO DOS DOUTORES .....	64
2.6 AS TRANSFORMAÇÕES NA MEDICINA BRASILEIRA: O PARADIGMA NORTE AMERICANO .....	77
CAP. 03: SÁBIAS MULHERES: AS PARTEIRAS NO SERTÃO DO CEARÁ.....	91
3.1 A FAMÍLIA E A INSTITUIÇÃO DO DISCURSO MÉDICO .....	91
3.2 PARTEIRAS NO CEARÁ.....	95
3.3 A SAÚDE PÚBLICA NO CEARÁ NA DÉCADA DE 1960.....	98
3.4 COMO TUDO COMEÇOU .....	105
3.5 AS PARTEIRAS E A COMUNIDADE .....	107
3.6 A “MEDICALIZAÇÃO” DO PARTO .....	120
3.7 A QUESTÃO DO DOM .....	133
3.8 O ATO DE PARTEJAR .....	136
3.9 O ABORTO .....	139
CAP. 04: RITUAIS DE VIDA NO SERTÃO DO CEARÁ .....	149
4.1 O ESPAÇO DO PARTO DOMICILIAR.....	149
4.2 PROCEDIMENTOS .....	154
4.3 POSIÇÕES DO PARTO .....	158
4.4 RITUAIS .....	164
4.5 O RITUAL DAS ORAÇÕES .....	167
4.6 REMÉDIOS POPULARES .....	180

4.7 HIGIENE ANTES E DEPOIS DO PARTO .....	184
4.8 RESGUARDO.....	186
CAP. 05: PARTURIENTES NO SERTÃO DO CEARÁ .....	195
5.1 A CULTURA DO COTIDIANO .....	195
5.2 PARTEIRAS E PARTURIENTES: RELAÇÕES DELICADAS .....	202
5.3 O PUDOR.....	208
5.4 A PARTICIPAÇÃO DOS MARIDOS .....	212
5.5 A EXPERIÊNCIA DO RESGUARDO .....	221
5.6 COMPLICAÇÕES DO PARTO. ....	229
5.7.MORTALIDADE MATERNA .....	234
5.8 O PAPEL DOS MÉDICOS .....	241
5.9 IMAGENS DO HOSPITAL.....	243
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	249
BIBLIOGRAFIA GERAL .....	267
BIBLIOGRAFIA DA ÁREA MÉDICA E RELATIVA ÀS PARTEIRAS .....	272
FONTES PRIMÁRIAS .....	279
- TESES DAS FACULDADES DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO E DA BAHIA .....	279
- FONTES HEMOROGRÁFICAS. ....	281
- FONTES ORAIS.....	285
- DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS .....	286
- SITES. ....	286

# 1. INTRODUÇÃO

## **Ceará, 1948.**

No Ceará, em um pequeno distrito do Município de Aquiraz, morria, aos 35 anos, a sertaneja Joana Rosa, casada, mãe de sete filhos. Joana Rosa era conhecida como mulher bonita e trabalhadora e também como boa mãe. E, foi no exercício de sua maternidade que veio a falecer. Esta jovem e bonita senhora morreu de febre puerperal, sete dias após o parto de seu último filho, o menino Moacir.

Esta história sempre nos comoveu desde que, ainda criança, a ouvimos pela primeira vez. A história das crianças que perderam a mãe tão cedo e de forma tão inesperada. Entre estas crianças, o menino Manoel, que tinha nove anos quando sua mãe partiu e nunca conseguiu esquecê-la. O menino Manoel transformou-se no pai desta autora e a morte de Joana Rosa, sua avó, passou a fazer parte das nossas memórias mais antigas e mais tristes.

Talvez por isso este tema do parto domiciliar tenha ficado tanto tempo entre as nossas preocupações, mas sem que pensássemos em abordá-lo em um trabalho acadêmico. Foi durante o desenvolvimento do nosso programa de Mestrado que o interesse por esta discussão acerca das parteiras, do significado do seu trabalho para as suas comunidades voltou a nos incomodar e “perseguir”. Por isso, tão logo defendemos a nossa dissertação, começamos a realizar as primeiras pesquisas na região escolhida como campo.

No início deste trabalho, uma das primeiras questões com as quais nos deparamos foi justamente a visibilidade destas parteiras. Inúmeras vezes, fomos ouvida com incredulidade entre os colegas de Faculdade acerca das possibilidades de se pesquisar uma categoria que, para eles, estava extinta. E esta foi a primeira, mas não a única, das surpresas que tivemos ao longo desses anos em que mergulhamos nesse universo formado por essas

mulheres, cuja missão é o de ajudar outras mulheres a darem à luz, a passarem por esse momento que todas consideram sagrado, divino: a ocasião do parto:

Parto é mistério de mulher. Feito por mulheres, entre mulheres. Está além da compreensão das parteiras da floresta que a vida se desenrole em berço de morte, no hospital, como se doença fosse. Para cada parteira, a dor primal é o prenúncio do êxtase do nascimento. Parto, com as devidas desculpas à condenação divina, não é sofrimento. É festa. (...) “Quando é hora do menino chegar, a mulherada se reúne e é uma graça.”<sup>1</sup>

Enquanto na Academia se questionava a existência delas, estavam lá, espalhadas por distritos e sítios dos municípios da região. Velhas mulheres, alegres, tristes, alquebradas por uma vida inteira de trabalho duro. mas que, durante as entrevistas, generosamente concedidas, nos falaram de suas experiências, de suas vidas, conhecimentos, crenças e temores. Riram conosco, contando situações engraçadas pelos quais passaram e nos fizeram chorar quando mencionaram as ocasiões traumáticas que vivenciaram. Sobretudo, porém nos ensinaram tanta coisa que desconhecíamos e que aprendemos com elas, de modo que o mínimo que podemos fazer para retribuir, é apresentar suas experiências, seu modo de vida, crenças e conhecimentos àqueles que duvidavam da sua existência.

Depois que começamos este trabalho, mais como uma jornada etnográfica e de rastreamento de práticas de cura perdidas, abandonadas ou até mesmo esquecidas, nos deparamos com a discussão sobre a humanização do parto. É um debate mobiliza setores da área da saúde, organizações não governamentais, grupos feministas e órgãos do governo.

Trata-se de uma discussão que tem como cerne a recuperação do tratamento humano ministrado às gestantes pelas parteiras. A Medicina, com seu aparato tecnológico, ajudou a combater diversos males e a melhorar vários índices de saúde da população, entre eles o da mortalidade materna. Neste processo, no entanto, práticas e valores se perderam,

---

<sup>1</sup> BRUM, Eliane e ADAMS, Denise. “A Floresta das Parteiras”. Revista ÉPOCA. 27 de março de 2000. p.84.

entre os quais o do tratamento humano conferido na hora do parto, que é negado às mulheres, na maioria dos hospitais, notadamente nos públicos.

Este trabalho objetiva justamente discutir esse assunto: como fazer para que as mulheres em trabalho de parto sejam tratadas como seres humanos? São cidadãs com direitos de voz e de ação sobre seus corpos, e não apenas “pacientes” que terão estes corpos manipulados por pessoas que, além de não os conhecerem, ainda não as vêem de forma completa, mas apenas como corpos problemáticos.

Para que estes pontos sejam contemplados e discutidos, faz-se necessária uma análise das tradições elaboradas entre mulheres, em pequenas comunidades onde o discurso da Medicina ainda não havia se tornado hegemônico e onde os costumes que norteavam o ritual do parto ainda eram pautados pela e para as mulheres. Era, portanto, um “assunto de mulheres” a ser debatido e decidido entre elas.

Para que possamos, porém, falar das parteiras do sertão do Ceará, faz-se necessário recuperar um pouco sua imagem histórica. Desde o Medievo, as artes da cura, assim como todos os conhecimentos relacionados ao parto, eram exercidas, prioritariamente, pelas mulheres. Na Europa medieval, onde médicos eram raros e caros, as populações camponesas socorriam-se de seus males com as curandeiras e parteiras de aldeias:

Através da cura, tanto por meio de encantos quanto por meio de poções, partos de bebês, realizando abortos, predizendo o futuro, aconselhando quem tinha problemas de amor, amaldiçoando, eliminando maldições-o trabalho de uma curandeira de aldeia e de sua correspondente urbana cobria o que podemos chamar de magia bem como de medicina. Esse trabalho sobrepunha perigosamente ao trabalho do padre.<sup>2</sup>

Estas práticas situaram estas mulheres em posição de poder e prestígio no interior de suas comunidades. Ao mesmo tempo em que eram respeitadas, porém, as parteiras também eram temidas, por terem poderes que, embora curassem e aliviassem as dores, poderiam servir a outras finalidades.

---

<sup>2</sup> BARSTOW, Anne Llewellyn. **Chacina de Feiticeiras**. Rio de Janeiro, José Olympio, 1995. p.133.

Sintomaticamente, foram justamente as mulheres que dominavam estes saberes as principais vítimas da caça às bruxas na Europa. Esse fenômeno, bastante conhecido e estudado, é um dos maiores indicadores que se tem da perseguição movida pela Igreja e pelos Estados modernos às mulheres que, de alguma forma, não estavam enquadradas no papel que a elas foi destinado.

É justamente por causa deste precedente histórico, o fato de as parteiras serem mulheres que, ordinariamente, não se enquadravam nos papéis destinados às mulheres de maneira geral, que procuramos mapear as experiências e as histórias de vida daquelas que exerceram o ofício de parteiras no sertão do Ceará. Quais suas origens, como se transformaram em parteiras, qual seu papel nas comunidades que assistiam.

Além de tentar reaver as experiências destas parteiras, procuramos perceber que tipo de relações eram estabelecidas entre elas e as parturientes sob seus cuidados e que tipos de rituais se constituíram a partir destas relações. Tentamos também analisar como era cuidado, pelas parteiras, o corpo das mulheres tratadas por elas. Quais as “virtudes”, as limitações e os tratamentos aplicados a estes corpos em decurso de gestação, puerpério e pós-parto (resguardo).

Além destas questões, também é nossa preocupação examinar a percepção da Medicina em relação às parteiras, considerando o fato de que o discurso médico se constituiu como fala masculina acerca do corpo feminino, captando saberes e poderes antes exclusivos das mulheres.

Na trajetória de nossa pesquisa, como comentamos, nos surpreendemos com o questionamento da existência ou não das parteiras. Seria possível encontrá-las? Será que elas ainda existiam? Foi preciso mergulhar na região que elegemos para o campo da nossa pesquisa para que pudéssemos encontrá-las e dirimir assim as dúvidas sobre a sua existência.



A região que se transformou em campo da nossa pesquisa é denominada de Sertão Central do Ceará. O Sertão Central é uma divisão administrativa que compreende uma das regiões mais secas e mais pobres do Estado. Abrange os Municípios de Quixadá, Quixeramobim, Banabuiú, Choró, Ibaretama, Senador Pompeu, Pedra Branca, Mombaça, Piquet Carneiro, Solonópole, Milhã e Dep. Irapuan Pinheiro.

É preciso esclarecer que a região é dividida em dois pólos: o Sertão Central I, que engloba Quixadá, Quixeramobim, Banabuiú, Choro e Ibaretama; e o Sertão Central II, que compreendendo os Municípios de Senador Pompeu, Pedra Branca, Mombaça, Piquet Carneiro, Solonópole, Milhã e Dep. Irapuan Pinheiro. Nossa pesquisa foi centrada exclusivamente no Sertão Central II e teve como núcleo o Município de Senador Pompeu.

A escolha desta região decorreu de razões profissionais e afetivas. Há muitos anos trabalhamos como docente da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC, um campus da Universidade Estadual do Ceará-UECE localizado na cidade de Quixadá, no Sertão Central I, durante vários anos trabalhamos em projetos de formação de professores em Senador Pompeu, no Sertão Central II. Então, ao longo desses muitos anos desenvolvemos uma relação afetiva com a região e com seus residentes. Além disso, a região, por se localizar no coração do semi-árido cearense, constitui um microcosmo das práticas da chamada cultura “sertaneja”.

É importante destacar a noção de que, nesta região, até praticamente a década de 1970, grande número de mulheres ainda tinha seus filhos com a ajuda das parteiras, principalmente aquelas que moravam longe das sedes dos municípios.

O corte cronológico pelo qual optamos compreende o intervalo de 1960 a 2000. Escolhemos este período por vários motivos: a partir da década de 1960, ocorreram grandes transformações no interior do Ceará, marcadas pela ascensão da cultura do algodão. Na região do Sertão Central, o algodão enriqueceu uma elite que vivia do cultivo e do

beneficiamento do produto. Pelos municípios-pólos da região instalaram-se as grandes usinas de beneficiamento do “ouro branco”, entre estes municípios-pólo, Quixadá e Senador Pompeu.

Este período foi marcado pela intervenção médica nas práticas de cura da população, derivada, entre outros motivos, da fundação da Faculdade de Medicina do Ceará, na década de 1940. A intensa divulgação das descobertas científicas e a maior intervenção do Estado por meio não só de campanhas de saúde, como também, da construção de hospitais no interior, ajudavam a questionar costumes de cura praticados havia gerações pelas comunidades sertanejas. Entre estas modificações encontrava-se o início, ainda incipiente, do parto no hospital e o combate da Medicina contra as parteiras tradicionais.

Como exemplo das transformações pelas quais passava o interior do Estado, Senador Pompeu, o centro da região em estudo, passava por sua fase áurea:

Mais vão ser as décadas de quarenta, cinquenta e sessenta do século XX que vão marcar a história econômica, política, social e cultural da cidade e do povo senadorenses. A cidade, por sua localização, como já foi citado, tornara-se atrativo para migrantes que para cá vinham da região circunvizinha, como Pedra Branca, Mombaça, Piquet Carneiro, Solonópole, em períodos críticos de seca mas também em períodos, como o que vai nortear essa pesquisa, de *boons* econômicos. A cotonicultura, ou seja, o cultivo do algodão, não foi uma novidade para a região que já se destacava na produção. Mas o país atravessara a crise da economia cafeeira e o setor agro-exportador teve de voltar sua atenção para um outro produto, e este produto foi o algodão. Com o ensejo da industrialização, cada vez mais se tornou forte a comercialização interna e externa do produto, ou seja, na esfera nacional e internacional.<sup>3</sup>

Como podemos observar, com o florescimento da cultura algodoeira, na região do Sertão Central, Senador Pompeu transformou-se no centro econômico, político e social da região. A década de 1960 é lembrada por vários moradores como uma época de ouro do

---

<sup>3</sup> FERREIRA, Janaína Nunes. **Sobre os Ombros, a Riqueza de um Passado: O Mundo dos Chapeados.** Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005, mimeo, p. 24.

Município, principalmente em virtude não só da cultura do algodão, como também do movimento provocado pela estrada de ferro:

Para se ter idéia do impacto econômico trazido pela estrada de ferro, basta rever, através de fotos antigas, a grandiosidade da estação, do galpão de armazenamento e da ponte. Construções estas que se destacavam por serem, na época, as maiores do seu tipo no sertão central e no Ceará. (...) Observa-se que a ferrovia exerceu influência fundamental na estruturação e no desenvolvimento de Senador Pompeu, em especial, no que concerne ao aumento da dinâmica comercial, em função da maior agilidade no transporte de carga e de passageiros. Além disso, tanto os engenheiros, como os operários que trabalhavam no setor ferroviário contribuíam para o aumento do capital que circulava na cidade, uma vez que gastavam seus rendimentos em nível local.<sup>4</sup>

Além da estrada de ferro que, símbolo do progresso, também era responsável pelo enriquecimento do comércio da cidade, Senador Pompeu iniciou a década de 1960 com o seu hospital em pleno funcionamento. Aliás, a fundação do hospital de Senador Pompeu guarda uma relação direta com os temas que vamos discutir em nosso trabalho:

O atual Hospital e Maternidade Santa Isabel foi também uma das realizações do Padre Odilo Lopes Galvão em Senador Pompeu. Com efeito, não existia naquele tempo nenhuma estrutura sanitária em todo Sertão Central. Quem narra sobre o assunto é Maria Hulda Barreto de Carvalho: “A história da Maternidade e Hospital Santa Isabel começou nos anos 40, quando o Sr. José Jucá Bezerra, cuja mãe falecida de parto, doou um terreno e mais uma importância em dinheiro para construir uma maternidade em Senador Pompeu. (...) A associação era dirigida pelo Padre Odilo- provedor e outros sócios que compunham a sua diretoria. Foi então dado início à construção do prédio e, posteriormente ao funcionamento da Maternidade e Hospital Santa Isabel, a princípio como uma simples casa de parto.”<sup>5</sup>

A história da fundação do Hospital e Maternidade de Senador Pompeu levanta vários questionamentos que serão discutidos ao longo deste trabalho: a mortalidade materna, a influência da Igreja nas questões ligadas à reprodução e até mesmo alguns conflitos entre o

---

<sup>4</sup> GONZAGA, Jarbas Alves. Senador Pompeu: **O Nascer de uma Cidade sobre Trilhos-1900-1960**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005, mimeo, pp. 37 e 38.

<sup>5</sup> NERY, Maria Lucineide Felipe. **Imagens da Memória: O Testemunho da Fotografia em Senador Pompeu, nas décadas de 50/60**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005, mimeo, pp.60 e 61.

Padre e uma das parteiras entrevistadas. O que é de mais destaque para nossa análise, porém, é a informação de que na década de 1940 não havia nenhum hospital em toda a região do Sertão Central II. Tanto é que, depois da fundação da maternidade de Senador Pompeu, pessoas da região inteira vinham à sede do Município para serem atendidas pelos médicos de lá.

Portanto, ante tal situação de ausência quase completa de assistência médica na região, o trabalho das parteiras revestia-se de uma importância fundamental para estas populações. E é justamente essa importância capital que pretendemos rastrear em nossa pesquisa. Para o desenvolvimento de nossa análise, contamos com o apoio de vários autores que ajudaram a balizar os pontos de convergência e divergências de outras análises realizadas em outras regiões e em outros contextos temporais.

Algumas obras foram fundamentais para o norteamento do nosso trabalho. A primeira a ser destacada é o livro de Mary Del Priore, **Ao Sul do Corpo**<sup>6</sup>. Nesta obra, Del Priore trabalhou, primordialmente, com documentos eclesiásticos para demonstrar, em primeiro lugar, como a perseguição das mulheres que não se enquadravam no papel da “santa mãezinha” era realizada pela Igreja.

Esta persecução era ancorada nas decisões do Concílio de Trento. Além da documentação eclesiástica, Del Priore trabalhou ainda com manuais médicos portugueses para ressaltar como a visão da Medicina da época acerca do corpo feminino era eivada de preconceitos baseados nas idéias católicas acerca do papel reprodutivo das mulheres.

Segundo Del Priore, várias vezes as mulheres utilizaram-se do discurso da Igreja e de sua proposta moralizadora para obrigar os homens a casarem-se e a assumirem a responsabilidade por elas e por seus filhos. Em uma época em que os homens iam e vinham, muitas vezes abandonando-as com os filhos, a garantia de um laço indissolúvel ligando-as aos

---

<sup>6</sup> DEL PRIORE, Mary. **Ao Sul do Corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, Brasília-DF, EDUNB, 1993.

seus companheiros era uma condição mais do que suficiente para sua adequação ao casamento católico.

E é justamente esta condição de insegurança dos companheiros que aprofundou o sentimento de maternidade e o transformou num esteio de resistência destas mulheres. Sujeitas ao abandono, à violência e à solidão, estas mulheres uniam-se às proles, formando com estas uma unidade de amparo, segurança e afetividade. Daí por que grande parte dos lares do período colonial era chefiada por mulheres.

O trabalho de Del Priore, embora se refira ao período colonial, foi importante para a nossa pesquisa, porque aborda algumas questões do interesse de nossa discussão. Em primeiro lugar, as relações de solidariedade entre as mulheres, estabelecidas a partir da relação entre parteiras e parturientes. Da mesma forma que, no período colonial, a atividade de parteira ajudava a forjar os laços entre as mulheres, no sertão do Ceará, no período que queremos dissecar, estas relações também se estabeleciam. Relações concretizadas pelos laços de “comadrio”<sup>7</sup> que ocorriam entre parteiras e parturientes.

Outra questão, apontada por Del Priore, e que também nos interessa, diz respeito à solidão e ao abandono das mulheres no período colonial. Embora não encontremos a mesma circunstância no sertão do Ceará, deparamos alguns aspectos de analogia: mulheres que foram abandonadas pelos maridos, rumaram para o Sudeste em busca de trabalho e que nunca mais voltaram.

Ressaltamos que no período estudado ocorreram o auge da industrialização de São Paulo e os variados projetos de colonização na Amazônia. Todos estes processos drenaram mão-de-obra nordestina. Alguns homens que partiram para estas aventuras nunca mais retornaram e deixaram mulheres e filhos para trás. Portanto, embora em menor número do que no período colonial, o abandono das mulheres, ocasionou algo assemelhado ao que

---

<sup>7</sup> Era costume as parteiras se tornarem comadres das parturientes a quem atendiam e, portanto, uma espécie de segunda mãe das crianças que ajudavam a nascer: mãe Maria, mãe Joana, eram assim que eram chamadas, e era comum as crianças “pedirem a benção” da parteira que as tinha ajudado a nascer.

Del Priore analisou: mulheres chefiando famílias e formando com seus filhos e suas “comadres” unidades de afeto e de solidariedade.

Embora muitos dos pontos expressos pela Historiadora tenham servido de referência para o nosso trabalho, o ponto de fulcro se difere. Del Priore centralizou sua análise nas relações entre mães e filhos. Sua preocupação maior era como a condição da maternidade era vivenciada no Brasil-Colônia e como as idéias da Igreja acerca da maternidade se entrelaçavam e se atritavam com as vivências cotidianas das mulheres.

Nossa preocupação principal é a análise das relações entre mulheres e suas parteiras. Quais eram estas relações, como se estabeleciam e quais os desdobramentos delas com o trabalho de parto propriamente dito. Outra questão a estabelecer diferenças de abordagens diz respeito ao aspecto do discurso médico. Embora analise alguns manuais médicos do período, Del Priore não centralizou sua análise no discurso médico, mesmo porque este discurso, no período colonial, ainda não era hegemônico.

Na quadra por nós examinada, o discurso médico não só havia se tornado hegemônico nos grandes centros, como também estava consolidando sua hegemonia em locais que ainda resistiam a ele. Portanto, faz parte das nossas preocupações, o esquadramento deste discurso e de como ele se tornou preponderante no Brasil. Para tanto, precisamos recuar ao século XIX e rastrear o início do predomínio do discurso da Medicina sobre as práticas populares de cura.

Jurandir Costa<sup>8</sup> analisa de que forma o discurso médico penetrou o seio da família e também elaborou a imagem dos desviantes do modelo familiar pretendido. É nesta perspectiva que se inseriram as campanhas contra as prostitutas, a desfavor das doenças venéreas, opostas ao celibato, em ataque à amamentação mercenária, aspectos que solapavam a formação da família higiênica ideal.

---

<sup>8</sup> COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1983.

Consoante Freire Costa, contraditoriamente, as grandes aliadas dos médicos nestas cruzadas foram as mulheres. Elas ajuntaram-se aos médicos não somente porque algumas das campanhas propugnadas por eles lhes interessavam, mas também como uma forma de adquirir poder e prestígio no seio da família. Tornar-se a parceira preferencial dos médicos significou, para as mulheres, contar com o lastro de poder decorrente do discurso científico que começava a se tornar predominante na sociedade.

Embora esse livro de Jurandir Freire Costa tenha sido fundamental para o nosso trabalho, na medida em que estudou, pormenorizadamente, de que forma os médicos e seu discurso se introduziram no seio das famílias, há algumas distinções entre a análise que Freire Costa fez e aquela que pretendemos fazer. Em primeiro, lugar ele esquadrinhou a inserção do discurso médico no interior familiar por intermédio de um aliado preferencial: as mulheres das camadas médias urbanas das grandes cidades.

Lidaremos, entretanto, com mulheres das camadas populares na zona rural do Ceará. Portanto, não nos reportaremos a locais ou a classes que percebiam o discurso médico como um sintoma de modernização, mas como uma agressão a costumes e práticas de cura seculares. Nosso exame não se aterá a uma aliança estratégica e tencionada entre segmentos de classe e de gênero, mas de uma invasão e de um combate renhido de estratos e gênero.

Nesta perspectiva, buscamos perceber como o discurso médico acerca das mulheres foi elaborado ao longo do século XIX. Para tanto, contamos com a análise acurada de Ana Paula Vosnes Martins, que desenvolveu o tema, em sua tese de doutorado, intitulada **A Medicina da Mulher: Visões do Corpo Feminino da Constituição da Obstetrícia e da Ginecologia no século XIX.**<sup>9</sup> Em seu trabalho, Ana Paula Martins analisou as memórias de médicos, ofícios das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Salvador, revistas médicas e as teses das faculdades de Medicina. Por intermédio destas fontes, ela procurou entender

---

<sup>9</sup> MARTINS, Ana Paula Vosnes. **A Medicina da Mulher: Visões do Corpo Feminino da Constituição da Obstetrícia e da Ginecologia no século XIX.** Tese de Doutorado em História. IFCS/Unicamp. Campinas, São Paulo, 2000.

como surgiram a Ginecologia e a Obstetrícia e como estes dois ramos da Ciência Médica se estabeleceram no Brasil.

Esse trabalho foi muito importante para ampliar nossas reflexões sobre o tema, na medida em que a autora analisou com muita profundidade o combate entre os médicos e as parteiras pela preponderância na cena do parto, assim como a progressiva substituição das parteiras pelos facultativos.

Além desse aspecto, toda a discussão feita no tocante à preeminência da Medicina sobre o corpo feminino, assim como a criação das primeiras maternidades, foi de extrema importância para o desenvolvimento da presente investigação. A discussão acerca do ensino médico no Brasil durante o século XIX, por exemplo, ajudou a esclarecer em que medida o discurso progressista da Medicina se fazia ancorado em bases pouco realistas.

Apesar, porém, das várias contribuições do trabalho de Ana Paula Martins, pretendemos buscar enfoques um pouco diferentes. Não é de nosso interesse investigar tão somente o discurso médico sobre as mulheres, seus corpos, ou mesmo acerca das parteiras. Nossa intenção orienta-se para tentar entender as relações entre este discurso médico longamente elaborado e as trajetórias de vida e as práticas de partejar das parteiras no sertão do Ceará no período em estudo.

A pesquisa de Ana Paula Martins, nesta perspectiva, esclareceu quais os matizes deste discurso, que parâmetros e limites possui. Informadas por esta análise é que poderemos tentar rastrear os conflitos, as contradições, as relações que se estabeleceram entre os médicos treinados por este discurso e as parteiras que exerciam seu ofício nas pequenas comunidades rurais do interior do Ceará.

Vale salientar que, embora defensores do discurso e das idéias aprendidas nas faculdades de Medicina, estes médicos se deparavam com situações bem diferentes daquelas com as quais estavam habituados a vivenciar em Fortaleza. No sertão do Ceará, do período



em questão, havia poucos hospitais e estes muitas vezes funcionavam de forma precária; sem mencionar o fato de que, muitas vezes, estes facultativos que trabalhavam em pequenas localidades eram chamados para realizar partos nos domicílios das parturientes, pela absoluta impossibilidade de se deslocar estas mulheres para o hospital.

Portanto, muitas vezes, eles tinham que aceitar, e até agradecer, se houvesse alguma parteira que lhes pudesse ajudar. Há de se observar o fato de que muitas parteiras eram treinadas por estes médicos dentro dos hospitais locais e, freqüentemente, os aliviavam da realização de muitos partos, particularmente no caso dos partos normais.

Estas relações conflituosas e contraditórias dos médicos com as parteiras prolongaram-se até a atualidade, especialmente à medida que o parto, além de “medicalizado”, foi se transformando em cirúrgico. Nesse processo, os rituais do parto passaram por profundas transformações que implicaram desumanização e despersonalização das mulheres.

Para entendermos como sucederam estes processos, utilizamos, principalmente, o trabalho de mestrado de Carmem Simone Grilo Diniz, intitulado **Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma releitura médico-social**.<sup>10</sup> Esse experimento foi muito importante, na medida em que a autora trabalhou com a categoria gênero para analisar de que modo o que conhecemos atualmente como parto moderno foi elaborado partindo-se de premissas ancoradas no cristianismo e, portanto, sexistas.

Analisando toda uma produção médica acerca das práticas do parto, Diniz demonstrou como os rituais do parto moderno foram elaborados a partir de uma visão marcadamente sexista e discriminatória, para não dizer misógina, acerca do feminino:

A superação da autoridade feminina foi amparada por um ritualismo bem mais abstrato e metafísico, eivado de superstições e preconceitos. Isso indica, em lugar de um aperfeiçoamento técnico, um deslocamento narrativo, uma reconstrução de

---

<sup>10</sup> DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina/USP. São Paulo, 1996.

conveniências que se construiu muito antes do desenvolvimento técnico da medicina moderna e envolve uma disputa por hegemonia política, econômica e religiosa, ao mesmo tempo que técnica. O status das mulheres como curadoras foi depreciado ou enaltecido junto com o das mulheres e, quando as mulheres como “trabalhadoras da saúde” foram combatidas, elas foram atacadas, de modo indissociável como mulheres.<sup>11</sup>

Uma das grandes contribuições de Carmem Simone Diniz para a nossa pesquisa diz respeito a “desneutralizar” a técnica médica acerca do parto. Todas as discussões sobre o avanço da Medicina no partear sempre centralizaram a superioridade técnica dos médicos sobre as parteiras. O trabalho esclarece que a técnica que conhecemos hoje como a única viável para partear, na verdade, foi apenas a técnica que tornou possível, aos médicos, se apropriarem dos saberes e dos poderes sobre o parto; aquela a permitir que, tanto as parteiras como as próprias parturientes, perdessem o controle dos rituais da parturição.

Embora o que essa dissertação traga seja, entretanto, de fundamental importância para nós, vale ressaltar que ela é uma análise da área médica, portanto muito centralizada nas discussões sobre os instrumentos e os procedimentos da Medicina. É evidente cuida de um tratamento que nos informou muito acerca de tais procedimentos. O que nos interessa, porém, é decompor não as técnicas em si, mas o modo como estas foram recebidas e vivenciadas pelas parteiras do sertão do Ceará e por suas clientes; como procedimentos médicos aplicados, informados por um estatuto da Ciência Médica, eram recebidos no seio das comunidades: o que era aprovado, o que ficava reprovado, o que restava adaptado.

Outro trabalho fundamental foi a tese de doutorado de Maria Lúcia de Barros Mott, intitulada **Parto, Parteiras e Parturientes**. Mme Durocher e sua Época<sup>12</sup>. Este trabalho foi muito importante para nós, pela biografia que a autora traçou de Mme. Durocher, uma das parteiras mais afamadas do Rio de Janeiro. A condução que Maria Lúcia imprimiu à

---

<sup>11</sup> DINIZ, Carmem Simone Grilo. Op. Cit. p. 108.

<sup>12</sup> MOTT, Maria Lúcia de Barros. **Parto, Parteiras e Parturientes**. Mme Durocher e sua Época. Tese de Doutorado em História. FFLCH/USP. São Paulo. 1998, mimeo.

análise da vida e do trabalho de Mme Durocher nos ajudou a pensar sobre as trajetórias de vida das parteiras. Outra contribuição desse trabalho diz respeito à elaboração da imagem da parteira ignorante no discurso médico, assim como as discussões acerca do ensino médico no Brasil.

É necessário ressaltar que Maria Lúcia trabalhou com uma parteira especial, treinada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Trabalharemos com parteiras rurais, muitas delas analfabetas e que não receberam nenhum tipo de treinamento. Mesmo respeitadas essas diferenças de objeto, contudo, o fato de recuperar Mme. Durocher foi importante, na medida em que demonstrou que a imagem cristalizada da parteira ignorante foi muito mais fruto do discurso médico do que propriamente uma constatação referenciada pela comunidade. Entendemos, assim, que, mesmo aquelas que não tinham os conhecimentos formais da Medicina, possuíam saberes advindos das práticas populares de cura e que muitas vezes foram extremamente eficientes no decorrer de suas atividades.

Uma das grandes preocupações do nosso trabalho é de rastrear as intrincadas relações estabelecidas não só entre as parteiras e suas pacientes, como também as relações entre as práticas de parto populares e a “medicalização” do parto promovida pela Medicina erudita. E é especificamente na compreensão destas relações que o gênero se destaca:

O Gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder. Seria melhor dizer que o Gênero é um campo primeiro no seio do qual o poder é articulado. O Gênero não é o único campo, mas ele parece ter constituído um meio persistente de tornar eficaz a significação do poder no Ocidente, nas tradições judaico cristãs e islâmicas.<sup>13</sup>

Nesta perspectiva, entendemos a “medicalização” do parto não só como um avanço da Medicina, mas também uma incursão da perspectiva masculina, sobre as práticas

---

<sup>13</sup> SCOTT, Joan. **Gênero: Uma categoria útil para Análise Histórica**. Recife, 1991, mimeo. P.16.

de parto, particularmente as populares, amparadas por uma visão feminina de mundo e sociedade.

É importante aprofundar um pouco mais a discussão sobre História e Gênero seguindo os caminhos de Joan Scott, na busca de uma teoria que permita pensar em termos de pluralidade e diversidade no lugar de conceitos universais. Devemos entender com clareza que a diferença sexual não é somente biológica, mas também cultural e social.

Sendo assim, teremos que descobrir o papel que desempenharam homens e mulheres, individual e coletivamente, na sociedade. Para isso, nos parece necessário ter como suporte a idéia de relação baseada na diferença; entender que a igualdade entre homens e mulheres reconhece implicitamente as diferenças, e é a partir da diversidade que devemos encontrar a participação das mulheres no tecido social.

Com base nesses parâmetros, poderemos perceber os diversos aspectos pelos quais a Medicina avançou sobre as práticas femininas, entre elas o que diz respeito ao tratamento conferido ao corpo feminino. No Brasil, desde os tempos coloniais, os médicos procuraram estabelecer seu controle sobre as práticas de cura populares mediante a administração dos saberes sobre o corpo feminino; um corpo percebido na tripla perspectiva da ignorância, ameaça e reprodução. Assim, nesta vertente, o corpo feminino se reduzia exclusivamente ao útero, denominado pelos médicos de madre, mãe, matriz:

No período colonial, todo o conhecimento existente sobre o corpo feminino dizia respeito à reprodução. Os documentos científicos da época: Tratados, manuais, receituários, revelam enorme interesse pela madre (nome dado ao útero, como vimos) e a conseqüente obsessão em compreender seu funcionamento. O próprio mapeamento da anatomia do útero submetia-se ao olhar funcionalista dos médicos, que só se referiam ao que importava para a procriação<sup>14</sup>.

Esta concepção médica do corpo feminino como um instrumento meramente reprodutivo explicitava marcadamente uma visão masculina que se prolongou durante todo o século XIX, pela associação, feita pelos médicos, entre a sexualidade feminina e a loucura:

---

<sup>14</sup> DEL PRIORE, Mary. "Magia e Medicina na Colônia: O Corpo Feminino". In DEL PRIORE, Mary e BASSANEZI, Carla. (Org.) **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1997. p.82.

A construção psiquiátrica de uma íntima associação entre a fisiologia feminina-em particular, o seu aparelho genital-e os distúrbios mentais pode ainda ser detectada pelo exame de alguns tratamentos destinados às mulheres diagnosticadas como doentes mentais, freqüentemente utilizados em instituições asilares durante o século XIX e princípio do século XX. Entre os procedimentos terapêuticos que, destinados a controlar as “sexualidades inconventionais das mulheres”, confundiam-se com os mais rigorosos e cruéis métodos de tortura, figuram a extirpação do clitóris e a introdução de gelo na vagina.<sup>15</sup>

Da ignorância dos médicos coloniais acerca do corpo das mulheres, chegamos à visão técnica que a Medicina moderna elaborou sobre estes mesmos corpos, principalmente no que diz respeito à parturição. A “medicalização” do parto foi mais uma das formas de estabelecer o controle sobre as práticas de cura até então sob o controle das mulheres e que transformou um procedimento natural em uma intervenção cirúrgica.

Um dos argumentos utilizados para esta transformação foi a segurança que as mulheres passaram a ter nos hospitais com o acompanhamento dos médicos. As distocias que matavam várias mulheres seriam resolvidas com a realização dos partos hospitalares. Embora não tencionemos, no entanto, negar tais avanços médicos, entendemos que a tecnologia e a segurança dos hospitais foram utilizadas para o estabelecimento de procedimentos que excluíram as mulheres dos saberes e poderes acerca de seus corpos e dos rituais do parto que, historicamente, tinham sido controlados por elas.

Nossa análise será feita principalmente com arrimo nas entrevistas com as parteiras, bem assim com as mulheres que utilizaram os serviços delas. Portanto o recurso do instrumental metodológico da História Oral se faz imprescindível. E, para maior esclarecimento de como percebemos as nossas fontes, nos remetemos a uma das concepções de História Oral:

Esses historiadores orais consideram a fonte oral em si mesma e não só como mero apoio factual ou de ilustração qualitativa. Na prática, eles colhem, ordenam, sistematizam e criticam o processo de produção da fonte. Analisam, interpretam e situam historicamente os depoimentos e as evidências orais com as outras fontes documentais tradicionais do trabalho historiográfico. Não se limitam a um único método e a uma única técnica, mas a complementam e as tornam mais complexas.

---

<sup>15</sup> ENGEL, Magali. “Psiquiatria e Feminilidade”. In DEL PRIORE, Mary e BASSANEZI, Carla. (Org.) **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1997. p.339.

Explicitam sua perspectiva teórico metodológica da análise histórica e, sobretudo, estão abertos e dispostos ao contato com outras disciplinas.<sup>16</sup>

Não pensamos nas entrevistas necessárias, como relatos puramente descritivos ou ilustrativos de nossas outras fontes. As entrevistas com as parteiras e com as parturientes constituem nossa vertente primordial. E a partir delas é que vamos mapear trajetórias de vida, rituais de parto, práticas de Medicina popular, o confronto com a Medicina erudita, a percepção que as próprias parteiras têm acerca de seu trabalho e todas as tradições orais transmitidas de geração em geração acerca do momento do parto.

Outro aspecto que destacaremos diz respeito à importância trazida pela História Oral para o avanço destes estudos:

Em todos esses campos da História, com a introdução de nova evidência antes não disponível; com a mudança do enfoque da investigação e com a abertura de novas áreas para ela; contestando alguns dos pressupostos dos historiadores e julgamentos por eles aceitos; reconhecendo grupos importantes de pessoas que haviam estado ignoradas, dá-se início a um processo cumulativo de transformações.<sup>17</sup>

Estes pontos trazidos por Paul Thompson são muito pertinentes ao trabalho. Sem a possibilidade do uso da História Oral, seria virtualmente impossível um estudo sobre as parteiras leigas no Ceará, assim como o conhecimento de seus rituais. Por outro lado, as entrevistas permitiram uma visibilidade maior sobre a importância das parteiras na região estudada.

Como comentamos no início da pesquisa, a própria existência delas era questionada, no entanto, na medida em que o trabalho foi avançando, esta existência ganhou corpo e significação social e cultural. Nesta perspectiva, a História Oral ajuda a trazer ao prosaíco artistas que estavam nos bastidores.

---

<sup>16</sup> LOZANO, Jorge Eduardo Acervo. “Práticas e Estilos de Pesquisa na História Oral Contemporânea”. In FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína. (Coord.) **Usos e Abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1996. p.23.

<sup>17</sup> THOMPSON, Paul. **A Voz do Passado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p.28.

Outro ponto a ser destacado diz respeito ao teor das falas. Faz-se necessário desconfiar da fonte e rastrear nestas falas as estratégias, as contradições e as lacunas e a percepção de que aquelas situações relatadas estão permanentemente em evolução:

A dificuldade só pode ser superada pelas noções de estratégia e de trajetória, que restituem a margem de manobra dos atores e permitem reconstruir seu sentido. Nessa medida, os enunciados que a pesquisa por entrevistas recolhe refere-se aos grupos dos quais os locutores são membros e revelam os projetos, as esperanças e decepções por meio das quais eles se encontram inscritos numa história sempre em marcha.<sup>18</sup>

Estas noções de estratégia e trajetórias revelando projetos e esperanças individuais podem ser claramente vistas nos aspectos que destacaremos ao longo do trabalho. Além das fontes orais, pretendemos trabalhar com a análise do discurso dos médicos produtores do conhecimento elaborado pela Medicina a respeito das mulheres, das práticas do parto, da imagem das parteiras e do corpo feminino.

Importa ressaltar é que, no estabelecimento do repertório médico, podemos encontrar uma elaboração discursiva não só sobre as parteiras, as práticas do parto, o corpo feminino, como também toda a discussão sobre o que é ser médico e como deveriam ser sua prática e sua forma de intervenção social.

Para rastrear os horizontes e paradigmas deste discurso, faz-se necessário tentar perceber qual a retórica utilizada pelos facultativos. Quais as terminologias utilizadas, que conceitos se vão tornando aceitos e até mesmo quais os modelos de constituição do discurso são mais ou menos acreditados: quais artifícios retóricos deveriam ser utilizados pelos autores para que suas alocações recebessem maior ou menor projeção.

Destas estratégias discursivas dependiam muitas vezes, segundo alguns autores, a projeção ou não do autor. Vejamos o que escreve Carvalho a respeito do modo de tornar de Oliveira Viana, quando este se refere ao fato de Alberto Torres quase não

---

<sup>18</sup> BENSAN, Alban. “Da Micro-história a uma Antropologia Crítica”. In REVEL, Jacques (org.) **Jogos de Escalas**. Rio de Janeiro: Ed. Da Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.49.

mencionar autores estrangeiros:

Viana explicava a pequena repercussão da obra seu mestre, Alberto Torres, pelo fato de que Torres quase não citava autores estrangeiros. Seus textos referiam-se quase sempre às próprias obras. Segundo Viana, tal tática no Brasil era fatal. Sem citação de autoridades estrangeiras, nenhum pensamento nacional seria levado a sério. Pondo em prática sua receita, Viana sempre citou abundantemente, embora fosse, sob muitos aspectos, um pensador original.<sup>19</sup>

É importante sublinhar que este artifício apontado por Carvalho, a citação de obras estrangeiras, era largamente utilizado pelos médicos, principalmente no texto de suas teses. Utilizavam-se muito os autores franceses, principalmente nas teses cujo assunto fosse Obstetrícia ou Ginecologia. Os médicos assim recorriam à autoridade já consagrada dos médicos europeus para a elaboração de um discurso que se impusesse como hegemônico no panorama político brasileiro.

Nossas fontes principais, portanto, são os depoimentos das parteiras. As parteiras entrevistadas foram aquelas que exerceram o ofício na região durante o período em estudo. Dentre estas, encontram-se tanto as que foram efetivamente parteiras leigas quanto aquelas treinadas nos hospitais. A comparação entre estes dois grupos será feita, inclusive, para tentar perceber em que medida a Medicina avançava sobre costumes há muito arraigados no interior destas comunidades.

Além desta fonte, nos utilizaremos dos discursos médicos acerca das parteiras, do corpo feminino e dos procedimentos durante o parto. O discurso médico será rastreado por meio de teses, artigos e documentos escritos pelos médicos, tenham estes escritos um caráter acadêmico ou político. Os jornais da época também serão outras fontes consultadas, na medida em que muitas polêmicas envolvendo médicos e parteiras aparecem nos jornais.

---

<sup>19</sup> CARVALHO, José Murilo de. “História Intelectual no Brasil: a retórica como chave de leitura”. In **TOPOI**, (Revista de História do Programa de Pós-Graduação em História Social da UFRJ.) Rio de Janeiro, Sete Letras, 2000, vol. 1 p.127.



Matérias atuais dos principais periódicos serão analisadas, para que tenhamos noção de como se encontram, hoje, não só o atendimento às mulheres gestantes no Brasil, mas também os rituais do parto hospitalar. Quais os avanços que ocorreram com o predomínio deste tipo de partejamento e quais as perdas sofridas pelas mulheres nesta transição.

Para atendermos aos nossos objetivos, estruturamos o ensaio em seis capítulos, entre eles esta introdução. No segundo capítulo tentaremos reaver historicamente não só a imagem das parteiras, como também todo o combate empreendido pela Medicina para substituí-las na cena do parto. Nesta análise, estarão presentes elementos como: a instituição do discurso médico no Brasil, a hospitalização das mulheres, o surgimento da enfermagem como mais uma aliada dos médicos contra as parteiras e o entendimento e exercício do moderno parto no Brasil: hospitalar e cirúrgico.

O terceiro capítulo apresentará as nossas principais personagens- as parteiras- com suas emocionadas trajetórias: o início na profissão, suas relações com a comunidade, a “medicalização” do parto na região, percebida no conflito entre as parteiras leigas e as treinadas pelos médicos, assim como as relações destes médicos com estas parteiras. O ato de partejar percebido como um dom divino e, portanto, dificultando a sua profissionalização. As dificuldades vivenciadas neste ofício e as polêmicas como a aborto são também aspectos em debate no anunciado capítulo.

O quarto segmento analisará os chamados rituais dos partos domiciliares: os espaços em que estes ocorriam, os primeiros procedimentos realizados pelas parteiras, as rezas, os remédios da farmacopéia popular, as posições de se dar à luz, a higiene e o resguardo. Todos estes aspectos serão examinados na perspectiva de recuperar práticas de cura populares assim como normas médicas que já se faziam presentes nestas comunidades no período coberto pelo presente estudo.

O quinto módulo analisará exclusivamente o relato das parturientes. Nessas narrações, procuramos mapear o cotidiano vivenciado por elas: os tipos de relações que elas estabeleceram com suas parteiras, as questões referentes ao pudor do próprio corpo, a participação dos maridos no ato da parturição, a experiência do resguardo, as complicações vivenciadas nestes partos domiciliares, a memória da mortalidade materna, as discussões envolvendo a saúde e a doença e as formas como eram vistos os médicos e o hospital.

Estes aspectos analisados ajudaram a tornar clara toda uma cultura calcada em valores como a valorização do trabalho, da saúde, da solidariedade entre mulheres que viviam experiências difíceis, e até mesmo traumáticas, durante aquele que era considerado sua função como mulher: o ato de dar à luz.

Ao ouvir estas mulheres, tanto parteiras como parturientes, pudemos ter o vislumbre daquela mulher, a quem não tivemos o prazer de conhecer- D.<sup>a</sup> Joana Rosa; de como podem ter sido todos os seis partos que ela vivenciou com sucesso, e como deve ter sido aquele que, posteriormente, lhe custou a vida. Em todas as longas entrevistas realizadas com essas “sábias mulheres”, tentamos recompor o tecido social no qual ela e outras mulheres iguais a ela viveram e morreram.

Segue-se as considerações finais, como último capítulo, onde rematamos e indicamos os achados da pesquisa e apontamos alguns aspectos interessantes suscitadas pelos dados encontrados.

**Elas nasceram do ventre úmido da Amazônia, no extremo norte do Brasil, no Estado esquecido do noticiário chamado Amapá. O país pouco as escuta porque perdeu o ouvido para os sons do conhecimento antigo, para a música das suas cantigas. Muitas não conhecem as letras do alfabeto, mas são capazes de ler a mata, os rios e o céu. Emersas dos confins de outras mulheres com o dom de pegar crianças, adivinham a vida que se oculta nas profundezas. É sabedoria que não se aprende, não se ensina nem mesmo se explica. Acontece apenas. Esculpidas por sangue de mulher e água de criança, suas mãos aparam um pedaço ignorado do Brasil. (A Floresta das Parteiras-Revista Época).**

## CAPÍTULO 02: OS PARTOS E AS PARTEIRAS NA HISTÓRIA

### 2.1 A Nomeação das Parteiras.

Em francês, parteira é chamada de *sage-femme*, ou seja, mulher sábia. No Brasil, principalmente nas zonas rurais, as parteiras receberam uma série de denominações diferentes:

(...) curiosas, parteiras leigas, cachimbeiras, práticas e parteiras tradicionais. No entanto, preferimos esta última porque, no nosso entendimento, os outros significados carregam um certo estigma e são quase pejorativos, refletindo, desse modo, a ideologia da classe dominante.<sup>39</sup>

Além destes termos mencionados, outros também são utilizados, como, por exemplo, *aparadeiras* e *comadres*. A primeira é uma referência ao ato de ajudar no nascimento das crianças, que é chamado em algumas regiões de “*aparar a criança*”. Esta expressão talvez se relacione com fato de que, em determinadas localidades, as mulheres têm seus filhos de cócoras ou então sentadas em um banco apropriado, daí a necessidade de alguém “*aparar*” a criança que, literalmente, desce do corpo da mãe.

Comadre era outro termo utilizado provavelmente por causa do costume, existente nesta região, de que as parteiras passassem a ser *madrinhas* ou *segundas mães* das crianças que ajudaram a nascer e “*comadres*” das parturientes:

Demais, assim já tem moça, às vezes eu vou assim na escola, quando chego lá eles mim chamam tudo de mãe, e levanta aquela turma, *benção mãe, benção mãe*, eu me sinto é feliz, eu gosto.<sup>40</sup> (D.<sup>a</sup> VANDA, 51 anos).

Neste depoimento, o relato de um costume comum na região-como as parteiras eram consideradas *segundas mães* das crianças que ajudavam a nascer, elas não só eram chamadas de mãe como estas crianças, depois de crescidas, costumavam pedir-lhe a *benção*.

---

<sup>39</sup> BESSA, Lucineide Frota. **Mulheres e Parteiras: Contribuição ao Estudo do Trabalho Feminino em Contexto Domiciliar Rural**. Salvador, GRAFUFBA, 1999. p.39.

<sup>40</sup> Entrevista com D. Vanda Maria Cavalcante Oliveira, 51 anos, realizada em 15/03/2004, em Pedra Branca-CE.

Pedir a benção aos pais é uma prática comum no sertão do Ceará. Desde crianças, as pessoas eram ensinadas a pedir a benção aos pais, avós e até tios em sinal de respeito. Este ritual era, de ordinário, cumprido antes de deitar-se e ao levantar-se, no caso dos pais. No caso dos avós e dos tios, sempre que as pessoas se encontrassem.

O vocábulo “cachimbeira”, embora carregado desta conotação pejorativa e preconceituosa apontada pela autora, comportava outra série de significados. No discurso médico-hospitalar o termo é usado de forma depreciativa:

As vez eu vou porque tenho dó delas, mais hoje em dia só atende mais pelo hospital. Porque elas diz- ah! Fica com “cachimbeira”, com “cachimbeira” isso e aquilo outro. As vez a gente sente também que é “cachimbeira”, não fuma mais a gente sente né elas dizem.<sup>41</sup> (D.<sup>a</sup> FRANCINA, 68 anos).

No depoimento de D.<sup>a</sup> Francina, encontramos de forma explícita o teor do preconceito em relação às parteiras. D.<sup>a</sup> Francina nos relatou que, de vez em quando, ainda era chamada para atender partos domiciliares, mas que não gostava de assim proceder, porque, se desse alguma complicação e ela tivesse que acompanhar a parturiente para o hospital, seria submetida à humilhação de ouvir os funcionários do hospital-auxiliares, enfermeiras e médicos-se referirem a ela usando o nome pejorativo de “cachimbeira”. Percebemos que D.<sup>a</sup> Francina não aceitava o fato de ser chamada de “cachimbeira” por dois motivos: porque entendia que, no espaço hospitalar, este era sinônimo de ignorante e porque, segundo ela, nem sequer fumava.

Se no espaço do hospital o termo “cachimbeira” era equivalente à ignorante e suja, em outros espaços ele assumia conotação diferente. “Cachimbeira” era utilizado pelo povo do sertão do Ceará para designar as parteiras. Agora esta qualificação era usada em relação àquelas que não tinham feito nenhum curso, as parteiras leigas ou práticas. Os

---

<sup>41</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Francina Maria da Silva, 68 anos, parteira desde os 25 anos, realizada em 10/11/1998, em Senador Pompeu-CE.

médicos passaram a usá-lo para desqualificar, discriminar e perseguir o trabalho delas. Para o povo e mesmo para as parteiras, o termo pode ter tido outra origem:

A minha mãe contava que tinha parteiras que tomavam vinho, uma zenebra, e fumavam cachimbo, quando iam fazer um parto. (D.<sup>a</sup> VANDA).

Neste contexto, o termo assumia outro significado. Elas eram assim chamadas pelo hábito que tinham de beber e fumar durante o trabalho de parto. Nas nossas entrevistas, as parteiras relataram que algumas fumavam e bebiam antes do parto, enquanto esperavam a hora chegar, enquanto outras assim procediam após o parto realizado, em um ritual de relaxamento. Muitas vezes faziam isso com o marido da parturiente para comemorar o sucesso do parto.

É importante ressaltar que, nas décadas de 1960 e 1970, não era comum que mulheres do sertão do Ceará bebessem e fumassem. Portanto, as parteiras eram consideradas como mulheres “diferentes”, não só por exercerem uma profissão de fundamental importância nestas comunidades, como também, e talvez por isso mesmo, poder experimentar comportamentos vedados a outras mulheres. Até hoje o termo “cachimbeira” é utilizado, no seio destas comunidades, apenas como sinônimo de parteira leiga, sem a conotação pejorativa utilizada pelos médicos.

Outro aspecto interessante no que se refere à nomenclatura é a que diz respeito à utilização do termo obstetrícia:

Velpeau explica que desde 1823, quando começou a lecionar, usava o termo obstetrícia, como faziam os cirurgiões ingleses, mas não achava esta palavra adequada, já que derivava da palavra latina obstetrice, que significa parteira. Velpeau preferia usar a palavra de origem grega tocologia, como fez no título do livro, que significa estudo dos partos.<sup>42</sup>

Como se vê, até mesmo na nomeação da especialidade médica, havia uma preocupação em dissociar o ato de partejar da imagem das parteiras. A tocologia, ou estudos

---

<sup>42</sup> MARTINS, Ana Paula V. Op. Cit. p. 88.

dos partos, não guardava qualquer relação com parteiras e sim com cientistas médicos. Vale sublinhar o fato de que, embora atualmente ainda se chame de obstetras aqueles que realizam partos, os departamentos das faculdades de Medicina cada vez mais usam o termo tocologia para fazer referência à mesma especialidade.

Uma das questões do nosso trabalho diz respeito à historicidade dos rituais do parto: seria o parto um acontecimento histórico? Vários historiadores se posicionaram a respeito deste questionamento:

Em um texto de 1977 Mireille Laget perguntava se o parto não seria um acontecimento alheio à história, circunscrito aos rituais fisiológicos e às experiências da dor e do sofrimento. A pergunta, respondida pela própria autora e outros pesquisadores, mostra que o parto é, antes de tudo, um evento social e, como tal, submetido a rituais, códigos e tradições, caracterizando, portanto, um acontecimento histórico.<sup>43</sup>

Pressupondo o evento do parto como um acontecimento histórico, portanto sujeito às modificações culturais e temporais características do processo histórico, é que pretendemos discutir as várias transformações por que passaram não somente os rituais do parto como também a imagem das parteiras. Um destes aspectos diz respeito à exclusividade da assistência feminina no parto. O partejar era um assunto de mulheres, vivenciado entre mulheres:

As mulheres que exerciam na Antigüidade a atividade de parteira detinham um saber próprio, adquirido através da prática direta e difundido, até onde as pesquisas a respeito têm apontado, pela transmissão oral. O único acesso conhecido à voz dessas parteiras antigas reside nos escritos dos médicos e filósofos da Antigüidade.<sup>44</sup>

Desde a Antigüidade, a assistência ao parto foi uma tarefa primordialmente deixada a cargo das mulheres. E este é justamente um dos aspectos a dificultar recuperação das práticas e rituais do parto. Como expressa a autora, estas práticas foram transmitidas

---

<sup>43</sup>MARTINS, Ana Paula V. Op.Cit.. p. 63.

<sup>44</sup>ALMEIDA SILVA. Tânia Maria de. **O Saber das Parteiras e o Saber dos Médicos**: Um Estudo sobre a Mudança da Concepção sobre o Nascimento na Sociedade Brasileira. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999, mimeo. p.08.

quase exclusivamente pela tradição oral, o que prejudicou sobremaneira o seu rastreamento. Na elaboração da História da Medicina, as parteiras apareceram nas vozes dos médicos sempre como incompetentes, ignorantes e descuidadas. O problema que expressei, portanto, é o rastreamento de uma história que se perdeu, uma “história vazia”.<sup>45</sup>.

## 2.2 Os Médicos, as Parteiras e o Nascimento da Ciência Moderna

Para rastrear esta “história vazia”, fez-se necessária uma análise das lutas e dos conflitos que se estabeleceram entre os médicos e as parteiras a partir da Modernidade, que coincide também com o surgimento das bases da Medicina e da Ciência modernas. É preciso lembrar que este momento histórico foi marcado por inúmeros choques e conflitos, como, por exemplo, a Santa Inquisição, que perseguiu milhares de mulheres, em geral, e as parteiras em particular.

É preciso destacar o fato de que o Santo Ofício Moderno, que atingiu não apenas às mulheres, como também os que se desviavam da ortodoxia oficial, fazia parte do contexto histórico da formação das monarquias nacionais e dos Estados modernos. Havia, portanto, um movimento de enquadramento político de toda a sociedade para a submissão aos poderes centralizados da Igreja e dos Estados em formação.

Como efeito, vários segmentos foram perseguidos e enquadrados: províncias rebeldes que não queriam perder seus privilégios feudais, nobres recalcitrantes que não queriam abdicar de seus poderes para a Monarquia absoluta, camponeses que se revoltavam pela perda de seus poucos direitos comunais provocados pelo avanço do capitalismo.

No movimento histórico de centralização do poder, as questões de gênero foram expressas, e as mulheres também perderam alguns de seus direitos e poderes. É preciso sublinhar o fato de que o gênero sempre se destacou como indicador de centralização de poder

---

<sup>45</sup> Acerca do tema, MARTINS, Ana Paula V. Op. Cit. e GÉLIS, Jacques. **L’Arbre et le Fruit**. La naissance dans l’Occident Moderne. Paris, Fayard, 1984.



e perda de autonomias. As relações entre Estados fortes e submissão feminina foram observadas por alguns autores:

A ligação entre os regimes autoritários e o controle das mulheres tem sido bem observado mas não foi estudado a fundo. Num momento crítico para a hegemonia jacobina na Revolução Francesa, na hora em que Stálin tomou o controle da autoridade, na época da operacionalização da política nazista na Alemanha ou o triunfo do aiatolá Khomeiny no Irã, em todas essas circunstâncias os dirigentes que se afirmavam, legitimavam a dominação, a força, a autoridade central e o poder soberano identificando-os ao masculino (os inimigos, os “outsiders”, os subversivos e a fraqueza eram identificados com o feminino), e traduziram literalmente este código em leis que colocam as mulheres no seu lugar (proibindo sua participação na vida política, tornando o aborto ilegal, proibindo o trabalho assalariado das mães, impondo código de vestuário às mulheres).<sup>46</sup>

No caso da Europa Moderna, além da submissão das mulheres de um modo geral, havia uma preocupação muito grande com as mulheres camponesas em particular e, dentre estas, um cuidado ainda maior com aquelas que podiam escapar ao controle masculino, aí se inseria o caso das curandeiras e das parteiras. Natalie Zamon Davis apontou como as mulheres da Época moderna foram perdendo seus direitos à medida que o capitalismo e a família patriarcal avançavam<sup>47</sup>.

É conveniente lembrar que, neste período, estava nascendo o que hoje conhecemos como a Ciência moderna, com seus procedimentos experimentais, técnicas “matematizadas” e mensuradas e sua nova relação com o corpo humano. A entrada dos homens médicos na cena do parto, portanto, pertencia a este contexto. A luta desencadeada por estes médicos contra as parteiras obedecia, primordialmente, a parâmetros de gênero, de classe e de luta por um novo mercado profissional.

Do ponto de vista do nascimento dos novos procedimentos científicos, a luta contra as parteiras se revestia do aspecto da luta da luz da ciência contra as trevas da ignorância; das novas técnicas, ditas científicas, contra procedimentos havidos como supersticiosos:

---

<sup>46</sup> SCOTT, Joan. Op. Cit. p.19.

<sup>47</sup> Ver DAVIS, Natalie Zamon. **Culturas do Povo: Sociedade e Cultura no início da França Moderna**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990.

Quando a história da medicina começou a ser escrita no século XIX, tratou-se as práticas médicas e populares da Antigüidade e principalmente da Idade Média como representativas da ignorância e do obscurantismo. Nesta interpretação evolutiva da história, há o reconhecimento da ignorância dos médicos antigos sobre os assuntos relativos ao parto, mas a maior reação crítica é aos leigos, especialmente as parteiras das classes populares. Com exceção das parteiras profissionais dos séculos XVII e XVIII, os historiadores médicos viam as parteiras aldeãs como responsáveis pelas imperícias que resultavam na morte da mãe e da criança ou pelas mutilações, descrevendo-as como mulheres ignorantes, supersticiosas, descuidadas e apressadas.<sup>48</sup>

Cumprido destacar a noção de que a ignorância dos médicos antigos era reconhecida. A acusação de ignorância maior, no entanto, recaía sobre as parteiras populares. Esta elaboração discursiva visava não só a proteger a corporação médica, mas, sobretudo, perseguir as práticas populares de cura. Neste discurso, o prejuízo maior à saúde da população não era causado pelos erros médicos, mas pela imperícia das parteiras populares. Havia nesta argumentação uma injunção não somente de classe, pois além de desqualificar os saberes e práticas populares, esta elaboração científica visava ao controle masculino da cena do parto. Para explicitar ainda mais esta busca de controle, estes argumentos não atingiam as parteiras profissionais, porque estas estavam sob controle dos médicos.

As parteiras profissionais, formadas pelos médicos e mantidas sob sua autoridade, ainda tinham o importante papel de subsidiar os médicos com o profundo conhecimento prático que possuíam acerca não só da fisiologia do corpo feminino como também da mecânica do parto.

A Medicina da época moderna era organizada em um tripé profissional, dividido entre os físicos, os cirurgiões e os boticários, sendo que o primeiro grupo compunha a elite médica da época, formada pelas grandes universidades européias. As práticas que requeriam uma intervenção junto ao corpo, no entanto, eram praticadas pelos cirurgiões barbeiros. Os físicos viam com profundo desprezo esta atividade que lidava diretamente sobre o corpo e todos os seus líquidos: sangue, pus, suor. O conhecimento e o *status* dos físicos

---

<sup>48</sup> MARTINS, Ana Paula V. Op. Cit. p.66.

eram ancorados exclusivamente sobre seu conhecimento teórico do corpo humano. Daí por que em casos de partos dramáticos, em que as parteiras não resolviam, os cirurgiões eram chamados a intervir<sup>49</sup>. A falta de conhecimento desses cirurgiões sobre o parto era igual, se não maior, do que o das parteiras que os tinham requisitado. Talvez por isso eles realizassem procedimentos equivocados que não contribuíram muito para melhorar nem a fama dos cirurgiões nem a das parteiras não profissionais.

Apesar destes equívocos, no entanto, foram justamente estes cirurgiões que começaram a estudar a fisiologia e a anatomia femininas, para que melhor pudessem intervir nos partos distócicos. A partir desses estudos, eles foram acumulando não somente mais conhecimentos anatômicos do que as parteiras, como também elaboraram técnicas cada vez mais intervencionistas e se utilizaram de instrumentos \_ pinças, tesouras, ganchos, fórceps \_ cada vez mais sofisticados para a realização dos partos. O ritual do parto deixou de ser natural e controlado pelas mulheres e passou a ser cada vez mais “científico” e controlado pelos homens da corporação médica:

A conquista dos médicos também está relacionada com a utilização de instrumentos. Em 1730 o fórceps passa a ser usado, trazendo mais prestígio para o cirurgião. Até então, este era chamado quando o estado da mãe e da criança já não inspirava mais grandes esperanças e a única manobra que restava era, freqüentemente, a prática da craniotomia. O fórceps inaugura a era em que o cirurgião consegue ampliar as chances de salvar a criança, fazendo dele uma presença mais humana. Já em 1770 pode-se notar a correlação entre um maior uso dos instrumentos e a ascensão dos parteiros<sup>50</sup>

A utilização dos fórceps nos partos constituiu mais uma das trincheiras nos combates entre os médicos e as parteiras. Isso porque, embora ele tenha aparecido como um instrumento que possibilitava a salvação da mãe sem a necessidade do sacrifício da criança, o uso desse utensílio se tornou o diferencial entre os médicos e as parteiras. Estas

---

<sup>49</sup> MARTINS, Ana Paula V. Op.Cit.

<sup>50</sup> ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2001. p.47.

argumentavam que o fórceps era invasivo e, algumas vezes, provocava muito sofrimento nas mulheres e ainda podia mutilar a criança.

É preciso evidenciar o fato de que os cirurgiões, que antes só eram chamados à cabeceira das parturientes nos casos extremos em que as parteiras não conseguiam resolver, agora se impunham desde o princípio na cena do parto. E o fórceps, antes apenas em casos excepcionais, começou a ser utilizado como norma, o que era mais uma forma de reforçar a necessidade dos médicos na hora do parto. A utilização e a banalização do fórceps era tão polêmica que chegou a dividir a própria corporação médica:

O uso do fórceps em mãos inexperientes começou a gerar uma série de relatos de acidentes e alguns cirurgiões se opuseram ao uso freqüente deste e de outros instrumentos. Dos dois lados do Canal da Mancha os cirurgiões dividiram-se entre aqueles que preferiam deixar o curso da natureza agir e os intervencionistas, para quem o uso dos instrumentos só valorizava a habilidade do cirurgião. Nihell e De la Motte, este um famoso cirurgião parteiro contrário ao abuso dos instrumentos, perderam esta luta, pois apesar das reações moralistas e populares, foi a figura do cirurgião armado com seus instrumentos em luta contra os obstáculos do corpo que se impôs. Os cirurgiões iluministas divulgaram esta imagem, associando a prática obstétrica e o instrumental com a idéia de competência e superioridade em relação às parteiras.<sup>51</sup>

Como se vê, o emprego do instrumental era mais um argumento para a substituição das parteiras pelos médicos. É fato que a utilização desse utensílio ajudou a salvar muitas vidas, tanto das mães quanto das crianças. Também ficou claro, no entanto, que os cirurgiões se utilizaram destes materiais de forma até mesmo abusiva, para conquistar espaços que até então era monopólio das parteiras. O que está em discussão não é quem era mais eficiente, mas como o parto começou a ser elaborado não como um momento de normalidade do corpo, mas como uma patologia e, portanto, necessitado do aparato da Medicina.

Convém lembrar que neste momento, século XVIII, estava em elaboração todo o arcabouço teórico da chamada Ciência moderna. Entre estes postulados, encontrava-se

---

<sup>51</sup> MARTINS, Ana Paula V. Op. Cit. p.77.

a necessidade da observação e da experimentação, assim como a percepção dos novos papéis esperados para homens e mulheres na sociedade, assim como as transformações do modelo familiar. Embora desde o século XVI já se percebessem mudanças na estrutura da família, a lentidão destas mudanças e manutenção da submissão feminina no seu interior provocou o surgimento do movimento das preciosas:

A preciosa é uma mulher emancipada, que propões soluções feministas ao seu desejo de emancipação e inverte totalmente os valores sociais tradicionais. Milita por um novo ideal de mulher, que leve em conta a possibilidade da ascensão social e o direito à dignidade. Reclama o direito ao conhecimento e ataca a pedra angular da sociedade falocrática: o casamento. Contra o autoritarismo do pai e do marido, as preciosas mostram-se decididamente hostis ao casamento e à maternidade. Preconizam o casamento de experiência e sua ruptura após o nascimento do herdeiro, que seria colocado sob guarda o pai. Não querendo renunciar a nenhuma liberdade, nem ao amor, elas exaltam os sentimentos ternos e platônicos.<sup>52</sup>

As preciosas, pois, não só se rebelavam contra o casamento de conveniência, como também contra toda a opressão feminina, na medida em que defendiam o amor. Esta defesa ao direito de amar se contrapunha frontalmente ao que se esperava das mulheres nesta sociedade: a obrigação de se casar com quem os pais escolhiam e de gerar os filhos para o marido. A maternidade seria resolvida de forma bastante conveniente para as mulheres: se seu dever era apenas o de gerar herdeiros, então as preciosas defendiam o argumento de que, após cumprida tal obrigação, as mulheres seriam liberadas para fazer o que lhes aprouvesse, deixando os filhos com os pais. Preconizavam, portanto, uma total inversão do tradicional papel feminino na família e na sociedade.

A existência das preciosas era um sintoma claro de que o modelo de família herdado da Idade Medieval já não respondia às novas demandas das mulheres. Típicas representantes de uma espécie de feminismo, elas procediam, principalmente, da nobreza e da burguesia; alvos de comentários maliciosos e de chacotas, demonstrando que sua

---

<sup>52</sup> BADINTER, Elizabeth. *XY: Sobre a Identidade Masculina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1993, p.12.

influência não era tão desprezível assim, As preciosas, ao defender uma nova mulher, propunham também um novo homem.

### **2.3 A Ciência e o Corpo Feminino**

Apesar do movimento das preciosas, no entanto, a situação das mulheres na sociedade só tendeu a se agravar, na medida em que a Ciência começou a tratá-las como um objeto preferencial de seus estudos. Se durante toda a época Medieval e Moderna, a inferioridade e fragilidades femininas foram explicadas em virtude do pecado original e de sua profunda carnalidade, em pleno Século das Luzes, esta diferença e esta inferioridade seriam explicadas e justificadas cientificamente. E é nesta explicação “científica” para a inferioridade intelectual das mulheres e sua restrição ao papel de reprodutora da sociedade que se alicerçou a idéia do parto médico moderno:

O parto médico moderno, na verdade, multiplicou e reinterpretou esses sofrimentos. A mulher pré-moderna que morria de parto podia ser meramente uma culpada que, nessa morte reprodutiva, expiava sua culpa sexual. Mas a mulher que morria de parto nas mãos dos médicos era uma mãe naturalmente adequada, que morrera por sua fragilidade, fazendo, ou deixando que lhe fizessem, o melhor possível pela pátria e pelas gerações futuras. Ou quando menos, pelo avanço da ciência, como era o caso das mulheres pobres, marginais e solteiras que, desde o século XVIII alimentavam as clínicas de partos de ensino.<sup>53</sup>

É importante perceber alguns aspectos deste discurso elaborado pela Medicina para explicar a morte no parto. Enquanto, no período medieval, estas mortes eram justificadas como punição de pecados de origem sexual, posteriormente, os médicos passaram a acusar as parteiras por esta mortalidade. A partir, porém, do momento em que os médicos assumiram o controle da cena do parto, a culpa foi deslocada para a própria parturiente e seu físico frágil. As mulheres morriam porque eram fisicamente frágeis e não suportavam o sofrimento do

---

<sup>53</sup> DINIZ, Carmem Simone Grilo. Op. Cit. p.117.

parto, morriam pela família e pela pátria, o que certamente provocou uma romantização e santificação da morte no parto.

Vale destacar nesta elaboração discursiva é o fato de que em todos estes períodos a mortalidade materna sempre foi tratada como sendo culpa das mulheres: da parturiente pecadora, da parteira ignorante e suja e da parturiente frágil. Mesmo lutando para assumir a cena do parto, a responsabilidade da morte materna jamais foi assumida pelos médicos, mesmo quando isso acontecia pela inabilidade no uso dos instrumentos, por exemplo. Este discurso ainda hoje se mantém atualizado, pois várias vezes quando se discute a mortalidade materna no Brasil, usa-se como argumento o arrazoado de que as mulheres morreram porque não fizeram o pré-natal, ou seja, mais uma vez, a culpa é das mulheres, nunca do Estado, jamais da corporação médica.

É preciso esclarecer que não advogamos aqui a idéia de que houve uma luta do bem (as parteiras) contra o mal (os médicos), mas tão-somente trazer à discussão o violento combate que existiu entre estes dois segmentos profissionais em torno da cena do parto, e que, em seu curso, as questões de gênero, assim como as de classe, tiveram importância fundamental.

Nesta substituição das parteiras pelos médicos, estava presente, além da entrada do olhar e controle masculinos sobre a cena do parto, uma mudança de perspectiva em relação ao corpo feminino:

Os tratados de partos multiplicam-se durante o século XVIII sendo uma forma valiosa para se entender como a produção do conhecimento a respeito da gravidez e do parto e a substituição da parteira pelo médico são acontecimentos indissociáveis. Neles pode-se ler todo o processo de transformação do corpo feminino num objeto de conhecimento, da mulher em paciente e, por fim, da parteira em auxiliar do médico.<sup>54</sup>

Na permuta do médico pela parteira existiu, paralelamente, outra trajetória em curso: a da transformação do corpo da mulher em objeto de estudo do médico e da mulher

---

<sup>54</sup> MARTINS, Ana Paula V. Op. Cit.p.72.

como paciente passivo da intervenção médica. Entre as mulheres e as parteiras, sempre houve uma associação que não era só de gênero, mas também de origens, costumes e tradições compartilhadas.

Normalmente as parteiras originavam-se das mesmas comunidades das parturientes e costumavam compartilhar com elas o mesmo cotidiano. O corpo das parturientes, para as parteiras, não estava dissociado da personalidade das mulheres, e todo o procedimento realizado pelas parteiras era costumeiramente acordado com as parturientes ou com seus componentes familiares.

Diferentemente da perspectiva médica que dicotomizou o corpo da personalidade, transformando essas mulheres em objetos passivos de sua intervenção – as quais muitas vezes eram realizadas com instrumentos obstétricos que, em mãos inábeis, podiam causar muitos sofrimentos e até mutilações – os procedimentos seriam operacionalizados de acordo com as conveniências “científicas” dos doutores e não consoante aos desejos das parturientes.

Precisamos esclarecer que, quando nos referimos à visão e ao controle masculinos na cena do parto, não nos reportamos tão-só ao fato de que, neste momento, todos os médicos eram homens, mas, sobretudo, em uma perspectiva de dominação masculina da sociedade, expressamos que a “idéia de parto” que começou a ser elaborada neste momento carregava toda uma visão sexista. Este arcabouço ideológico manteve-se mesmo quando as mulheres ingressaram nas faculdades de Medicina e se tornaram médicas. De tal maneira, mesmo com médicas trabalhando na área obstétrica, esta não só continuou com seus rituais de parto ancorados nos valores masculinos como ainda aprofundou estes valores com o maior uso da tecnologia no ato de partejar:

Penso desta forma por acreditar que nem a nível hospitalar, nem domiciliar haverá um avanço se não for possível romper com estruturas tão profundamente inscritas em nossos corpos e em nossas mentes e, por conseqüência, em todos os seguimentos de nossa vida como é a dominação masculina. A dominação masculina faz parte de



uma teia muito mais sutil e ampla como podemos observar no dia a dia. Assim, quando disse antes que o modelo de parteiro conforme o exemplo que citei não nos interessa, quero dizer que isso se aplica a todas as instâncias do ato de partear e não somente ao parto executado por não-médico. A entrada maciça de mulheres nos cursos médicos nas últimas décadas não nos garantiu uma assistência ao parto de mais qualidade, principalmente no sentido de resgatá-la enquanto prática culturalmente dada passível de uma série de representações rituais. Como se explica isto? Na verdade essa “aceitação” de todas as regras engendrada a partir de um mundo visto e construído por homens está internalizada em nós, inclusive e, principalmente, em nós mulheres. Assim posso dizer que precisamos urgentemente repensar a “humanização” do parto a partir das mulheres enquanto sujeitos nesse processo. O enfoque das discussões ligadas aos profissionais que devem ou não realizar o parto precisam estar muito além das questões eminentemente ligadas à competência técnica: ela deve situar-se na dimensão do humano com um outro olhar.<sup>55</sup>

Como podemos observar, a partir destes aspectos mencionados pela autora, o que se deve discutir não é quem realiza o parto, se médica(o), enfermeira(o) ou parteira(o), mas sim qual o modelo de parto que seguirão. Se o modelo mais estruturado na perspectiva de perceber as mulheres como ativas, como era o caso do parto domiciliar, ou naquele em que as mulheres se transformaram em objetos, portanto, passivas, em corpos a serem manipulados segundo uma visão sexista, como é o caso do parto médico moderno. Nada é mais emblemático da visão masculina de corpos femininos como objetos, principalmente no caso das parturientes do que o abuso da episiotomia<sup>56</sup> nos partos normais:

O uso indevido da episiotomia e da posterior costura (episiorrafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes. A episiotomia tem sido indicada para facilitar a saída do bebê, prevenir a ruptura do períneo e o suposto afrouxamento vaginal provocado na passagem do feto pelos genitais no parto normal. Sabe-se que essa indicação não tem base na evidência científica, mas sim na noção arraigada na cultura sexual e reprodutiva do “afrouxamento vaginal”, decorrente do “uso” da vagina, seja pelo uso sexual e reprodutivo. Essa representação da vagina “usada”, “lasseada”, “frouxa” é motivo de intensa desvalorização das mulheres e se apóia tanto na cultura popular quanto na literatura médica produzida por grandes autores brasileiros e internacionais. Na fala dos profissionais repete-se a crença de que, sem esse corte e essa sutura adicional que aperta a vagina, chamada “ponto do marido”, o parceiro se desinteressaria sexualmente pela mulher ou, no mínimo, por sua vagina<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. “Corpo, Poder e o Ato de Partear: reflexões à luz das relações de gênero”. In **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 53, n.01, jan/mar. 2000.p. 45.

<sup>56</sup> Corte feito na vagina e na vulva durante o trabalho de parto normal para, segundo os médicos, facilitar a passagem do feto.

<sup>57</sup> DINIZ, Simone. “Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina”. [www.amigasdoparto.com.br/episiotomia](http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia). p.2.

Este procedimento, o da episiotomia, é exemplar para analisar em que medida o parto médico foi elaborado segundo parâmetros sexistas. De uma prática que deveria ser uma exceção, a episiotomia começou a ser aplicada indiscriminadamente em todas as mulheres, sem que estas tivessem direito de opção. Em muitos casos, o corte é feito sem anestesia. Aproveitando-se do momento de uma contração, as mulheres são cortadas porque assim uma dor “distrai” a outra. Muitas vezes estes cortes são mal feitos e as mulheres ficam mutiladas. Há relatos em que os cortes foram realizados até quase o ânus e chegaram a receber até 60 pontos. Além do corte ser feito sem autorização ou vontade das mulheres, ele potencializa as possibilidades de infecção, além de provocar sofrimento atroz, quando os antissépticos são derramados sobre ele. É por isso que essa autora acentua que, acima de tudo, a episiotomia pode ser considerada, além de cruel, degradante e humilhante.

Além de todas as questões mencionadas, ela ainda lembra que, na matriz deste procedimento, encontra-se o problema da “vagina frouxa”; ou seja, as mulheres são reduzidas a uma vagina que, prejudicada no trabalho de parto, tem que ser “corrigida” para que os homens possam usá-la de forma satisfatória. O fato de denominarem a sutura pós-episiotomia de “ponto do marido” é paradigmática desta visão das mulheres como objetos sexuais e reprodutivos.

Esta transformação do corpo feminino em objeto foi uma das estratégias utilizadas pelos médicos para resolver uma das grandes polêmicas em torno da participação deles na hora do parto: a questão moral. Houve grandes discussões em torno do fato de que era vergonhoso e imoral que os médicos, homens estranhos, tivessem acesso às intimidades do corpo das mulheres:

Quanto à idéia da mulher como vítimas de abuso sexual por parte do médico, teve como resposta pelos defensores do espelho a alegação do seu grande valor na detecção das doenças venéreas e outros males ginecológicos e a sugestão de precauções que serviriam para afastar a conotação sexual do exame. Porém, o problema em questão não era exatamente a técnica, mas a interpretação dada ao ato.

Tal interpretação via, na maioria dos casos, a mulher como vítima da possessão do médico e inaugurava uma disputa entre estes e os pais e maridos.<sup>58</sup>

Portanto, para avançar sobre a intimidade do corpo feminino, os médicos tiveram que criar uma série de estratégias moralizadoras para ter acesso a este corpo. Entre elas, encontrava-se a de tornar este corpo o mais pudicamente protegido, diante das circunstâncias.

Por isso o procedimento de deitar a mulher, circunscrever o campo médico apenas à genitália e apenas na hora dos partos e ou exames propriamente ditos. Estes exames eram realizados, em sua maioria, com as mulheres totalmente cobertas, e apenas pelo tato. Era inadmissível, durante quase todo o século XIX, que os médicos examinassem visualmente suas pacientes.

À medida que o século XIX terminava, os médicos foram se apoderando dos segredos da feminilidade:

O médico era a providência dos cronistas, o estimulante dos romancistas. Só ele podia contar impunemente fatos impudicos, e além disso eram fatos verdadeiros! Só ele se podia permitir tudo, coberto que estava da autoridade da ciência: por isso podia falar de pederastia sem ser suspeito de o ser, e de ninfômanas sem passar por um aproveitador. De certa maneira era o único pornógrafo. Trazia para o fantasma masculino um estupendo aval, transformava uma obsessão em verdade científica. O grande médico era ao mesmo tempo um alcagüete, um confidente e um traidor. As mulheres eram obrigadas a lhe entregar seus mistérios mais íntimos; ele os revelava em seguida aos homens, abastecendo-os de anedotas surpreendentes. O circuito era imutável e lógico: o grande médico era homem; pertencia duplamente, portanto ao clã dos observadores do animal feminino. Era o depositário dos enigmas da fisiologia, das curiosidades da anatomia, das descobertas notáveis da ovologia, do catálogo alucinante das perversões sexuais inéditas.<sup>59</sup>

Os médicos, neste contexto, perderam como que seu *status* de gênero masculino para assumir tão-somente o papel de cientistas. Era nesta pretensa perda da masculinidade que se concentrava seu grande trunfo. Como cientistas, portanto, neutros, eles podiam ter acesso aos corpos femininos, manipulá-los e intervir sobre eles, sem que nenhuma

---

<sup>58</sup> ROHDEN, Fabíola. Op. Cit.. p.75.

<sup>59</sup> DOTTIN-ORSINI. Mireille. **A Mulher que Eles Chamavam de Fatal**: textos e imagens da misoginia fin-de-siècle. Rio de Janeiro, Rocco, 1993. p.222.

consideração moral se colocasse. Como, aponta a autora, porém, esta “dessexualização” da pessoa do médico era impossível. Antes de ser um cientista, ele era um homem, educado e treinado nas visões do feminino elaboradas pelos homens e era nesta perspectiva que ele se sobressaía dos outros homens. Um homem, sim, porém com o privilégio de deter o controle sobre os corpos e os segredos das mulheres.

Esta suposta neutralidade e cientificidade dos médicos tornou o combate pelo campo profissional cada vez mais agressivo, principalmente em pleno século XIX, o século da Ciência por excelência. E um dos momentos mais cruciais deste combate foi a discussão sobre a febre puerperal. A febre puerperal era conhecida praticamente desde a Grécia Antiga, no entanto, somente no século XIX, com o crescimento do parto nos hospitais e o envolvimento cada vez maior de médicos e estudantes de Medicina no processo, é que a febre tomou contornos de uma epidemia:

A prática obstétrica exclusivamente hospitalar também suscitava resistência entre as mulheres, em especial pela associação do hospital a lugar de morte ou de abrigo para pobres, bêbados, doentes, prostitutas e loucos. Tal resistência limitava as possibilidades do aprendizado dos médicos. À medida em que as mulheres foram aceitando a hospitalização, a infecção puerperal se apresentou de maneira epidêmica. A medicina precisou de um século para encontrar uma solução que evitasse as mortes das mulheres decorrentes da infecção puerperal.<sup>60</sup>

Vários autores, durante muitos anos, estudaram as prováveis causas da febre, sem chegar a conclusões definitivas. Foi o Dr. Ignaz Semmelweiss, ajudante da primeira clínica obstétrica que funcionava no Hospital Geral de Viena, que apontou os prováveis causadores da tragédia que vitimava tantas mulheres:

Semmelweiss rapidamente identificou as mãos dos médicos, contaminadas na sala de autópsia com material apodrecido, como os veículos utilizados por esse material para chegar até os órgãos genitais das pacientes. A imagem do médico como

---

<sup>60</sup> GOMES GARCIA, Margareth Rose. **O País do Exílio**: impressões femininas da eclampsia e do cuidado obstétrico. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997, mimeo. p.20.

condutor de restos de cadáveres apodrecidos para as vaginas das parturientes parece de fato estranha aos leitores de hoje.<sup>61</sup>

Obviamente os escritos e conclusões do Dr. Semmelweiss foram recebidos com indignação e descrença pela corporação médica. Era uma ironia o fato de que, depois de um combate de mais de duzentos anos contra as parteiras, acusadas principalmente de serem sujas, os médicos com suas mãos sujas é que estavam assassinando mulheres aos milhares.

Além do problema das mãos, os médicos também contaminavam as mulheres com seus instrumentos, como o fórceps, por exemplo. Os dados da mortalidade materna no Hospital Geral de Viena, onde a clínica dirigida pelos médicos matava muito mais do que aquela orientada pelas parteiras, deveriam ter servido como indicadores de que alguma coisa estava muito errada, se os ditos procedimentos científicos da Medicina fossem realmente tão eficazes, como os médicos se compraziam em apregoar:

Semmelweiss, observou, no Hospital Universitário de Viena, que a taxa de mortalidade materna por febre puerperal era maior em uma enfermaria de gestantes conduzidas por médicos e estudantes de medicina, do que em outra dirigida por parteiras. Semmelweiss observou, no período de 06 anos, que a mortalidade materna na primeira enfermaria era de 9,9 %, e, na segunda, de 3,9%.<sup>62</sup>

Além da disputa pelo campo profissional, no entanto, dois outros aspectos estavam em jogo para que os médicos se dispusessem a acreditar que eram veículos de contaminação: primeiro, a perspectiva reinante, que considerava os genitais femininos como locais de sujeira e podridão, portanto os médicos é que corriam riscos ao manipular vaginas sujas e não o contrário:

Última metáfora do corpo da mulher, a carniça aparece também, paradoxalmente, como eufemismo: o sexo feminino é mais difícil de ser descrito que a putrefação. Esta pode então servir para traduzir o horror que aquele representa (em seu aspecto físico, e o horror inspirado pela fisiologia feminina: o odor de sangue seria mais precisamente o do sangue feminino. É curioso notar que o doutor Séverin Icard, autor muito citado de *La Femme pendant la période menstruelle* [A Mulher durante o período menstrual], era um especialista em decomposição de cadáveres; se bem que o que viria a ser a sexologia era na época apenas um ramo da medicina legal...A mulher-vampiro anônima de *Fleurs du Mal*, de uma sensualidade sem equívoco

---

<sup>61</sup> DINIZ, Carmem Simone Grilo. Op. Cit. p.133.

<sup>62</sup> GOMES GARCIA, Margareth Rose. Op. Cit. p.20.

“Eu tenho o lábio úmido...” ), transformava-se em “odre de quadris viscosos cheios de pus”- e por *odre* é evidente que se tinha em mente o ventre da mulher, ou seja, o que época representava a própria essência da feminilidade, tornado objeto de horror.<sup>63</sup>

Como se pode observar, havia, apesar de todo o avanço científico, profunda misoginia em relação ao corpo das mulheres, em especial, os seus órgãos genitais. Estes eram tratados como local sujo, fedorento, úmido. Os líquidos liberados pela genitália feminina eram vistos com verdadeiro horror, especialmente o sangue menstrual. Daí por que, quando Semmelweiss divulgou suas descobertas, foi repellido violentamente. Os corpos femininos é que eram sujos, por isso eram vítimas da infecção puerperal. Não havia a menor possibilidade, para estes varões médicos, de acreditar que eram suas mãos os vetores da contaminação e, por conseqüência, da morte das mulheres.

E o outro aspecto é que, em pleno século XIX, ainda se acreditava que o sofrimento e a morte no parto eram uma sina das mulheres; um sinal da sua condenação divina. Por isso, milhares de mulheres morriam em decorrência da epidemia de infecção puerperal, porque, apesar de terem sido tratadas pelos médicos, elas ainda morriam em razão da ira ou da vontade de Deus.

O fato é que, até a descoberta das teorias microbianas<sup>64</sup> e o início da assepsia das mãos e dos instrumentos dos médicos, a mortalidade materna era maior entre a parcela da população mais rica \_ aquela que se socorria com os médicos \_ do que entre a parte mais pobre, que continuava sendo atendida pelas parteiras:

Muito depois de Semmelweiss, em 1898, Cullingworth mostrava que a incidência de febre puerperal continuava sendo muito menor nas áreas pobres de Londres que nas áreas mais abastadas. O fenômeno de mortalidade e sépsis nas áreas mais ricas do que nas pobres foi chamado de “relação reversa de classe social” essa

---

<sup>63</sup> DOTTIN-ORSINI. Mireille. Op. Cit., pp. 47 e 48.

<sup>64</sup>“De qualquer maneira, a versão definitiva a respeito dos prováveis agentes etiológicos da infecção puerperal surgiu em 1879, com os experimentos de Louis Pasteur (1822-1895), publicados no seu artigo “Septicémie Puerpérale”, onde demonstrou a existência de idênticos microorganismos no esfregaço vaginal e na hemocultura das mulheres infectadas”. MELO, Victor Hugo de. **Evolução Histórica da Obstetrícia: A marginalidade social da parteira e da mulher.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 1983. p. 119.

“sobremortalidade” das ricas só diminuiu depois de 1935. As estatísticas de morbidade e mortalidade materna, desde sua introdução no campo da obstetrícia, davam larga vantagem às parteiras em comparação aos médicos. Em 1781, Robert Bland, o médico parteiro do Dispensário Geral de Westminster, publicou a primeira contabilidade de partos entre os pobres urbanos, concluindo que “as pacientes privadas morriam mais de febre puerperal que as pobres que viviam nos lugares mais miseráveis de Londres.”<sup>65</sup>

Outro aspecto que, talvez, também ajudasse nestes resultados, era o fato de que as parteiras eram menos intervencionistas, ou seja, não introduziam instrumentos nas mulheres, o que diminuía, portanto, os veículos da infecção.

Apesar de estes números favorecerem as parteiras, porém, o avanço do discurso médico continuava na medida em que os médicos disputavam cada vez mais o direito de assistirem as parturientes. Este combate ocorria em todas as frentes: na imprensa, junto ao Estado, nas faculdades de Medicina. O cerne deste combate era justamente a imposição de limites para as parteiras e a sobreposição do poder médico sobre elas:

A Escola de Partos de Paris foi classificada nesta segunda categoria. Assim entre 1854 e 1857, todas as graduadas ficaram presas a esta norma. Em 1857-58, elas obtiveram ganho de causa no que diz respeito à sua classificação mas, para serem conceituadas como parteiras de primeira classe, tiveram que renunciar à autonomia dos exames de fim de curso. A partir desta data, as suas egressas passaram nos exames de uma comissão ligada à Faculdade de Medicina, e após a aprovação, eram autorizadas a trocar o certificado que recebiam por um de primeira classe, nos lugares onde residiam.<sup>66</sup>

Como se observa, no caso francês, as parteiras formadas pela Escola de Partos de Paris só tinham direito ao chamado título de parteiras de primeira classe, o que autorizava a atuar em todo o País, se fossem submetidas ao exame dos médicos. Se não se submetessem ao exame, seriam conhecidas como parteiras de segunda classe e proibidas de atuação nacional. Percebe-se, portanto, como, paulatinamente a corporação médica foi cerceando o

---

<sup>65</sup> DINIZ, Carmem Simone Grilo. Op. Cit. p.136.

<sup>66</sup> BRENES, Anayansi Correa. **Um Olhar Brasileiro sobre o caso de Paris: O conflito parteiras-parteiros e seus desdobramentos no Rio de Janeiro, século XIX.** Tese de Doutorado em História Social- UFF, Niterói, 1996, mimeo.p.209.

espaço de atuação das parteiras, mediante artifícios legais, acadêmicos e até mesmo lingüísticos, como se depreende pela expressão: “Parteiras de Segunda Classe”.

## **2.4 O Ofício de Parteiras no Brasil**

No caso do Brasil, o papel das mulheres curandeiras e parteiras é destacado desde o período colonial, quando se encontravam as mesmas situações vivenciadas na Europa, excetuando-se a chacina de feiticeiras que no Brasil não ocorreu. Além disso, durante o período colonial, o exercício da maternidade se configurava como forma de resistência ao controle masculino, fosse preservando as diferenças de gênero, fosse mantendo os papéis tradicionais das mulheres, no caso o de parteiras<sup>67</sup>.

É importante salientar que havia toda uma campanha da Igreja, no período colonial, no sentido da estruturação da família regularmente constituída mediante o matrimônio católico. Como suporte deste projeto, havia grande valorização da maternidade e toda a elaboração ideológica no sentido da transformação das mulheres em reprodutoras.

Nesta perspectiva é que as mulheres do período colonial brasileiro foram reduzidas a corpos que procriavam: tanto fazia as brancas da elite, que pariam os futuros senhores, como as negras escravas, que procriavam outros escravos, o destino das mulheres era um só: procriar. E procriar entre dores, como a Bíblia havia ordenado:

Nesse quadro, o discurso sobre a importância da maternidade e o esforço empreendido pela Igreja e pelo Estado em adestrar as mulheres no papel de mães ideais tinham seu momento de verdade na hora do parto. As supostas agentes de ambas as instituições, entronizadas como “santas-mãezinhas”, deveriam dar à luz entre dores, redimindo o gênero do pecado original.<sup>68</sup>

E, neste momento da verdade para as mulheres, as assistentes que elas tinham eram somente suas vizinhas, suas familiares e a figura da parteira, porque os poucos médicos

---

<sup>67</sup> DEL PRIORE, Mary. Op. Cit. 1993.

<sup>68</sup> DEL PRIORE, Mary. Op. Cit. 1993, pp. 254 e 255.



que havia no Brasil colonial, além de estarem concentrados nos poucos centros urbanos, ainda não haviam conseguido a hegemonia na cena do parto. E o desconhecimento que eles professavam acerca do corpo feminino provavelmente ajudava a manter esta distinção:

Como numa visão de Evas pintadas por Cranach ou Andréa de La Robbia, cujas oferendas eróticas têm forma de flor e se escondem por trás de encaracoladas folhas de vinha, a madre e a vulva não só se assemelhavam a flores ou terra fértil, mas também a um animal, segundo Pierre Darmon dotado de sentimentos apaixonados e de um instinto surpreendente. Os médicos barrocos diziam que esta se comovia ao amar apaixonadamente alguma coisa, e que se aproximava do membro viril por um movimento precipitado, para dele extrair como o que se umectar e buscar prazer. Jean de Liebault, por exemplo, narrava a obsessão da madre por esperma masculino: “ela é tão cúpida de semente viril, a deseja tanto e tem tão grande deleitação em atraí-la, sugá-la e retirá-la que não há jamais suficiente quantidade para seu gosto.”<sup>69</sup>

Como se pode depreender deste trecho, ficava muito difícil ocorrer maior aproximação entre os médicos e as mulheres. Tendo-as reduzido exclusivamente ao seu órgão reprodutor, não havia perspectiva destes médicos perceberem as mulheres como pessoas de personalidades distintas. Além da redução das mulheres aos seus órgãos reprodutores esta Medicina deu autonomia a estes órgãos. Percebamos como a madre é qualificada como um animal dotado de sentimentos. Em leitura bem explícita: as mulheres eram totalmente comandadas por sua madre, portanto incapazes de tomar decisões racionais.

Estas concepções levavam a que as mulheres tivessem mais confiança nas suas “comadres”, que as percebiam como pessoas dotadas de sentimentos e de personalidade. Estas relações entre as mulheres eram fundamentais para a sua sobrevivência e seu bem-estar, especialmente quando nos lembramos de que a estrutura política e social da Colônia excluía as mulheres de qualquer perspectiva de poder. Daí por que as mulheres nutriam extrema desconfiança dos homens e daquilo que eles propugnavam para elas:

Além de investir em conceitos que subestimavam o corpo feminino, a ciência médica passou a perseguir as mulheres que possuíam conhecimentos sobre como tratar o próprio corpo. Esse saber informal, transmitido de mãe para filha, era necessário para a sobrevivência dos costumes e das tradições femininas. Conjurando os espíritos, curandeiras e benzedoras, com suas palavras e ervas mágicas, suas

---

<sup>69</sup> DEL PRIORE, Mary. Op. Cit. 1993, p. 208.

orações e adivinhações para afastar entidades malévolas, substituíam a falta de médicos e cirurgiões.<sup>70</sup>

A perseguição da Medicina às “curandeiras” e às parteiras estendeu-se até o começo do século XIX, quando, com a vinda da Família Real para o Brasil, foram criadas as primeiras faculdades de Medicina do País, em Salvador e no Rio de Janeiro. Na afirmação da profissão médica no País, obviamente, todos aqueles que oferecessem concorrência seriam perseguidos sob a pecha de charlatanismo. Neste conjunto se inseriam benzedeiras, curandeiros, parteiras e outros que pudessem competir com os médicos. No caso das parteiras, além da concorrência profissional, aliavam-se as questões de gênero, classe e etnia:

Além de uma nova concepção sobre a vida e o corpo, e da disputa por um campo profissional, como quer Gélis, a condenação das antigas parteiras não estaria também condicionada a um estilo de vida de mulher que se quer extinguir, e à promoção de um novo modelo de mulher, ligado ao papel de dona-de-casa-esposamãe? No Brasil, a análise da construção de uma imagem negativa das parteiras no século XIX deve passar ainda, a meu ver, pela questão racial. O preconceito que a literatura médica nacional tinha contra as antigas parteiras não estaria também no fato de muitas destas mulheres serem negras e mulatas, umas escravas, outras recém-saídas do cativeiro?.<sup>71</sup>

Como se vê, no Brasil, a perseguição ao trabalho das parteiras ainda considerava as questões étnicas, além das questões de classe e de gênero, porém o mais importante nesta citação diz respeito ao novo modelo de mulher que estava sendo veiculado no País naquele momento. Durante todo o período colonial, as mulheres, embora excluídas da maior parte dos poderes constituídos, ainda conseguiram assegurar alguns espaços de atuação, como no caso das parteiras e benzedoras ou mesmo das mulheres de elite que conseguiam dirigir suas propriedades na ausência do pai ou do marido.

---

<sup>70</sup> DEL PRIORE, Mary. Op. Cit. 1997. p.81.

<sup>71</sup> MOTT, Maria Lúcia de Barros. “Parteiras no Século XIX: Madame Durocher e sua Época”. In COSTA, Albertina de Oliveira e BRUSCHINI, Cristina (Org.) **Entre a Virtude e o Pecado**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p.46.

No século XIX, em plena ascensão da burguesia, o que ocorria era uma elaboração ideológica que empurrava as mulheres para dentro das casas, para o exclusivo papel de “rainhas do lar”:

Certamente, a construção de um modelo de mulher simbolizado pela mãe devotada inteira sacrifício, implicou sua completa desvalorização profissional, política e intelectual. Esta desvalorização é imensa porque parte do pressuposto de que a mulher em si não é nada, de que deve esquecer-se deliberadamente de si mesma e realizar-se através dos êxitos dos filhos e do marido.<sup>72</sup>

Nesta perspectiva, a de manter as mulheres dentro de casa, qualquer tentativa de valorização do trabalho feminino seria mal recebida pela sociedade da época. As mulheres deveriam se dedicar ao seu papel de esposa, dona de casa e, principalmente, seu destino “natural” de mães.<sup>73</sup>

Portanto, paralelo ao processo de afirmação da corporação médica no seio da sociedade temos também a discriminação do trabalho feminino<sup>74</sup> que não fosse o doméstico. O trabalho das parteiras, que era realizado na casa das parturientes, além de competir com o trabalho dos médicos, propugnava um saber-fazer feminino que as mulheres, em tese, não deveriam ter.

Para tentar normatizar a situação das parteiras, os médicos criaram, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, um curso para a formação de parteiras (1832). Nestes cursos, as mulheres que quisessem ser parteiras seriam treinadas por profissionais médicos, ou seja, seriam parteiras subordinadas à autoridade dos médicos. Apesar desta iniciativa, todavia, poucas mulheres se inscreviam nestes cursos, mantendo portanto na sociedade a predominância das parteiras leigas.

---

<sup>72</sup> RAGO, Margareth. **Do Cabaré ao Lar: A utopia da cidade disciplinar.** Rio de Janeiro (1890-1930). Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985, p. 65.

<sup>73</sup> Sobre a construção histórica deste pretense “destino natural” ver BADINTER, Elizabeth. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

<sup>74</sup> “Percebe-se que na imprensa operária a figura feminina era de vítima, “mulheres indefesas”, sendo freqüentemente tratadas no diminutivo e consideradas incapazes de resistir. (...) Na verdade, o discurso da imprensa operária mostrava-se ambíguo em relação ao trabalho da mulher e às suas formas de resistência. Assim, se a família necessitava de seus ganhos, precisava dela também em casa, onde suas atividades como mãe e esposa não deveriam ser prejudicadas”. MATTOS, Maria Izilda. **Trama e Poder.** Rio de Janeiro, Sette Letras, 1996. p. 127.

Vale destacar também o fato de que, além de subordinadas à corporação médica, as exigências feitas para a entrada no curso de partos denotavam várias formas de exclusão:

No que se refere ao curso de parteiras, a lei de 03/01/1832, estabeleceu que a idade mínima exigida era a de 16 anos, o que sugere, que se esperava alunas jovens, sem experiência prática adquirida com parteiras tradicionais, obtendo conseqüentemente toda a formação através de ensinamentos médicos. As candidatas deveriam saber ler e escrever corretamente em português e apresentar um atestado de bons costumes passado pelo juiz de paz da freguesia onde moravam, o que aliás não era pedido para os alunos do curso de Medicina, nem para os de Farmácia. Deveriam pagar, como os demais 20\$000 réis pela matrícula.<sup>75</sup>

Como se pode perceber pelos critérios há pouco mencionados, os cursos de partos abertos pela Faculdade não resolviam o problema de treinamento para parteiras. Em primeiro lugar, a exigência da alfabetização excluía grande parte das parteiras em exercício, que eram analfabetas. Em segundo, o pagamento da taxa de matrícula provocava o afastamento das mulheres pobres. E, por último a questão do atestado de bons costumes acabava por completar a exclusão das parteiras leigas, haja vista que a maioria delas era alvo da discriminação por serem não apenas pobres, analfabetas, negras, mulatas, libertas, como também suspeitas do homicídio de nascituros e aborteiras.

Vale salientar que aos alunos postulantes às faculdades de Medicina e de Farmácia não era exigido o atestado de bons costumes, talvez porque a totalidade destes alunos, quando da aprovação deste projeto, fosse do sexo masculino, portanto, sem necessidade da avaliação dos seus costumes por uma autoridade. Este parecia não ser o caso das mulheres, predominantes nos cursos de partos.

É especialmente interessante perceber que, mesmo as parteiras diplomadas, eram discriminadas pela sociedade. Madame Durocher, parteira afamada no Rio de Janeiro do século XIX, diplomada pela Faculdade de Medicina, era considerada como uma figura exótica e muitas vezes como uma mulher masculinizada:

---

<sup>75</sup> MOTT, Maria Lúcia de Barros. Op. Cit, 1998, p.93.

A opção pela nacionalidade brasileira e pelas roupas de estilo masculino embora explicadas racionalmente pela parteira talvez tenham mais alguns significados. É preciso lembrar que estas opções têm como reverso a renúncia-tanto da nacionalidade francesa, como do perfil feminino-e sugerem uma enorme necessidade de mudança e o desejo da criação de outro referencial de identificação.<sup>76</sup>

Temos aqui um aspecto muito importante para analisar: as parteiras leigas que mantinham a tradição da arte de partejar no território do feminino e sob a ótica da experiência eram discriminadas por serem analfabetas, supersticiosas, sujas, mulatas, libertas, enfim todos os preconceitos de uma sociedade de classes e escravista. Poder-se-ia pensar, então, que as mulheres que se submetessem a treinamento com profissionais médicos teriam seu trabalho respeitado e acatado socialmente.

Viu-se, porém que, mesmo a mais respeitada destas parteiras, que chegou mesmo a atender a Princesa Leopoldina, era apontada como uma mulher viril; ou seja, as mulheres não tinham competência para o trabalho, mesmo quando treinadas, a não ser que abrissem mão de sua feminilidade; atitudes feminis que, neste contexto, eram entendidas como incompetência para qualquer outra coisa além de parir.

Mesmo com o surgimento dos cursos para parteiras, no entanto, a situação do atendimento às parturientes no Brasil ou continuava a cargo das parteiras leigas, caso das camadas populares dos grandes centros urbanos e das populações rurais, ou sob a responsabilidade dos médicos, caso das elites dos grandes centros urbanos.

O problema para os médicos adentrarem a cena do parto não era somente de caráter moral, como já comentamos, mas também solicitava o saber-fazer. Nas faculdades de Medicina, a disciplina com o teor de partos era eminentemente teórica e acontecia de vários médicos se formarem sem nunca terem assistido a um só parto:

Até o final do século XIX muitos formavam-se sem terem jamais visto um parto ou procedido a exame obstétrico. Assim, o parto continuou sendo apanágio de parteiras, de parteiras diplomadas e práticas. O ensino prático da obstetrícia encontrou várias dificuldades além da falta de recursos e investimentos nas escolas médicas. Entre

---

<sup>76</sup> MOTT, Maria Lúcia de Barros. Op. Cit. 1998, p.57.

elas estava o aspecto competitivo da prática liberal e a resistência das mulheres em usar hospitais e enfrentar o olhar masculino.<sup>77</sup>

Esta situação produziu uma geração de médicos sem a mínima condição de fazer um parto, o que, apesar dos discursos cada vez mais agressivos da Medicina acerca do seu papel na sociedade, deixava esses facultativos mais incompetentes do que as parteiras de então. Esta conjuntura provocou angústia em vários deles que tinham a dimensão do seu pouco conhecimento acerca da dinâmica dos partos:

Recém chegado a Canavieiras, espalhou-se a notícia de que o jovem doutor tinha muitos aparelhos de curar, ampliando-se a clientela até que então ocorreu um chamado para atender uma parturiente: “Certa noite fui acordado para socorrer uma pobre senhora em trabalho de parto, visto que sabiam que eu tinha um fórceps moderno, recém-chegado da Europa. Foi com a morte na alma que me vesti para sair, a caixa do fórceps debaixo do braço. Sabia das minhas responsabilidades quanto à esterilização, mas como esterilizar um fórceps em casa humílima tendo apenas água fervendo? Depois como aplicá-lo sem perigo, eu que apenas me recordava da regra mnemônica que, em boa hora, me fizera reter o meu professor Climério de Oliveira. Fui pelo caminho repetindo isso. Ao chegar a uma pobre casa de Birundiba, encontrei uma pobre mulher exausta de soprar uma garrafa, fazendo esforços inúteis. Foi preciso pô-la em repouso, dar-lhe algo a beber para reanimar, esterilizar o meu fórceps e, milagre da natureza! Antes da minha intervenção, nascia a criança. Medo do instrumental? Ou a confiança, da ignorância, na presumida ciência? Eu de fato afirmara que tudo ia correr bem, logo que ela descansasse. No dia seguinte eu era um herói em Canavieiras, havendo estreado, diziam, o meu fórceps, com plenos resultados. O terror da responsabilidade nessa noite foi de tal ordem, que resolvi não ser clínico, não aventurar a vida dos outros à minha incapacidade. Peguei de todo meu instrumental, ofereci a um incipiente hospital de Canavieiras e decidi-me a não fazer clínica aí, onde eu seria forçado a exercitar todo o meu aparelho cirúrgico. Que carnificina.<sup>78</sup>

Este relato do Dr. Afrânio Peixoto é muito esclarecedor em vários aspectos: inicialmente pelo período. O Dr. Afrânio chegou a Canavieiras em 1897, recém-formado pela Faculdade de Medicina da Bahia, e foi recebido com muita satisfação pela comunidade, não só por ser um jovem médico, como também por ter vários “aparelhos de curar.” É importante ressaltar, portanto, que no final do século XIX, a Medicina iniciava sua ascensão social como portadora de “verdades científicas” consubstanciada na posse dos instrumentos que curavam. Daí o prestígio e o aumento da clientela do Doutor.

<sup>77</sup> VIEIRA, Elizabeth Meloni. **Prática Médica e Corpo Feminino**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 1990, mimeo. p.75.

<sup>78</sup> Relato do Dr. Afrânio Peixoto publicado por Leonídio RIBEIRO, Leonídio. **Afrânio Peixoto**. Rio de Janeiro, Editora Conde, 1950. pp. 31 e 32, apud MARTINS, Ana Paula V. Op. Cit. .pp. 186 e 187.

Esta pretensa autoridade científica do Dr. Afrânio desmoronou diante da perspectiva de realizar um parto. Ele chegou à casa da parturiente armado de seus instrumentos: o fórceps, o instrumento por excelência do médico-parteiro, sua autoridade médica e as regras decoradas de como utilizar o fórceps, aprendidas na Faculdade de Medicina. Ficou claro, neste relato, que o Dr. Afrânio jamais havia realizado um parto e, portanto, nunca tinha usado um fórceps. Daí o terror que foi acometido de ter que aplicá-lo em uma mulher, viva.

Agora o mais interessante neste relato é que o papel do Dr. Afrânio neste parto se reduziu ao de uma boa parteira: ele procurou acalmar a paciente, relaxá-la, permitiu que ela descansasse um pouco para que o parto tivesse um bom termo. E ele diz: como tudo deu certo, foi elevado à categoria de herói, inclusive os relatos do povo davam conta da estréia de seu fórceps. Ele não precisou usar o instrumento, mas, como o parto foi um sucesso e ele era médico, o lógico então é que o parto foi um sucesso porque ele se utilizou dos seus “aparelhos de curar”. Tornava-se cada vez mais forte, a partir deste momento, a associação entre os médicos e os instrumentos a que as parteiras, por exemplo, não tinham acesso. O Dr. Afrânio, por uma questão de consciência, resolveu que não colocaria vidas de mulheres em risco pela sua ignorância:

Mesmo sem contar com estatísticas, há relatos médicos sobre níveis alarmantes de mortalidade materna, atribuídos ao descaso dos médicos, à precariedade do ensino obstétrico e à ação das parteiras não diplomadas, chamadas também de “comadres” e “curiosas”. Certamente havia algum exagero em afirmações como a do Dr. Nunes Garcia, citado por Magalhães, ao dizer que *“na classe das mortes por parto esta cidade e mesmo o Brasil todo exorbita as demais nações do mundo”*. Contudo não se pode subestimar estes relatos que, somados às observações dos viajantes europeus que passaram pelo Brasil no século XIX, apresentam um quadro bastante inquietante quanto à mortalidade materna.<sup>79</sup>

Como vemos, segundo essa autora, a mortalidade materna no Brasil do século XIX ocorria não só por causa das parteiras, mas também dos médicos, que não eram bem

---

<sup>79</sup> MARTINS, Ana Paula Vosnes. Op. Cit. pp.190 e 191.

treinados na arte da parturição. Não nos podemos esquecer também de que, segundo os costumes da época, muitas mulheres casavam-se muito jovens e, portanto, engravidavam na idade de treze, quatorze ou quinze anos<sup>80</sup>, de modo que seus corpos ainda não estavam suficientemente maduros para a gravidez e o parto. Da imaturidade de muitas mulheres decorriam muitos partos distócicos. E isto talvez concorresse para o aumento da mortalidade.

Na busca pela afirmação de seu mercado de trabalho e de sua hegemonia, é que os médicos defenderam não só uma reformulação no currículo das escolas de Medicina, como também a fundação de maternidades agregadas a estas faculdades. As maternidades seriam assim lugares onde as mulheres, em tese, teriam melhor assistência e também serviriam para treinar os jovens médicos na arte de partejar. Obviamente, havia grande resistência por parte das mulheres em parir nos hospitais. Os hospitais sempre foram vistos não só como locais de doença, mas também de abandono, onde somente as pessoas mais desqualificadas ficavam:

A história nos fala, portanto do hospital público como local de caridade. Último recurso das mulheres pobres na busca de assistência médica, refúgio das mães de “filhos naturais”, abandonadas pelos parceiros, famílias e comunidades de origem; enfim um lugar marginal, onde as mulheres e bebês ocupavam as piores acomodações e já eram isoladas dos familiares.<sup>81</sup>

Por conseguinte, para convencer as mulheres de todas as classes da idéia de ter seus filhos no hospital, foi elaborada uma estratégia discursiva ancorada em duas vertentes: a maior segurança do hospital, pois aí a mulher poderia dar à luz amparada por todo o aparato médico de então e a desqualificação profissional das parteiras. Com a campanha difamatória contra as parteiras e perseguição de seu exercício profissional, não restou muita saída às mulheres, a não ser confiar nos médicos e nos hospitais.

---

<sup>80</sup> “Informado pelos viajantes, Gilberto Freyre refere-se aos casamentos precoces de meninas-moças, as “*iaias das casas-grande*”, que aos treze anos, ou até mesmo aos doze, já eram encaminhadas para o casamento. Segundo Freyre, muitas dessas meninas não sobreviviam ao primeiro parto, apesar dos rogos à Nossa Senhora do Bom Parto e, certamente, dos esforços das parteiras, que pouco podiam fazer para salvar meninas cujos corpos não estavam suficientemente desenvolvidos para suportar os encargos físicos de uma gestação e os riscos da parturição. MARTINS, Ana Paula Vosnes. Op. Cit. p.191.

<sup>81</sup> CORDEIRO, Déa Márcia Barroso. **Parirás na Dor: Verbo ou Construção Ideológica?**. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher. IFF/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1998, mimeo. p.21.



É preciso esclarecer, todavia, que as mulheres não foram vítimas passivas deste processo, porquanto, para algumas delas, pertencentes às classes médias ou das elites, ter seus filhos com os médicos passava a ser uma distinção de seu *status* social. Porque eram ricas ou um pouco mais abastadas, podiam pagar os honorários do parto tecnológico e, portanto, mais seguro:

A posição das mulheres frente ao processo de medicalização não foi propriamente a de vítimas. As mulheres reformistas das classes médias e alta da sociedade tinham uma ideologia progressista, desejavam alterar as condições opressivas da vida feminina. A gravidez para elas não poderia mais ser encarada com fatalismo e passividade. Elas não queriam mais sentir a dor do parto e não queriam correr riscos. Além disso, para essas mulheres, parir com assistência do médico demonstrava o poder aquisitivo de seus maridos, que podiam pagar por seus serviços e pela moderna tecnologia.<sup>82</sup>

Aliás, a supressão da dor no parto foi a grande vantagem oferecida pelos médicos para atrair as mulheres aos hospitais. As dores no parto que, historicamente, tinham sido aceitas como punição divina às mulheres, a tal ponto que se negava o uso do clorofórmio para aliviá-las, começaram a ser questionadas pelos médicos. E o modelo do parto médico foi paulatinamente constituído e o grande acontecimento era a sedação da mulher para que ela não sentisse dores:

Assim cheguei à fórmula cujo emprego está testemunhado e que diariamente na Maternidade tão bons resultados obtém. A esta fórmula eu denominei – Lucina-(..) o nome é o da divindade olympica, Juno que assim protege na mytologia grega (sic) a maternidade humana . Nada mais natural do que colocar a mulher parturiente sob a proteção de uma divindade.(...) A regra após a injeção de Lucina é a cessação da dor e os partos, fazem-se constantemente silenciosos; nos arredores da Maternidade não se ouvem mais os gritos e as lamentações de outr’ora.”<sup>83</sup>

Como se pode observar no relato do Dr. Fernando Magalhães, cabia aos facultativos acabar com as dores das mulheres durante o trabalho de parto. E assim o médico foi se colocando como um substituto do deus injusto que condenou estas mulheres a parir

---

<sup>82</sup> PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, Médicos e Enfermeiras: A Disputada Arte de Partejar**. Rio de Janeiro-(1934/1951). Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo. p.51.

<sup>83</sup> MAGALHÃES, Fernando. **Lições de Clínica Obstétrica**. Rio de Janeiro, Livraria Castilho, 1922. pp. 115 e 116. apud DINIZ, Carmen Simone Grilo. Op. Cit, pp.163 e 164.

entre dores. É sintomático o fato de que ele denominou a injeção que cessava as dores de Lucina, o nome da divindade romana que protegia as mulheres em trabalho de parto.

Embora tenha se referido à divindade latina, quem criou e aplicava a injeção do alívio era o novo deus dos partos: o médico. O problema de sedar as mulheres, no entanto, é que, embora esse procedimento aliviasse as suas dores, o sedativo deprimia o feto e impedia as mulheres de terem seu filho sem a ajuda do instrumental médico. Portanto, sob o pretexto de aliviar as dores, o que estava em evidência era a impossibilidade de se realizar um parto fora do hospital e sem o instrumental da Medicina.

Além de eliminar a dor e “medicalizar” e hospitalizar o parto, todavia, o grande problema era como providenciar material de estudo para as faculdades de Medicina. Como os estudantes seriam treinados sem a parturiente na qual pudessem praticar seus conhecimentos teóricos? Infelizmente, observou-se que, principalmente as mulheres pobres, que não podiam pagar honorários médicos em seus domicílios, foram transformadas em corpo de prova dos estudantes de Medicina<sup>84</sup>. Obviamente, toda a campanha no sentido de levar as mulheres a dar à luz nos hospitais era maquiada com a argumentação de que isto seria para o bem delas.

## 2.5 As Mulheres na Visão dos Doutores

Preocupados em estabelecer um novo mercado profissional, no caso, o do atendimento às parturientes, os médicos brasileiros, seguindo uma tendência internacional, começaram a observá-las minuciosamente. Várias teses das faculdades de Medicina do Rio

---

<sup>84</sup> “Um Dr. Charles E. Ziegler também foi obtuso num artigo destinado aos colegas no Jornal da Associação Médica Americana: “No momento é impossível ter casos suficientes para um treinamento adequado em obstetrícia, já que 75% do material que deveria estar disponível para objetivos clínicos são usados como ganha-pão pelas parteiras.” Observe a curiosa construção da frase: “do material (...) são usados...” A mulher que era vista pela parteira como vizinha, talvez uma amiga, aos olhos da indústria médica em desenvolvimento não era sequer uma cliente: tinha se transformado num material inerte.” EHRENREICH, Bárbara e ENGLISH, Deirdre. **Para seu Próprio Bem**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos. 2003 pp.108 e 109.

de Janeiro e da Bahia foram escritas tendo como tema as mulheres; o corpo feminino, gravidez, menstruação, o parto e as complicações decorrentes deste: a hemorragia e febre puerperal, a amamentação, o aborto, criminoso ou não. Até mesmo aspectos mais sociais, como o casamento e a prostituição, foram alvos da preocupação dos doutores.

Havia nestas teses uma preocupação, não somente científica, mas também a de proceder a um ordenamento da sociedade, que seria realizado a partir da elaboração do discurso de competência da Medicina. Posicionamentos políticos, preconceitos sociais e também morais, lutas pela hegemonia do mercado de trabalho \_ todos estes aspectos seriam apresentados nestas teses acobertados pelo manto da neutralidade científica. No caso das mulheres, o que estas teses apresentavam era marcado não só por todos os preconceitos sociais que as atingiam, como também da misoginia que ainda prevalecia no Ocidente cristão. Não pretendemos realizar exaustiva análise acerca destas peças acadêmicas, mas apenas destacar alguns dos seus aspectos paradigmáticos sobre as mulheres. O primeiro aspecto que enfatizamos é aquele a demonstrar claramente de qual perspectiva as mulheres eram divisadas no século XIX:

Com o coração partido de dores nós vemol-as tornarem-se fracas, lânguidas e melancólicas: o abatimento do espírito é tão grande, que a mulher, que hontem sob os ardores d'uma paixão sonhava, na embriagues do prazer, com as flores, que devião perfumar o seu leito de noivado, -hoje pallida como as sua illusões só procura no descanso da morte o socego da vida. Outras vezes as impressões que similhante estado determina sobre os órgãos, e ao depois sobre o espírito são tão fortes, que diante dellas muita vez abre-se tremendo o abysmo da loucura. O appetite venéreo chegado a este grau de violência exige ser satisfeito; ellas achão-se atacadas desse delírio furioso tão conhecido sob o nome de furor uterino. Em circunstancias tão tristes a mulher calca aos pés as leis da moral, desfolha as rosas de seo pudor, esquece todos os preconceitos sociaes, e por todo e qualquer meio, por mais indecoroso que seja, ella procura abrandar o frenesi de sua paixão.<sup>85</sup>

Como podemos observar por esse trecho de Lisboa, na segunda metade do século XIX, ainda predominava a concepção de que toda a personalidade das mulheres

---

<sup>85</sup> LISBOA, Frederico Augusto da Silva. **Higye de Mulher em Estado de Gravidéz**. Tese da Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Typographia de Camillo de Lellis Masson & C. 1870, p.03.

deveria ser reduzida ao seu útero<sup>86</sup>. Nesta tese, que trata da higiene da grávida, no seu primeiro capítulo, o médico resolve fazer uma defesa da instituição do casamento, visto por ele não só como o *locus* do coito legítimo, como também como uma medida de cuidar da saúde das pessoas, principalmente das mulheres:

O estado celibatário é sobretudo funesto ás raparigas dotadas desse temperamento que alguém tem chamado de amoroso: assim o estado de donzella é para algumas uma época de soffrimentos, por isso que nellas a natureza se exprime com muito ardor. Convêm pois nestes casos que o medico hygienista indique o casamento, esse meio de copulação que as leis autorisam, e cujas vantagens tem sido reconhecidas por todos os publicistas theologos e moralistas.<sup>87</sup>

Da perspectiva destes médicos, a abstinência sexual seria maléfica para homens e mulheres, sendo que para estas era muito pior, porque, uma vez não satisfeitas sexualmente, as mulheres poderiam ser acometidas do chamado “furor uterino”. O “furor uterino” era considerado uma forma de loucura, já que as mulheres procurariam sua satisfação sexual por todos os meios, morais ou não. A associação da loucura feminina com seus órgãos ou sua vivência sexual já foi apontada por outros autores<sup>88</sup>:

A partir da segunda metade do século passado, a relação entre órgãos genitais, sexualidade feminina e doenças de caráter amplo e instável se constituiria em um dos focos principais de atenção dos médicos. Para cuidar das doenças, eles se dedicaram ao desenvolvimento de um leque significativo de meios de tratamento, que incluem cirurgias e reclusão. Além disso, em alguns casos, como o da loucura puerperal, as perturbações femininas têm conseqüências que extrapolam o domínio individual, chegando, na visão dos médicos, a atingir a sociedade como um todo, na medida em que são percebidas como determinantes na execução de atos considerados nocivos ao bem público, como é o caso do crime de infanticídio. Na

---

<sup>86</sup> “Arêteo reflectindo na energia admirável da madre, diz que ella pôde ser considerada como um animal vivendo em outro animal, comparação esta cuja applicação manifesta as propriedades deste órgão, e o poder dos seus movimentos tanto activos quanto passivos, sobre a totalidade da macchina. De-Gardanne diz que o útero é comparável a um foco que, similhantemente ao centro de um círculo ligado por seus raios a todos os pontos da circumferencia, communica suas affecções agradáveis ou dolorosas as diversas partes do corpo. É incontestável a sympathy do útero para com as outras partes do corpo; milhares de observações comprovão o mais satisfatoriamente que é possível a verdade dessa asserção.” VALLLE, Luiz Viana D’Almeida. **Mulher e Matrimônio Medicamente Considerados**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia de M.A. da Silva Lima. 1847, p. 11.

<sup>87</sup> VALLLE, Luiz Viana D’Almeida. Op. Cit.p.17.

<sup>88</sup> Maria Clementina ao analisar os casos de internamento de Camille Claudel em Paris e o de uma professora primária em S. Paulo detectou alguns pontos convergentes: “A despeito das diferenças entre as duas personagens, são os mesmos os critérios a partir dos quais os psiquiatras -tanto quanto os demais agentes envolvidos nos dois episódios- “lêem” os “sintomas” de loucura nestas duas mulheres: a independência em suas escolhas pessoais, o excesso de trabalho ou a dedicação imoderada às suas carreiras profissionais, postas à frentes das “inclinações naturais” das mulheres, a “hiperexcitação intelectual”, o “orgulho”, o celibato. CUNHA, Maria Clementina. **“Loucura, Gênero Feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX.”** In A Mulher e o Espaço Público. Revista Brasileira de História. São Paulo, ANPUH/Marco Zero, vol. 09. nº 18. ago/set. 1989. p. 125.

verdade, trata-se de desordens que passa pelo corpo, pela mente e pela moral femininos e chega até a sociedade.<sup>89</sup>

Como essa autora comenta, e havíamos adiantado, o discurso dos médicos sobre as mulheres pressupõe uma intervenção direta na sociedade, na medida em que, elas são responsáveis não só pela gestação da futura geração, como também pela sua educação no seio da família. O homicídio das crianças seria apenas um dos aspectos pelos quais as mulheres poderiam solapar a sociedade constituída.

Devemos destacar o fato de que, em ambas as teses, é a sexualidade das mulheres que produz problemas. Eram os seus desejos, que precisavam ser satisfeitos, a ameaçar a ordem social. Daí por que o casamento, a situação do congresso carnal legítimo e autorizado pelas leis e pelos costumes era apontado como a resolução dos males que acometiam as mulheres. Esta associação entre a sexualidade feminina e a doença fazia parte dos debates médicos da segunda metade do século XIX:

O debate em torno da sexualidade feminina na segunda metade do século XIX se deu no terreno da patologia. Quanto mais os médicos pesquisavam os comportamentos femininos, mais se fortalecia a imagem hiperssexualizada da mulher; um processo que Foucault denominou de histerização do corpo feminino. Esta formulação é bastante adequada para se pensar os dispositivos através dos quais a sexualidade feminina tornou-se um problema e o corpo da mulher um objeto que requeria intervenção médica, apesar da histeria ter sido associada com o mal funcionamento dos órgãos reprodutivos desde a época da medicina grega.<sup>90</sup>

Daí por que o autor da primeira tese médica há pouco citada defendia o casamento, não só para conter a possibilidade do “furor uterino”, que golpearia a moral pelas exigências de mulheres sexualmente “descontroladas”, como também para promover a reprodução ordenada da espécie. Este aspecto do casamento como a prévia necessária para reprodução tornou-se ainda mais claro quando, em outra passagem da tese e citando um professor da Faculdade, ele afirmou: “*O casamento é um drama grandioso composto de nove actos, e que tem por epílogo sublime a parturição*”<sup>91</sup>.

---

<sup>89</sup> ROHDEN, Fabíola. Op. Cit. p.102.

<sup>90</sup> MARTINS, Ana Paula Vosnes. Op. Cit. p. 120.

<sup>91</sup> LISBOA, Frederico Augusto da Silva. Op. Cit. p.02.

Uma das associações mais comuns entre a loucura feminina e a questão do útero encontramos na histeria. Durante muitos séculos, a histeria foi relacionada aos chamados “males da madre”. Embora no século XIX esta polêmica continuasse, já havia uma discussão em torno das outras origens da histeria:

No primeiro collocaremos todos os autores que dão a séde da hysteria no útero: destes, uns pretendem explicar os diversos phenomenos desta affecção pelas viagens e aberrações deste órgão: taes são Hipocrates, Areteo de Cappadocia, Haller, etc. Esta opinião, como se vê não póde supportar discussão alguma. Outros pretendem que certos vapores malignos, provenientes do sangue e do sêmen retidos no útero e ahi alterados, se insinuão por todo o organismoe dão lugar a hysteria: taes são Galeno, Burnet, Baillou, Riviere, etc. Esta opinião nenhum valor tem, quando se considera: 1.º, que nesta affecção, muitas vezes o útero conserva, no mais perfeito estado de integridade, as suas funcções, não se notando nelle lesão orgânica alguma; 2.º, que ella póde apresentar-se tanto nas virgens, como nas mulheres casadas, assim nas religiosas como nas prostitutas; 3.º, enfim, que o facto de ter se manifestado no homem, a torna completamente infundada.<sup>92</sup>

Na tese desse médico, há pontos muito interessantes. Em primeiro lugar, na forma como a argumentação foi elaborada, seguindo o modelo de todos os seus contemporâneos, ele se apóia nos autores do mundo clássico: Hipócrates e Galeno são os mais citados e depois os autores europeus, os franceses em primeiro lugar. Pesquisa empírica praticamente não existe, assim como exposição de dados que confirmem suas opiniões. Quase todas as afirmações contidas nestas teses se ancoram na bibliografia consultada e nas opiniões pessoais dos autores.

No trecho citado ele está refutando a tese clássica acerca da histeria como produto do desarranjo uterino. Entre os argumentos utilizados por ele para recusar a idéia do útero como centro produtor da histeria está o de que os homens também sofrem de histeria e, como estes não têm útero, portanto, a doença não poderia ser causada por ele. Talvez pelo fato de que os homens também se viram atingidos pela doença foi que a Medicina concluiu que esta seria provocada no sistema nervoso.

---

<sup>92</sup> GONSALVES, Rodrigo José. **A Hysteria**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia do Brasil de J.J. da Rocha, 1846. p.12.

Esta foi também a conclusão a que chegaram outros médicos que igualmente estudaram a histeria; ou seja, como os homens também se tornaram vítimas dos ataques histéricos, a percepção da doença também se modificou. Anteriormente tratada como originada nas partes “baixas” do corpo feminino, agora a matriz da histeria migrou para o “nobre” sistema nervoso; nunca se pensou que as partes inferiores do corpo masculino pudessem ser a origem do mal.

Embora a histeria já fosse percebida como uma doença que não era exclusividade feminina, mesmo assim, a Medicina continuava a tratá-la como um mal que acometia majoritariamente as mulheres:

Já lá se vão os tempos, em que se considerava a histeria como o apanágio exclusivo da mulher; hoje, enquanto os modernos observadores reconhecem a sua existência no homem, não se póde duvidar da predilecção dessa moléstia para o sexo feminino. (...) A vida molle, cheia de impressões; a falta de repouso durante a noite por causa dos divertimentos constantes; o excesso de leituras românticas; os trabalhos frívolos, como de crochet, crivo, etc; a vida monastica, contemplativa; o cultivo exagerado da musica; a vida sedentaria, trazendo ordinariamente congestões uterinas; a falta de exercícios corporaes; a má alimentação e as irregularidades nas horas da comida; o abuso dos prazeres sexuaes; o onanismo; a miséria; o luxo; a vaidade; a educação licenciosa; a satisfação de vãos caprichos, etc concorrem para o desenvolvimento da histeria.<sup>93</sup>

Note-se como este médico, ao apontar as possíveis causas da histeria, concentrou-as em torno das atividades próprias das mulheres: as leituras românticas, os trabalhos manuais, a vida sedentária, a falta de exercícios corporais; ou seja, embora em suas teses eles afirmassem que a origem da histeria não era mais o útero, como acreditavam os autores antigos, mesmo assim, eles continuavam se referindo a esta como um monopólio das mulheres e de suas vivências cotidianas. Isto se torna ainda mais claro quando são analisados os tratamentos defendidos para a cura de alguns sintomas da histeria:

As lesões que podem provocar os ataques hystericos são muitas e variadas; umas são cirúrgicas, como endurecimentos, ulcerações do collo ou do corpo do útero, etc; outras são medicas, como a chlorose, a congestão ovariana, inflamação do útero,

---

<sup>93</sup> MANSO, Antonio Romualdo Monteiro. **Do Diagnostico e Tratamento das Diversas Manifestações do Hysterismo e da Epilepsia**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Typographia Acadêmica, 1874. pp. 04 e 07.

dos ligamentos largos etc. Assim, pois, combateremos, por exemplo, as ulcerações por meio de cauterizações por meio do nitrato de prata, a chlorose por meio de preparações ferruginosas, a congestão ovariana por meio de sanguessugas ao anus, à raiz das coxas, aos grandes lábios no caso de virgindade, e ao collo do útero no caso contrario.<sup>94</sup>

Como se vê, embora assinalasse que a mãe não era mais responsável pela histeria, ainda era nos órgãos genitais femininos que se concentrava todo o tratamento dos sintomas da histeria, um tratamento, como se pode observar, incômodo e até mesmo punitivo para as mulheres. Aliás, a discussão acerca dos meios pelos quais as mulheres eram tratadas de seus males ginecológicos já foi apontada por vários autores<sup>95</sup> como uma característica a mais da Medicina sexista que se constituía.

Outra preocupação também muito presente nas teses médicas da época era a da febre puerperal. Como já comentamos, o século XIX teve que lidar com o fenômeno da “epidemia de febre puerperal”, talvez por esta moléstia haver se transformado em um verdadeiro flagelo, foi que alguns médicos se dedicaram a discuti-la em suas teses. Um dos aspectos destacados nestas teses eram as origens da febre:

A febre puerperal é uma moléstia de origem miasmática, e cujo miasma gerador penetra no sangue, envenena-o e torna-o apto à produção, o mais das vezes muito rápida, de localizações inflamatorias muito variadas e sobre tudo nos órgãos, cuja vitalidade foi exaltada pela prenhez e pelo parto<sup>96</sup>.

Seguindo a discussão que predominava na Europa, os médicos brasileiros também acreditavam na teoria dos miasmas para explicar a origem de determinadas doenças. Embora defendendo os miasmas como produtores da febre puerperal, porém, esse médico

---

<sup>94</sup> MANSO, Antonio Romualdo Monteiro. Op. Cit. pp. 38 e 39.

<sup>95</sup> “Os tratamentos variavam entre prescrições de regras de higiene, terapias localizadas e regras comportamentais. Sangrias, dietas rigorosas e o uso de purgantes eram as terapias mais utilizadas, mas também prescrevia-se escalda-pés, aplicação de sanguessugas nos órgãos genitais e de ventosas nos seios, proibição de leitura de romances e do consumo de café e de bebidas alcoólicas. Evidentemente tais prescrições não tinham eficácia e na maior parte das vezes acabavam contribuindo para o agravamento das doenças. Pode-se entender porque poucas mulheres procuravam os médicos, preferindo as práticas curativas leigas que não causavam tanto sofrimento e não eram tão restritivas quanto alguns daqueles tratamentos.” MARTINS, Ana Paula Vosnes. Op. Cit. p.127.

<sup>96</sup> TOURINHO, Demétrio Ciríaco. **Qual é a Natureza da Febre Puerperal ? Qual é o seu melhor tratamento?** Tese da Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Typographia do Diário, 1860. p.11.



também estava atualizado sobre a discussão que se travava na Europa acerca dos possíveis vetores de contaminação das mulheres:

Dr. Copland, depois de relatar grande numero de factos seus e alheios, que provão peremptoriamente o contagio da febre puerperal, e de dizer que poderia quaduplicar esses factos, exclama: “Concluo esta parte do meu assunto dizendo que o facto da natureza contagiosa dessa moléstia é completamente provado, pelo que fica referido, especialmente sendo certo que, dentro das paredes de um hospital de maternidade se gera um miasma as vezes tão palpável aos sentidos, até mais do que as fumigações empregadas para os destruir; tão tenaz, por vezes, que resiste às medidas communs de santificação, e uma vez gerado, é mais destruidor do que a peste se, por meios promptos e efficazes, não for embaraçado em sua marcha. Acrescentarei mais que não deverião ser permitidos hospitaes, nem enfermarias de partos, pelas razões evidentes que aponteí, e porque o soccorro que ellas prestão pode ser obtido por outros meios; e que as juntas de saúde onde as há, ou na sua falta, as instituições medicas de um paiz deverião ter autoridade para impor penalidades aos que desastradamente passam de casos de febre puerperal, a ver parturientes e puerperas sem usar de devidas precauções, e aos que conhecendo o risco lhe vão criminosamente ao encontro, distribuindo peste e morte áquellas, á quem devem soccorrer no mais angustiado e interessante período da vida da mulher”.<sup>97</sup>

Nesta exposição algumas das polêmicas acerca da febre puerperal que dividiam os médicos da época. No caso do médico mencionado nesta tese, ele acreditava no contágio da febre, no entanto, cria que era nos hospitais e maternidades que os miasmas causadores da febre eram produzidos. Daí por que ele defendia a posição de que as enfermarias de parto fossem eliminadas e que nenhum médico saísse de um hospital para ir atender uma parturiente, sob pena de contaminá-la. Portanto, embora intuísse a participação dos médicos na contaminação das mulheres, esse médico ainda não havia avançado nas conclusões a que outros haviam chegado:

A natureza do miasma que traz a diptherite de uma parida à outra, não é inteiramente conhecida. Parece melhor explicado o contagio pela observação que Skoda e Semmelweiss tem feito nas grandes epidemias de Vienna. Virão sempre serem mais sujeitas aquellas paridas, que tinhão sido examinadas pelos estudantes occupados nas horas antecedentes com autopsias e estudos anatómicos nos cadáveres. Na clinica de meu pai, onde desde as observações feitas a este respeito é prohibido a cada estudante e assistente de fazer secções, operações ou quaesquer preparações de cadáveres nos dias em que fazem exame manual de parturientes: esta prohibição produz optimo effeito. Enquanto nas outras casas de parto em Berlim e na clientela dos médicos morrerão numerosas paridas, poucas perecerão desde o ano de 1858, e uma só de affecções puerperaes desde abril de 1861, de perto de 300 mulheres que

---

<sup>97</sup> TOURINHO, Demétrio Ciríaco. Op. Cit. p. 16.

foram partejadas depois deste mez até agora no Instituto Régio obstetricio da Universidade. Esta doente tinha sido examinada por um assistente logo depois de uma lição obstetrícia, na qual elle tinha mostrado operações por meio do cadáver de um recém-nascido. Este facto junto á experiência, que as mulheres que têm soffrido alguma operação mesmo pequena, são as mais expostas, faz verosimil, que os instrumentos, os apparatus, mesmo as mãos dos médicos ou da parteira, são às vezes o meio da infecção<sup>98</sup>.

Esse médico há pouco mencionado era Doutor em Medicina e Cirurgia pela Universidade de Berlim e apresentou essa tese para poder exercer sua profissão no Brasil; ou seja, formado por uma universidade européia, ele estava bem a corrente do que se passava na Europa, sobre o que se podia e devia fazer para conter a epidemia de febre puerperal. Note-se que ele defendeu as idéias de Semmelweiss sobre os causadores da infecção. Tanto que, em um procedimento científico moderno, seu pai resolveu experimentar uma mudança na forma de tratar as mulheres em sua clínica. Seguindo uma apresentação não muito comum nas teses da época, ele apresentou dados numéricos que comprovariam a eficácia das medidas tomadas por seu pai para controlar a ocorrência da febre em sua clínica. E, para completar, conclui apontando os possíveis causadores da infecção: os instrumentos e as mãos dos médicos e das parteiras.

Este aspecto, mencionado pelas duas teses citadas, sobre os hospitais como *locus* privilegiado para a produção da febre puerperal, estendeu-se até meados do século XX:

Uma critica “a priori” que se costuma fazer ao parto em domicílio, sobretudo em meio inculto e pobre como aqueles em que trabalhamos é o das probabilidades de infecção puerperal. A prática, porém, não nos confirmou este receio. É verdade que, ao organizar o Serviço, tomei medidas especiais neste sentido, fazendo constar da lista de material a ser conduzido ao domicílio, lençóis esterilizados, luvas para o médico e para as parteiras, compressas etc. Mantendo-se o rigor nas demais normas de assepsia do parto, (...) com tricotomia, antisepsia da região pudenda, parcimônia no uso do toque vaginal, que é feito sempre com a mão enluvada, etc.- os resultados são bastante satisfatórios. Neste particular, as maternidades mal administradas e mal organizadas, levam grande desvantagem pelas possibilidades maiores de contágio durante o internamento. As referências que fiz, no capítulo adequado, às condições

---

<sup>98</sup> MARTIN, Carlos Eduardo. **Dissertação Sobre as Affecções Puerperaes**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Universal de Laemmert. 1862, pp.18 e 19.

das maternidades do Rio de Janeiro, o demonstra sobejamente. As estatísticas também são muito claras.<sup>99</sup>

Nessa tese, mais uma vez encontramos o espaço do hospital apontado como privilegiado para a ocorrência da febre puerperal. Agora, o que mais se destaca nesse trabalho é como alguns procedimentos do ritual do parto “medicalizado” já estavam sendo utilizados mesmo nos partos domiciliares, como o caso da assepsia dos genitais, a tricotomia e o uso do aparato médico, como lençóis esterilizados e exame com luvas. Ressalte-se que, mesmo o médico ou a parteira usando luvas, o exame de toque devia, segundo este médico, ser utilizado com parcimônia, porque o excesso de toques pode aumentar a probabilidade das infecções.

Esta questão do exame de toque como possível vetor da contaminação e, portanto, da produção da febre puerperal, era questionado por alguns deles:

Querem os mestres e repetem os parteiros- o toque vaginal intra partum é um dos principais factores da infecção puerperal e na ancia de generalizações exageradas alguém já avançou-mulher tocada é mulher infectada. (...) na marcha ascendente dos perigos atribuídos ao toque vaginal durante o parto, como importante vector dos germens infecciosos, vão sendo sacrificadas a segurança e precisão do diagnostico na marcha do parto pelo temor dos parteiros victimas de seus próprios conhecimentos auridos nas lições dos mestres. A nossa pratica, porém, no Ceará não concorda com o que está escripto. Ou estamos nós errados ou são especialíssimas as condições do Ceará, de molde a diminuir a virulência dos germens responsáveis pela infecção puerperal. Entre nós a pratica do toque vaginal é corriqueira e systematica por parteiros e assistentes e nem por isso é exagerada a cifra de infecção puerperal aqui.<sup>100</sup>

Parece que, depois que ficaram provadas as origens da epidemia de febre puerperal que assolou a Europa durante o século XIX, ou seja, as mãos contaminadas dos médicos, estes passaram a ser extremamente cuidadosos com o exame de toque, ao ponto de uma tradição inteira ser criada para evitar, na medida do possível, o exame durante o trabalho

---

<sup>99</sup> ADEODATO FILHO, J. **Parto em Domicílio**: aspectos clínicos e sociais. Tese de Concurso para Professor Catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia. Salvador, 1949, mimeo. pp. 113 e 114.

<sup>100</sup> CALS, César. “O Toque Vaginal durante o Parto e a Infecção Puerperal”. In **Revista Ceará Médico**. Fortaleza, set./1934. XIII, nº 09, pp.19 e 21.

de parto. Esse médico, no entanto, que era Diretor da Maternidade João Moreira,<sup>101</sup> em Fortaleza, refuta veementemente esta argumentação. Segundo ele, embora na maternidade o exame de toque seja ordinário, os índices de infecção puerperal eram muito baixos. Ele também afirmou que: 1º) Embora não tivesse as estatísticas, podia afirmar com razoável certeza que os índices de infecção nos partos domiciliares também não eram elevados. 2º) Que o toque em geral era feito sem o rigor de higiene recomendado e conclui:

Queremos entretanto chamar a atenção para o que se passa entre nós e somos levados a supôr que o meio e a clientela em que se observa têm influência decisiva. Observassem os mestres illustres fora dos hospitaes e talvez outras fossem as conclusões. Suas observações são feitas nos grandes hospitaes onde, anulando os requintes da hygiene, há geralmente superlotação de uma clientela combatida pelas dificuldades da vida nas grandes capiates; em hospitaes onde, si não deficiência, há parcimônia de ar e de sol, condições estas favoráveis ao augmento da virulência dos germens agressores.<sup>102</sup>

Mais uma vez os grandes hospitais são apontados como os verdadeiros responsáveis pelo grande número de mulheres infectadas. Aqui, o Dr. César Cals acusa não só a superlotação como também as condições físicas da clientela atendida; ou seja, a maternidade que ele dirigia era de uma cidade pequena, como Fortaleza em 1934. Provavelmente sua clientela não era muito grande e as suas condições de saúde eram muito melhores do que aquela encontrada nas pacientes dos hospitais nas grandes cidades.

Outra preocupação recorrente nas teses médicas era a discussão em torno do aborto. E a polêmica ocorria principalmente porque, segundo a visão da sociedade e da Medicina da época, a grande função das mulheres era procriar:

Preenchida a fecundação, os seus resultados são só, e exclusivamente entregues aos cuidados, desvelos da mulher. Ella sustenta em seu ventre o fructo de seus prazeres, o novo ser, que recebeo o germen da vida, o longo período de duzentos e setenta e cinco á duzentos e oitenta dias; ella o dá a luz, ella o amamenta, ella o cria, o educa, ella o põe em estado d'elle por si gozar da existência. Sem duvida o mais importante

---

<sup>101</sup> A Maternidade Dr. João Moreira foi fundada em 1915. E, segundo os dados apresentados pelo Dr. César Cals, seu diretor, nos anos que vão de 1925 a 1933, o índice de mulheres infectadas foi de 0,13% (1932) a 1% (1925).

<sup>102</sup> CALS, César. Op. Cit. p.23.

acto da vida de uma mulher é o da propagação; nelle ella emparelha com a Divindade enchendo a superfície da terra de seres que lhe são semelhantes. (...) Talvez possamos dizer, sem temor de errar, que a mulher é para a procreação do homem, o que o Autor do Universo é para todo mundo.<sup>103</sup>

Este é um exemplo paradigmático de como a sociedade e a Medicina da época compreendiam o papel das mulheres, não somente o de reprodutoras das novas gerações, mas de reprodutoras santificadas. Note-se a referência à divindade; ou seja, ser mãe era tornar-se santa e deusa. E é claro que esta “divinização” era proposta como uma forma de demonstrar às mulheres que o papel ocupado por elas na sociedade era muito mais importante do que o dos homens, o que obviamente não era verdade. Estava em curso aqui o processo de “fragilização” e santificação da mulher, principalmente da mãe, que Margareth Rago<sup>104</sup> tão bem analisou. Esta elaboração teórica e ideológica era realizada considerando os interesses da sociedade e do Estado:

Constata-se, assim, que a sociedade não está interessada a princípio na mulher, mas naquilo em que ela pode ser produtiva ou prejudicial. O que está em jogo é a produção de novos indivíduos para a coletividade. E a mulher que chegou ao estado de gravidez tem de necessariamente apresentar algum resultado, ou seja, o filho, mesmo que seja morto. A gravidez está muito longe de ser vista como um evento do plano pessoal ou privado. Ela é um acontecimento social, mas na medida em que deve ser de domínio público, mas também no sentido de que produz bens para a sociedade. A mulher tem como destino a reprodução. Desde a mais tenra idade e especialmente a partir da puberdade, ela passa a ser vigiada para que nada comprometa esta missão.<sup>105</sup>

É neste contexto, portanto, que deve ser examinada a posição dos médicos acerca do aborto. Em uma sociedade que tratava as mulheres exclusivamente como

---

<sup>103</sup> FIRMINO JÚNIOR, José Joaquim. **Dissertação Sobre a Menstruação Precedida de Breves Considerações sobre a Mulher**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Imparcial de F. P. Brito, 1840, p.7.

<sup>104</sup> “Identificada à religiosa ou mesmo considerada como santa, à imagem de Maria, a mãe será totalmente dessexualizada e purificada, ainda mais que, ao contrário, a mulher sensual, pecadora e principalmente a prostituta será associada à figura do mal, do pecado e de Eva, razão da perdição do homem. (...) A primeira, toda alma e sacrifício-símbolo do bem; a segunda, exclusivamente carnal e egoísta-encarnação do mal. Ambas no entanto, submissas, dependentes, porcelanas do homem, incapazes de um pensamento racional e, consequentemente, de dirigirem suas próprias vidas.” RAGO, Margareth. Op. Cit. p. 82.

<sup>105</sup> ROHDEN, Fabíola. **A Arte de Enganar a Natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003, p..50.

reprodutoras, santificando-as por isso e que considerava esta função estratégica, é evidente que todas aquelas que ousassem violar esta destinação seriam vilipendiadas:

Em séculos de sociedades menos polluidas e corruptas, a concepção ilícita de uma virgem inexperta astuciosamente seduzida, foi sem dúvida quem arrastou pela vez primeira a mulher, esse ente timorato e fraco, ao crime horroroso do aborto provocado. Ao depois, em tempo de voga e aceitação de uma philosophia epicurista, que dava tudo pelos prazeres sensuaes, e nada pelos sentimentos nobres e generosos da alma, as delongas e procrastinações de uma gestação que cortava pela raiz as voluptuosidades e concupiscências de uma mulher libidinosa e devassa, carregarão por seu turno com a responsabilidade cynica e immoral delle.<sup>106</sup>

A tese desse médico é uma defesa do aborto provocado por indicação médica, ou seja, quando o feto ameaçava a vida da mãe. E é justamente por causa desta defesa que apresenta, já em sua introdução, a opinião acerca do aborto feito em quaisquer outras circunstâncias. Qualifica-o de crime horroroso, mesmo quando a mulher o fez por ter sido seduzida e abandonada e, neste caso, ele a chama de fraca. Quando a mulher não o fez por ter sido enganada, mas por, segundo ele, não abrir mão de seus divertimentos e prazeres, então ela é qualificada de cínica e imoral. Nesta elaboração, notamos a polarização pela qual as mulheres eram julgadas: ora ingênuas e fracas, ora cínicas e devassas.

É importante salientar que, embora alguns médicos defendessem a validade do aborto terapêutico, em hipótese alguma, eles dariam sua aprovação ao aborto provocado com outras motivações que não as defendidas pela Medicina:

O que se pode depreender dos trabalhos de Magalhães e de outros autores é que a Medicina tentava legitimar sua doutrina e prática frente a concepções mais tradicionais, especialmente àquelas que se originavam no pensamento religioso. A grande arma utilizada pelos médicos era a objetividade do conhecimento científico que garantiria a correção de suas atitudes e justificaria sua autoridade. Esta mesma autoridade que previa a possibilidade do aborto terapêutico era invocada para condenar o chamado aborto criminoso.<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> ABREU, Francisco Bonifácio de. **Dissertação na Qual se Justifica o Aborto Provocado**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Universal de Laemmert, 1851, p.1.

<sup>107</sup> ROHDEN, Fabíola. Op. Cit., 2003, p. 65.

É preciso lembrar que, ao defender o aborto terapêutico, os médicos iam ao encontro não só dos costumes da sociedade, como também às normas religiosas da Igreja Católica, que considera, até hoje, que o aborto não deve ser praticado nem mesmo para salvar a vida da mãe. A mãe deve sacrificar sua vida pela de seu filho sob pena de cometer um pecado mortal. Esta ainda é a posição oficial da Igreja Católica. O aborto como pecado analisaremos mais adiante, neste trabalho. Como a autora mencionou, porém, a defesa do aborto com objetivos médicos era realizada com âncora no discurso científico da Medicina que estava se tornando hegemônico. E era este mesmo repertório que também ajudava a condenar o “aborto criminoso”, ou seja, aquele feito sem prescrição médica.

Feitas estas considerações sobre algumas opiniões médicas, sobre as mulheres, no século XIX, deter-nos-emos a seguir nas transformações pelas quais passou a Medicina brasileira ao longo do século XX.

## **2.6 As Transformações na Medicina Brasileira: O Paradigma Norte-Americano**

No início do século XX, esta era a situação da assistência médica à parturição no Brasil: um combate cada vez maior entre os médicos e as parteiras e o avanço da “medicalização” do parto. A partir da década de 1920, a ideologia americana começou a se tornar cada vez mais forte no Brasil, e, no âmbito desta ideiação, encontrava-se o modelo de atendimento médico<sup>108</sup>.

---

<sup>108</sup> “A partir dos anos 20, em meio a um ambiente político e cultural nacionalista, os Estados Unidos aparecem, aos olhos de políticos e intelectuais brasileiros, como o modelo inspirador de nação vitoriosa e moderna. Como um exemplo de país que conseguiu superar, em pouco tempo e principalmente através de investimentos no desenvolvimento tecnológico, a dependência econômica resultante do seu passado colonial recente. No Brasil, o reflexo da incorporação da ideologia americana podia ser detectado nas novas propostas de organização social que partiam de vários segmentos da sociedade. Em tal contexto, gradativamente, as autoridades em medicina e em educação começaram a propor mudanças na formação de profissionais não médicos destinados ao atendimento à saúde. Tais transformações seguiam a direção do modelo assistencial americano, que incorporava, no campo específico da assistência à gestante e ao bebê, toda a tecnologia médica recentemente desenvolvida que, com isso, abriu espaço para a transformação do nascimento numa situação passível de inúmeras intervenções do profissional médico”. ALMEIDA SILVA. Tânia Maria de. Op. Cit. p. 132.

Aliás, nos Estados Unidos, os motivos dos combates entre os médicos e as parteiras foram ainda mais explícitos do que no Brasil:

Para as classes populares, o costume de procurar médicos no parto era tido como “flagrantemente indecente”. Na análise de Ehrenreich e English, esta era uma situação intolerável para a emergente especialidade obstétrica, pois na lógica da corporação médica, cada mulher pobre atendida pela parteira, era um caso a menos ao ensino e à pesquisa acadêmica. Os vastos recursos proporcionados pelas classes populares, enquanto “material de ensino” para a obstetrícia, estavam sendo desperdiçados pelas ignorantes parteiras. Além disso, as mulheres pobres gastavam cerca de 5 milhões de dólares ao ano com parteiras-5 milhões que poderiam estar indo para os verdadeiros “profissionais.”<sup>109</sup>

Percebemos aqui quais os motivos apontados para a perseguição às parteiras nos Estados Unidos: primeiro porque elas estavam subtraindo “material de pesquisa médico”, desperdiçando o que poderia ser mais bem aproveitado pelos médicos para o ensino e a pesquisa nas faculdades de Medicina. Note-se que nos referimos exclusivamente às mães pobres; estas é que deveriam ser usadas como cobaias pelos médicos; depois a famosa cifra de 5 milhões de dólares que estavam sendo pagos às parteiras pela realização dos partos, dinheiro que poderia muito bem ir parar nos bolsos dos “verdadeiros profissionais”.

No caso brasileiro, esses fatos nunca foram tão claros como no caso americano, mas o certo é que a influência dos Estados Unidos no Brasil, principalmente no que diz respeito ao tipo de modelo médico adotado, atingiu o atendimento ao parto e à formação das parteiras:

Assim a formação de parteiras que até então se vinha fazendo no Brasil de acordo com o modelo assistencial francês-que privilegiava o atendimento domiciliar, valorizava o trabalho da parteira titulada e repudiava a banalização das intervenções no momento do parto-não se enquadrava mais nas aspirações dos médicos. A liberdade profissional das parteiras, principalmente das academicamente formadas, acabaria incomodando os médicos, pois sua forma de atuação concorria com o exercício da obstetrícia médica. Muitos médicos preferiram, portanto investir na formação de enfermeiras para as maternidades.<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao Parto no Brasil: O Lugar do Não-Médico**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 1997, mimeo. p.21.

<sup>110</sup> ALMEIDA SILVA. Tânia Maria de. Op. Cit. pp. 132 e 133.



Como a autora menciona, a formação das parteiras no Brasil seguiu mais de perto os pressupostos do atendimento francês, apesar de todo o combate entre os médicos e as parteiras no Brasil. Em um ponto eles mais ou menos concordavam: no intervencionismo. Apesar de toda a valorização dos instrumentos cirúrgicos e do conhecimento médico, no geral, os médicos brasileiros do século XIX e do início do século XX eram menos intervencionistas do que os seus pares americanos e europeus<sup>111</sup>.

A partir da década de 1920, entretanto, e da maior influência americana, este modelo pouco intervencionista deixou de ser do interesse dos médicos brasileiros e o modelo americano começou pouco a pouco a se afirmar. Para romper-se com o modelo francês, um dos principais aspectos dizia respeito à formação das parteiras. Era preciso acabar com esta concorrente direta do trabalho médico e, para isso, os médicos contaram com uma aliada estratégica: a enfermeira.

Antes de analisarmos os momentos críticos deste combate, é preciso traçar um paralelo entre estas duas categorias de profissionais da saúde. Apesar de ambas as profissões serem predominantemente femininas, as distinções que as marcavam tinham elementos de gênero, classe e paradigmas longamente estabelecidos. Historicamente, a profissão de parteira surgiu de forma autônoma e como portadora de poderes centrados no feminino, enquanto a enfermagem já nasceu com um “pecado” de origem: a subordinação ao poder médico:

As relações entre a emergente profissão de enfermagem e a milenar profissão de parteira não foram amistosas. Ward registra que na época, parteiras e enfermeiras inglesas se hostilizavam: as enfermeiras, vendo as parteiras com desdém, compartilhando a visão que a classe médica tinha delas “supersticiosas, ignorantes e

---

<sup>111</sup> “As teses e os artigos produzidos a respeito do parto revelam como a obstetrícia no Brasil e também a ginecologia, foram conservadoras. Esta palavra tem aqui o sentido de preservar, em oposição aos excessos intervencionistas como o fórceps, as versões, as embriotomias e, por fim, a cesariana, os obstetras brasileiros mostraram-se cautelosos no momento de intervir, sendo muito criticados aqueles que abusavam da força e de práticas mutiladoras, como a craniotomia em feto vivo, prática cruel e extremamente traumatizante para a mulher, ainda realizada no final do século XIX”. MARTINS, Ana Paula V. Op. Cit. .p 209.

pouco higiênicas”. E as parteiras, vendo as enfermeiras como “um pouco mais do que servas da profissão médica”.<sup>112</sup>

Desde seu surgimento, em meados do século XIX, a enfermagem moderna já estava comprometida com o predomínio do discurso médico. Na citação, percebemos que as enfermeiras inglesas aderiram ao discurso dos médicos no que dizia respeito à ignorância e à superstição das parteiras. É necessário salientar, em relação a este aspecto, o caráter de classe envolvido nesta associação. A enfermagem moderna surgiu na Inglaterra como uma profissão de classe média:

Além desses atributos, outra premissa de Nightingale era quanto a origem social. As primeiras enfermeiras foram *ladies-nurses* e as *nurses*. As *ladies-nurses* tinham origem aristocrática e burguesa, as *nurses* oriundas dos segmentos proletários e populares. Essa divisão social era obviamente extensiva a todas as atividades de enfermagem: entre si criaram-se micro-poderes estabelecidos nas relações de dominação e controle; em relação as *nurses* estas eram castigadas com a atribuição das tarefas mais duras e grosseiras.<sup>113</sup>

Como podemos observar, as restrições de classe ocorriam dentro dos hospitais entre enfermeiras de “primeira” e de “segunda” classe, segundo suas origens sociais. Estas distinções continuam a acontecer dentro dos hospitais, agora entre as enfermeiras formadas nas universidades, a maioria egressa da classe média, e as auxiliares de enfermagem, oriundas dos setores populares. Agora se estas diferenciações eram feitas entre enfermeiras que atuavam segundo as mesmas normas, imagine-se a discriminação entre estas e as parteiras, que se recusavam submissão às normas do ambiente hospitalar e ao poder dos médicos.

Outro ponto diz respeito ao problema da sexualidade: as parteiras, historicamente, sempre foram associadas a uma sexualidade mais liberada e mais velada do olhar masculino. Percebidas como demasiado autônomas, exorbitantemente poderosas e fora do controle masculino, sempre foram relacionadas aos poderes primitivos e pagãos e,

---

<sup>112</sup> OSAVA, Ruth Hitomi e TANAKA, Ana Cristina d’Andretta. “Os Paradigmas da Enfermagem Obstétrica” In **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, Vol.31, n.01. Abril de 1997. p.99.

<sup>113</sup> BANDEIRA, Lourdes e OLIVEIRA, Eleonora M. “Representações de Gênero e Moralidade na Prática Profissional da Enfermagem”. In **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.51, n.04. Out./Dez. 1998 p.686.

principalmente, aos cultos das velhas deusas<sup>114</sup> banidas pelo cristianismo patriarcal e falocêntrico. Enquanto isso a enfermagem moderna nasceu sob o impacto do puritanismo sexual de classe média da Era Vitoriana:

Traduzidas em alguma medida pelo “Método Nightingale” tais princípios, centraram-se na preocupação com a conduta pessoal e moral das alunas de enfermagem (trajar, gestos, maneiras e comportamentos, etc). *O Boletim Moral* reproduzindo a moralidade de Nightingale era usado nas escolas de enfermagem e traz alguns elementos curiosos relatados por Miranda (1994); primeiro, havia a preocupação com os cabelos-símbolo feminino da sexualidade; daí os cabelos curtos, presos ou o uso de gorros que escondessem os cabelos; o estado das unhas e dos lábios que deveriam estar sem pintura ainda, a *noviça* era proibida de sair só do hospital; uma *noviça* dificilmente seria aceita antes de 30 anos, idade que configurava uma não-opção pelo casamento e conseqüentemente pela sexualidade.<sup>115</sup>

Percebemos na citação várias questões que elaboraram uma imagem da enfermeira como contraposição à imagem das parteiras. Enquanto as parteiras eram percebidas, em alguns casos, como mulheres depravadas e de sexualidade liberada, as enfermeiras propugnavam uma imagem de mulheres assexuadas.

Mesmo que não fossem depravadas ou promíscuas, as parteiras em sua maioria eram casadas e com filhos, enquanto as enfermeiras, neste modelo ora proposto, tinham que abdicar do casamento para serem aceitas como *noviças*. Até a terminologia se adequava a esta abstinência sexual, pois se usava para a candidata a enfermeira a mesma palavra para as candidatas a freira. E a proibição das *noviças* de saírem sozinhas do hospital transformava este espaço virtualmente em um convento, onde as enfermeiras se enclausuravam.

Foi sob estes parâmetros que se instaurou a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública no Brasil na década de 1920. Embora o curso de

---

<sup>114</sup> “As parteiras tiveram seu arquétipo principal, a deusa Ártemis conhecida como a deusa da caça e da lua. Enquanto deusa dos ermos, Ártemis foi a personificação do espírito feminino independente. Irmã primogênita de Apolo, ambos frutos de uma relação extraconjugal de Zeus. Logo que nasceu, Ártemis ajudou sua mãe Leto, durante as prolongadas dores e difícil parto de Apolo. Por nove dias e nove noites, Leto sofreu dores intensas, por causa dos efeitos vingativos de Hera, a esposa legítima de Zeus. As mulheres se dirigiam a Ártemis como auxiliar nos momentos de aflição, pedindo-lhe que pusesse fim às suas dores, ou que lhes concedesse uma morte amena, causada por suas flechas certeiras.” OSAVA, Ruth Hitomi e TANAKA, Ana Cristina d’Andretta. Op. Cit. p. 100.

<sup>115</sup> BANDEIRA, Lourdes e OLIVEIRA, Eleonora M. Op. Cit. p. 687.

Enfermagem tenha sido fundado nos moldes americanos, inclusive com a vinda de enfermeiras norte-americanas para a sua instalação, os paradigmas norteadores eram os mesmos preconizados por Nightingale:

Os critérios estabelecidos pelos dirigentes para a inscrição no curso eram semelhantes àqueles das escolas de enfermagem americana, ou seja: ser mulher, ser diplomada por uma escola normal ou ter estudos equivalentes; apresentar atestado de saúde física e mental e ausência de defeitos físicos, ter entre 20 e 35 anos e apresentar referências de boa conduta; a experiência da candidata em direção de casa, no serviço educativo e comercial, era considerada desejável. A divulgação do curso visava ao recrutamento de moças brasileiras de elite, com o intuito de firmar a nova profissão dentro dos moldes nightingaleanos, em nosso meio.<sup>116</sup>

Foi assim que tivemos no Brasil a fundação dos primeiros cursos para a formação de enfermeiras: uma formação que enfatizava o recrutamento nas camadas sociais mais elevadas, uma sexualidade regrada e o respeito à disciplina e à hierarquia, ou seja, uma profissional talhada para a submissão ao poder médico, não só por suas origens sociais como também pelo treinamento<sup>117</sup> recebido na escola de enfermagem.

Portanto, no início do século XX, verificamos a seguinte situação no Brasil: uma progressiva implantação do modelo médico americano de assistência, inclusive com auxiliares dos médicos formadas segundo este modelo: as enfermeiras. Para que a vitória deste modelo fosse completa, faltava eliminar completamente a figura da parteira do sistema de saúde então vigente:

Com a criação das maternidades, as parteiras diplomadas foram aproveitadas nestes estabelecimentos, passando a atuar de forma subordinada à autoridade médica. Em 1925, o curso de parteiras é suprimido por decreto, devendo, em seu lugar, ser oferecido o curso de formação de enfermeiras de maternidades,

---

<sup>116</sup> SENA, Antonia Regina Fernandes, NIMO, Cláudia Cobas, COSTA, Eliane Moreira da, e BARREIRA, Ieda de. “Moça de Boa Família como Figura-Tipo de Candidata a Enfermeira na Década de 1920”. In **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, vol.06, n.02, Dez. 1998. p. 358.

<sup>117</sup> “Silenciosa, cortês, cumpridora dos seus deveres, poderia haver alguém com melhores características para servir ao médico? O silêncio é uma marca distintiva da enfermeira no imaginário social, que freqüentemente é representada no gesto que o simboliza com o dedo indicador sobre a boca, solicitando silêncio, em cartazes divulgados há décadas pela indústria de equipamentos e materiais hospitalares e presentes em quase todas as enfermarias dos hospitais brasileiros”. PADILHA, Maria Itayra de Souza, SOBRAL, Vera Regina Salles, LEITE, Lúcia Maria Ramalho, PERES, Maria Angélica A., e ARAÚJO, Andréia C. “Enfermeira-A Construção de um Modelo de Comportamento a partir dos Discursos Médicos do Início do Século”. In **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. vol.05,n.04, Outubro/1997 p.29.

acompanhando o processo de institucionalização do parto. Estes cursos permaneceram anexados às faculdades de medicina, que deveriam, por seu turno, reorganizá-los. Como isto não ocorreu, continuaram seguindo a legislação anterior, ou foram simplesmente encerrados, como os cursos de partos da Faculdade Nacional de Medicina e do Hospital Hamnammeniano, ambos no Rio de Janeiro, além do curso de partos do Pará.<sup>118</sup>

Como podemos observar, paulatinamente, as parteiras foram perdendo seu espaço de atuação autônoma, primeiro se subordinando aos médicos dentro dos hospitais e posteriormente tendo seus cursos de formação fechados e substituídos pelos cursos para a formação de enfermeiras. A polêmica que envolvia o fim dos cursos para parteiras e a substituição destas últimas pelas enfermeiras, foi agressiva, refletindo-se inclusive nos jornais da época<sup>119</sup>.

A polêmica foi grande envolvendo inclusive até a Igreja Católica, que defendia a posição das enfermeiras e postava-se contrária à criação do curso de obstetizes. A Igreja alegava que estes cursos não correspondiam aos interesses da verdadeira assistência à enfermagem e à infância. O que estava por trás desta intromissão da Igreja na questão, no entanto, dizia respeito a sua secular luta contra as parteiras e suas suspeitas de que estas praticassem o aborto, o assassinato do nascituro e a contracepção:

A intolerância religiosa contra as obstetizes ficou demonstrada mais uma vez no I Congresso Nacional da Obstetiz, ocorrido em Maio de 1958, no Rio de Janeiro. Na ocasião, diversas enfermeiras foram ao congresso, e quatro delas, das quais três freiras foram ao Jornal O Globo acusar as obstetizes de fazerem propaganda de anticoncepcionais durante o evento.<sup>120</sup>

Portanto, a Igreja Católica, as enfermeiras e os médicos estavam unidos na luta para eliminar as parteiras do mapa do atendimento de saúde no País. A Igreja, por sua desconfiança secular contra as parteiras, as enfermeiras, por questões do mercado de trabalho

---

<sup>118</sup> OSAVA, Ruth Hitomi. Op. Cit. p.41.

<sup>119</sup> “Uma emenda pretende conferir às enfermeiras diplomadas por curso de oito meses de especialização em obstetrícia, os mesmos direitos já assegurados às parteiras que fazem um curso de 36 meses, em regime completamente diferente”. (CORREIO DA MANHÃ, 27/09/1956) JORGE, Dilce Rizzo. **Evolução da Legislação Federal do Ensino e do Exercício Profissional da Obstetiz (parteira) no Brasil**. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Nery-UFRJ, 1975, Tese de Livre Docência em Enfermagem, mimeo. p.74.

<sup>120</sup> OSAVA, Ruth Hitomi. Op. Cit. p.45.

e os médicos, pelos mesmos motivos das enfermeiras: mercado de trabalho. As enfermeiras foram parcialmente logradas nesta luta porque a eliminação das parteiras não ampliou seu mercado de trabalho, pois o parto foi paulatinamente transformado em exclusividade do médico, mais uma vez seguindo o modelo norte-americano<sup>121</sup>.

A partir deste momento, o fenômeno da transformação do parto em um evento “medicalizado” e hospitalizado foi tomando corpo na sociedade brasileira. O parto saiu do domicílio da parturiente para os hospitais. Dentro dos hospitais, o parto foi se modificando para um evento controlado pelos médicos, porque cada vez mais ele foi se transmutando em ato cirúrgico, cuja presença dos médicos era indispensável:

O parto, evento insuportável, terrível, a que o corpo feminino está sujeito, era uma experiência a ser eliminada, sedada, apagada, alienada ao médico, que agora processava o corpo grávido passivo, imobilizado, do qual faz sair a criança. Na sucessão de modismos técnicos deste século, o parto vaginal médico moderno parecia aos poucos tornar-se um anacronismo, com sua sucessão de procedimentos inúteis, violentos, que aparentemente serviam apenas para confirmar que parir é sofrer. A assistência ao parto vaginal concebido como patologia tornou-se um conjunto de procedimentos preventivos médico-cirúrgicos que se justificavam para prevenir os acidentes que o próprio modelo provocava e confirmava.<sup>122</sup>

Sendo assim, mais do que “medicalizado”, o parto foi se convertendo em patologia. Primeiro, o próprio parto vaginal não se realizava mais sem o arsenal médico, pois as mulheres eram cortadas, dopadas e manipuladas pelos médicos como objetos inertes e problemáticos, o que ajudou na despersonalização das mulheres e no mecanicismo do atendimento:

---

<sup>121</sup> “Nasci em 1944, na época em que o parto hospitalar acabava se instituir como norma nos Estados Unidos. Nos hospitais, as mulheres eram sedadas até a inconsciência, e em geral não acordavam até que a enfermeira lhes trouxessem o bebê. As enfermeiras tinham ordens estritas de chamar o médico apenas no final de trabalho de parto, mas era imperativo que ele (virtualmente todos os médicos daquela época eram homens) estivessem na hora da expulsão-pois não era permitido às enfermeiras fazer o parto. Era freqüente naqueles dias que as mulheres ficassem com as pernas amarradas juntas para impedir que os bebês saíssem antes do médico chegar. (...) Eu cheguei mais depressa do que esperavam, o médico estava fora e não chegou rápido o suficiente. (...) Apesar de drogada, minha mãe estava acordada quando eu nasci. Como minha cabeça começou a sair e o médico não havia chegado, a enfermeira colocou um absorvente higiênico entre as pernas da minha mãe, e a cada contração que empurrava minha cabeça para fora, ela empurrava minha cabeça para dentro, até que o médico finalmente chegar e “fazer o parto”. (...) Este era um parto moderno em 1944”. ARMS, S. **Immaculate Deception II- a fresh look on childbirth**. Berkeley, Celestial Arts, 1994. apud DINIZ, Carmen Simone Grilo. Op. Cit. p. 173.

<sup>122</sup> DINIZ, Carmen Simone Grilo. Op. Cit. pp. 173 e 174.

A mecanicidade do parto é mais uma vez demonstrada para a mulher com a administração da analgesia e/ou anestesia, e a conseqüente separação psicológica de seu corpo, de sua mente, mostrando-lhe que o corpo-máquina que produz o bebê é uma entidade inteiramente diferente de seu self individual. O parto normal não é mais que uma extração vaginal, que nas situações de treinamento acadêmico, é designada ao menos experiente. E este neófito, tão logo tenha acompanhado alguns partos, se desinteressa, pretensiosamente afirmando que já sabe “fazer parto normal”, entendido como uma ação que se resume à retirada do bebê e da placenta, à episiotomia e à episiorrafia. E volta seu foco de interesse para a experiência do parto operatório, as cesarianas, começando pelas “barrigas limpas”, para o parto a fórceps, e outros virtuosismos do treinamento obstétrico.<sup>123</sup>

A “medicalização” e a hospitalização do parto constituíram esta que é hoje a situação em praticamente todas as maternidades do País: mulheres em trabalho de parto não são mais pessoas, com personalidades e histórias de vida distintas, pois corpos, máquinas de gerar. É assim que elas são vistas e tratadas. Fazer o parto, nesta perspectiva, deixa de ser ajudar estas mulheres a dar à luz, passando a ser extrair a criança e a placenta, um ato mecânico e que qualquer médico neófito pode fazer.

E esta talvez seja a grande contradição da Medicina: se um parto normal é algo que qualquer pessoa minimamente treinada pode fazer, por que somente os médicos se arrogaram esse direito? Talvez na impossibilidade de responder a esta pergunta, os médicos cada vez mais “desnaturalizaram” por completo o chamado “parto normal” e transformaram o parto cirúrgico no modelo por excelência de parto no Brasil.

A partir da década de 1970<sup>124</sup>, podemos afirmar que uma epidemia de cesáreas tomou conta do País e tornou o ato de parir não só um evento médico, mas também um fenômeno cirúrgico, demandando equipes médicas, centros cirúrgicos, internações e, obviamente, encarecendo a assistência. Considerada como mais segura e mais confortável para as mulheres, as cesarianas, e o abuso delas no Brasil, mascaram o fato de que ela não só é mais confortável, como também rendosa para os médicos:

---

<sup>123</sup> OSAVA, Ruth Hitomi. Op. Cit. p.66.

<sup>124</sup> “Há poucos dados estatísticos que permitam um seguimento adequado da tendência do índice de cesáreas. Os melhores são os fornecidos pelo Inamps, que paga cerca de 75% de todos os partos ocorridos no país. Os dados do Inamps referem-se ao período de 1970 a 1980 (Granado Neiva, 1982) e indicam um aumento de índice de cesáreas de 14,6% em 1970 para 31% em 1980” FAÚNDES, Aníbal e CECATTI, José Guilherme. “A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação”. In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.07, n.02 Abr./Jun. 1991, p.151.

A preferência dos médicos pela cesariana pode ter várias origens. Contudo, atualmente, o que domina é a conveniência de uma intervenção programada, que não tomará mais que uma hora de seu tempo, ao contrário do parto vaginal que pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, fins de semana ou feriados, e que ocupará um período maior e imprevisível de seu tempo. Também a incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal durante o trabalho de parto e parto nas mãos de profissionais que não têm um bom treinamento obstétrico, como é o caso da maioria dos partos no Brasil, pode ter uma influência importante na decisão de intervir.<sup>125</sup>

Como se pode perceber, além das conveniências financeiras, outra razão apontada para o aumento das cesarianas no Brasil é a própria insegurança médica para fazer um parto normal. Os médicos estão saindo das faculdades de Medicina mais despreparados para enfrentar um parto normal do que uma parteira treinada. Por conta disso, na ocorrência de qualquer pequeno problema no decorrer do trabalho de parto, a orientação é operar. O fato é que este tipo de parto é caro, tanto para o paciente quanto para a estrutura dos seguros saúde, privados e, principalmente, para o sistema público. Além destes fatores, convém lembrar que, no Brasil, um dos métodos mais utilizados de contracepção é a laqueadura de trompas<sup>126</sup>, o que também ajuda a inflar os números das cesarianas:

Como ficou patente, há no Brasil um abuso da moderna tecnologia reprodutiva. Por um lado, uma elevadíssima prevalência de partos operatórios e, por outro, o predomínio da contracepção cirúrgica. Mas acima de tudo, e nesse sentido, o Brasil é um caso único, uma significativa associação entre ambos, o que constitui sério problema de saúde pública. Não só a morbi-mortalidade reprodutiva e as condições do recém-nascido estão diretamente afetados por este status quo, como os custos hospitalares para o sistema previdenciário.<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> FAÚNDES, Aníbal e CECATTI, José Guilherme. Op. Cit. pp.155 e 156.

<sup>126</sup> “Dados recentes indicam que 40,1% das mulheres brasileiras, unidas e em idade reprodutiva, estavam esterilizadas em 1996. Este índice variou de 29,0% no Sul e 59,5% na Região Centro-Oeste. Com exceção do Rio de Janeiro, pode-se dizer que a esterilização é maior nas regiões menos desenvolvidas do país. Já não há diferencial marcante entre mulheres vivendo no campo ou nas cidades. Os anos de escolaridade constituem um diferencial quanto ao recurso à essa prática, passando de 45,7% para analfabetas, a 35,7% para aquelas com 12 anos ou mais anos de instrução a proporção de esterilizadas.” BERQUÓ, Elza. “Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil”. In GIFFIN, Karen. e COSTA, Sarah Hawker. **Questões da Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1999. p.. 118.

<sup>127</sup> BERQUÓ, Elza “Brasil, Um Caso Exemplar-Anticoncepção e Parto Cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar”. In **Revistas de Estudos Feministas**. Ano 1, 2º semestre, 1993. p.381.



O que é importante destacar é que este aparato médico para o uso das cesarianas só beneficiou as camadas médias e as elites da sociedade. Para estas mulheres o ato de dar à luz se configurou em um momento asséptico, seguro, rodeada por toda tecnologia médica disponível e amparada por membros da família, que podem ser internadas junto com elas em apartamentos particulares. O médico que faz sua cirurgia é o mesmo que vem lhe acompanhando ao longo dos meses do pré-natal, portanto é alguém conhecido, familiar, e que faz parte da sua mesma classe social.

Outra é a situação das mulheres pobres que são atendidas nos hospitais públicos:

O atendimento dessas necessidades (conforto, privacidade, presença da família e amigos, autonomia, atenção e respeito ao que sente e deseja, suporte emocional, sensação de segurança), longe de constituir-se como privilégio, expõe a desumana condição das parturientes dos hospitais públicos, situação semelhante, em seu cerne, àquelas vividas no século passado. A despeito do contraponto tornado possível por essa nova forma de atendimento hospitalar à parturição, a Obstetrícia não exigiu a modificação da assistência à parturiente no hospital público.<sup>128</sup>

Para essas mulheres, a situação é de abandono e solidão. Primeiro é preciso conseguir um leito em um destes hospitais. Muitas vezes elas peregrinam de hospital em hospital até encontrar uma vaga. Depois que a conseguem, são internadas sozinhas porque não se permite a entrada de nenhum acompanhante. Muitas vezes são abandonadas em enfermarias lotadas de outras mulheres na mesma situação, e várias vezes dão à luz sem o atendimento médico que lhes foi prometido:

Entidades que defendem o parto humanizado estão denunciando a falta de atenção médica que estaria ocorrendo em muitas clínicas e maternidades do país. Em diversas cidades, os nascimentos normais estariam sendo realizados por atendentes e auxiliares de enfermagem, sem a presença do médico ou enfermeira especializada. Apesar de ausente, é o médico que recebe do SUS por parto realizado. A falta de atenção médica é um dos principais responsáveis pela mortalidade materna. (...) segundo ela, há uma grande incoerência na política de nascimento adotada no país: por um lado, o parto é altamente “medicalizado” e tratado como se fosse uma

---

<sup>128</sup> CORDEIRO, Déa Márcia Barroso. Op. Cit. p.22.

doença; por outro, a mulher é desrespeitada e abandonada dentro do próprio hospital.<sup>129</sup>

Nesta perspectiva, a “medicalização” do parto pouco acrescentou para mulheres de baixa renda e retirou delas o pouco que possuíam: isto é, a possibilidade de dar à luz em casa acompanhada de seus familiares e de sua “comadre”. Não estamos questionando os avanços da Medicina, mas sim o fato de que estas novas tecnologias são acessíveis apenas a camadas restritas da sociedade. A campanha levada a termo contra as parteiras, a “patologização” do parto, o avanço do parto cirúrgico, promoveu uma “ideação” de parto, com a exclusão de todas as outras.

O problema é que, neste processo, as camadas populares perderam o apoio e assistência das parteiras e nada lhes foi posto no lugar. O Estado e a corporação médica que tanto fizeram para desqualificar as práticas de cura populares, não conseguiram oferecer para estas camadas, de forma democrática, o atendimento que eles tanto defenderam:

A análise dos resultados permite concluir que as mulheres que faleceram por causas maternas, no Município de Fortaleza, eram jovens, na sua maioria donas de casa ou domésticas e um elevado percentual possuía companheiro e tinha baixa escolaridade (até 08 anos). Essas mulheres, na maioria, eram usuárias do serviço do SUS. Um elevado percentual fez pré-natal inadequado, teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde e recebeu assistência obstétrica inadequada, evidenciando-se que as falhas médicas e as deficiências na estrutura hospitalar, aliadas à gravidade do estado geral de muitas delas, na admissão, contribuíram sobremaneira para o desfecho desfavorável. Nos casos em que houve atendimento inadequado, em 25,0 % detectou-se falha médica, em 23,3%, deficiência na estrutura hospitalar e, em 51,7%, os dois fatores estiveram associados, mostrando a relevância da necessidade de capacitação dos recursos humanos e do investimento em recursos materiais.<sup>130</sup>

Os dados presentes neste estudo demonstram de forma cabal que a mortalidade materna está diretamente relacionada à qualidade dos serviços médicos ofertados para as pobres. É verdade que os índices de mortalidade materna decaíram muito do começo do século XX para a atualidade. A mortalidade do começo do século, contudo, era provocada

---

<sup>129</sup> “Médicos Ganham por Parto que não Fazem”, Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 18/09/98. Caderno Cotidiano, pp.3-6.

<sup>130</sup> ALMEIDA, Nádya Maria Girão de. **Mortalidade Materna em Fortaleza –Ceará, 1996 a 1999**. Estudo dos Fatores de Risco. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2002, mimeo, p.66.

não pelas parteiras, especificamente, mas pelo pouco avanço da Medicina de uma forma geral. As mulheres morriam tanto nas mãos dos médicos como nas mãos das parteiras; e mulheres das mais variadas camadas sociais, demonstrando que o problema era provocado pelo incipiente conhecimento da Obstetrícia, pela falta de antibióticos, pela inexistência de exames que pudessem detectar problemas com antecedência:

Até meados do século passado, a sina era relativamente comum no Brasil (matava mais de 150 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos) e abatia-se sobre lares modestos e abastados. O índice de mortalidade materna caiu bastante nas últimas décadas, mas ainda é muito elevado (51 a cada 100 mil, mais que o dobro do considerado tolerável pela Organização Mundial de Saúde). A desigualdade de acesso aos recursos médicos transformou a morte durante a gestação, o parto ou nos 42 dias seguintes em exclusividade da pobreza. A maioria das vítimas vive com até dois salários mínimos e perece por falta de cuidados triviais. Como 98% dos óbitos são considerados evitáveis, o índice é um excelente indicador da atenção que os governos reservam à saúde da mulher<sup>131</sup>.

Atualmente, como se pode observar, a face da mortalidade materna é perversa, porque se concentra em mulheres pobres que não tiveram atendimento minimamente adequado. O apregoador avanço científico não chegou para estas mulheres, pois foram privadas do atendimento domiciliar proporcionado pelas parteiras, sob a argumentação de que estas eram incompetentes e sujas e que os médicos é que teriam competência para atendê-las. Os médicos, porém, não chegaram até estas mulheres e não há mais parteiras que possam atendê-las, porque estas, pelo menos nos grandes centros, foram eliminadas do mercado de trabalho.

---

<sup>131</sup> “A Falta que Ela faz”. Revista ÉPOCA n.251, 10/03/2003. p.68.

**As parteiras da floresta comungam da religião católica. Algumas adotaram as pentecostais. Outras são espíritas, batuqueiras. Mas no coração vive uma religião antiga, em que a grande deidade era feminina. Aquela que governa o nascimento-vida-morte, presente-passado-futuro. No tempo dos ancestrais, a relação entre o sexo e os bebês era desconhecida, tabu insondável de onde surgiram os mitos da cobra grande ou do boto fecundador. Hoje, mesmo invocando um deus masculino, o Espírito Santo ou os orixás, elas guardam uma herança silenciosa em que o feminino é fonte de toda vida, e cada mulher é a guardiã do mistério. Quando remam quilômetros por rios ou vão “de pés” para auxiliar uma igual a consumir o milagre da vida, o parto é símbolo de resistência, uma lembrança subversiva de cada mulher guarda um pouco da deusa. (A Floresta das Parteiras-Revista Época).**

## **CAPÍTULO 3: SÁBIAS MULHERES: AS PARTEIRAS NO SERTÃO DO CEARÁ.**

### **3.1 A Família e a Instituição do Discurso Médico**

Procuraremos em nosso trabalho mapear as experiências e as trajetórias de vida de mulheres que exerceram o ofício de parteiras no sertão do Ceará. Qual a origem destas mulheres, como se transformaram em parteiras, qual o seu papel nas comunidades que elas assistiam. Esperamos que estas indagações ajudem a esclarecer alguns aspectos da vida não só destas mulheres como também das comunidades em que elas estavam inseridas.

Para fazermos esta análise com maior critério, precisamos entender quais eram os valores que norteavam essas comunidades, suas práticas cotidianas e suas crenças mais arraigadas. Entre estes valores, podemos destacar aqueles que diziam respeito ao modelo familiar, à questão do casamento, à posição das mulheres nesta sociedade, por exemplo. E, para entender todos esses pontos, é preciso nos determos no modelo familiar predominante no Brasil a partir do século XIX.

O modelo de família proposto pela Igreja Católica no período colonial tornou-se hegemônico no Brasil e só começou a ser questionado a partir do século XIX, com o fenômeno da urbanização. O crescimento das cidades, notadamente do Rio de Janeiro, o aumento da circulação de pessoas e mercadorias, o surgimento das camadas médias urbanas, todas estas modificações provocaram a crise do modelo familiar herdado da Colônia. Em substituição a este modelo, elaborou-se a nova família higienizada e norteadada pelo discurso médico: retirava-se assim o grupo familiar da alçada da Igreja para a responsabilidade do Estado<sup>225</sup>:

---

<sup>225</sup> Este fenômeno da intervenção do Estado nas questões familiares já vinha acontecendo na Europa desde meados do século XIX: “ De outro lado a consciência crescente do lugar ocupado pela família no tabuleiro demográfico e social leva o poder- filantropos, médicos, Estado- a cercá-la de solicitude, a querer penetrar em seus mistérios e entrar na fortaleza. Essa intervenção visa, em primeiro lugar, às famílias pobres, as mais despossuídas, tidas como incapazes de desempenhar o seu papel, principalmente em relação aos filhos”.

No Brasil a higienização da família progrediu em relação direta com o desenvolvimento urbano. Historicamente este processo foi mais perceptível no Rio de Janeiro, por razões evidentes. Os encargos populacionais, econômicos, políticos, militares e sociais de sede de governo exigiram uma modernização mais acelerada do Rio.<sup>226</sup>

Embora a urbanização do País se encontre no cerne do crescimento e da valorização do discurso médico, Jurandir Costa analisa também a formação do Estado Nacional brasileiro como norteador deste novo discurso da Medicina sobre a família. Esta até então percebida como uma entidade privada, passou a ser vista como uma instituição fundamental para a sociedade e, sobretudo, para este estado em formação:

Todo o trabalho de persuasão higiênica desenvolvido no século XIX vai ser montado sobre a idéia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado.<sup>227</sup>

Surgiu desta percepção a invasão do “olhar” médico sobre todos os aspectos que envolviam a vida familiar: o nascimento, a saúde das crianças, a higiene dos casais, os costumes cotidianos. E, como não poderia deixar de ser, a intrusão da Medicina nas questões de ordem amorosa, sexual, afetiva e também moral. Nesta perspectiva, o médico substituiu o padre no cuidado dos males morais que afligem a família.

O que tornou o discurso médico ainda mais eficaz foi o seu apanágio de cientificidade. Seus regulamentos e interdições não seriam vistos como fruto de crenças dogmáticas e fechadas, como no caso das normas da Igreja, e sim como resultado de pesquisas rigorosamente científicas, portanto, neutras. Lutar contra as regras de conduta médica seria um sinal de ignorância, qualificativo que nenhum cidadão urbano do século XIX gostaria de receber.

Em sua cruzada pelo estabelecimento da família sadia, tanto física quanto moralmente, os médicos investiram suas críticas e seus anátemas sobre todos aqueles que

---

PERROT, Michelle. “Funções da Família”. In PERROT, Michelle (Org.) **História da Vida Privada**. Vol.04 São Paulo, Cia das Letras. 1991.p.116.

<sup>226</sup> COSTA, Jurandir. Op. Cit. p.35

<sup>227</sup> COSTA, Jurandir. Op. Cit. p.63.

podiam inviabilizar ou solapar seu projeto: as prostitutas, os libertinos, os celibatários, os homossexuais; ou seja, todos os indivíduos que não se enquadravam nos marcos da família higiênica.

É nesta perspectiva, da hegemonização do discurso médico no seio da sociedade, que o papel das mulheres como parteiras foi sendo paulatinamente ocupado pelos médicos. Cumpre destacar que não somente as parteiras foram atingidas pelo discurso de competência da Medicina:

Para os especialistas, as determinações legais concernentes ao *curandeirismo* não eram tidas como suficientes. Muitos médicos pediram a palavra no evento para combater o curandeirismo. A estratégia adotada foi construir uma imagem negativa do *curandeiro*, acompanhada de um movimento simetricamente oposto em relação ao médico alopata, tido como único portador da ciência. Tratava-se de construir, junto à opinião pública e ao Estado, uma imagem negativa do *curandeiro*.<sup>228</sup>

Como se vê, havia ampla disputa por espaço profissional entre médicos e outros setores que também lidavam com a saúde da população, atividades que foram perseguidas e acusadas de charlatanismo, como é o caso dos curandeiros, raizeiros, espíritas e homeopatas. Estas questões relativas às disputas profissionais entre médicos e outros profissionais da área da saúde eram tão importantes que chegaram a ser tema de tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

Em uma cidade de Minas-o nome não nos ocorre, o facto, porém, nos foi transmitido por pessoa fidedigna-existiam então dois médicos, mas a palma da vitória clinica alli, como em todo lugar, cabia ao curandeirismo desenfreado. Em certa ocasião lá se installou um charlatão que, em pouco, açambarcou toda a clientela, deixando os médicos locais de braços cruzados. Quando a cousa subiu a este ponto, os facultativos moveram um processo contra o diabólico curandeiro; mas, ao chegar à barra do tribunal-estupenda surpresa!-o réu exhibiu o diploma legal de médico! O desapontamento foi geral e os proprios collegas atordoados por tão original e fleugmatico procedimento, indagaram da chave do enigma e o pseudo-curandeiro, mas medico legitimo, fez ver que, se elle não se mascarasse de medicastro, morreria nas garras da fome, ao passo que, como curandeiro, as suas algibeiras se abasteciam fartamente, tal eram as alternativas, em cuja escolha elle

---

<sup>228</sup> PEREIRA NETO, André de F. “Identidades Profissionais Médicas em Disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922)”. In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (2) , abr./jun, 2002 p. 404.

não podia trepidar..<sup>229</sup>

Como se vê a concorrência entre os médicos e os chamados curandeiros era tão grande que criava este tipo de situação, no mínimo inusitada, de um médico se disfarçar de curandeiro para adquirir e manter vasta clientela. Esta campanha contra todos aqueles que disputavam com os médicos o mercado do atendimento à população se tornava ainda mais acirrado no caso das parteiras, porque estas detinham uma hegemonia sobre um tipo de atendimento bastante freqüente e valorizado: o acompanhamento às gestantes.

Portanto toda uma campanha foi desencadeada contra as parteiras e elas foram acusadas de inúmeros erros que causariam a morte das mães e dos bebês:

Na sua maioria as parteiras curiosas, vulgarmente chamadas “aparadeiras”, são as responsáveis pelas infecções puerperas tão freqüentes, devido ao pouco ou nenhum asseio de suas mãos, pelo desconhecimento total do que seja assepsia<sup>230</sup>

Aqui na fala desse médico uma denuncia despropositada: ele acusava as parteiras curiosas de provocarem a febre puerperal por ignorarem as regras de assepsia. Faz tal asserção sem apresentar nenhum dado numérico que confirme esta opinião, como era comum nos modelos de teses elaboradas na época. E ainda omitiu, ou não citou por desconhecimento, os dados de que quem mais provocava a infecção puerperal no século XIX eram os médicos, como demonstramos claramente no capítulo anterior, ao discutirmos a “epidemia de febre puerperal”.

Esta perseguição realizada, pela Medicina, contra as parteiras e a inexistência de mulheres médicas, privou-as do conhecimento acerca do seu corpo e do corpo das outras mulheres.

---

<sup>229</sup> CORDEIRO, Eugênio. **O Charlatanismo em Medicina**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Niterói, Typographia Serra Nova. 1917, p.09.

<sup>230</sup> CORDEIRO, Eugênio. Idem. p. 10.



### 3.2 Parteiras no Ceará

Estes combates entre a Medicina erudita e outras formas de cura já se evidenciavam no Ceará desde o século XIX:

A busca da saúde numa cidade em que a prática da medicina experimentava a precariedade dos recursos, tendo que improvisar quotidianamente, só poderá ser compreendida, se considerada em sua complexidade, manifesta na diversidade e, muitas vezes, simultaneidade de procedimentos terapêuticos que vão do tratamento baseado nos conhecimentos médicos às práticas populares de cura. Ambos territórios constituem formas diferenciadas de buscar a saúde, mas não devem ser tomadas como blocos homogêneos e excludentes entre si. Há discrepâncias inerentes a cada um deles. A medicina de um lado, envolta no debate entre alopatas e homeopatas e as práticas cotidianas da população, que transitam da medicina à religiosidade<sup>231</sup>

Como se pode observar, em Fortaleza, desde meados do século XIX, já se delineavam os contornos da luta entre as regras da Medicina erudita e as práticas de cura da população. Estas práticas eram amparadas não só por costumes muito antigos, mas também por uma intensa religiosidade. No caso das parteiras, no início do século XX, mesmo em Fortaleza, elas ainda mantinham certas posições de prestígio no seio da comunidade:

(...) É plausível considerar que, em Fortaleza, deve ter sido particularmente difícil e demorado este combate à influência da medicina das comadres sobre as mães. Além de muitas das grandes famílias serem originárias do interior do Estado, onde a relação dos donos-de-casa com uma vasta corte de agregados domésticos (aí incluídas serviçais e comadres hábeis nas práticas populares de cura) era muito próxima, a população pobre da Capital era majoritariamente constituída de segmentos de origem sertaneja, face ao êxodo rural promovido pelas constantes secas. É de se imaginar, portanto, o contato amiudado e a forte ingerência da figura da comadre, da rezadeira, curandeira e parteira sobre as mães da Capital, mesmo as mais abastadas.<sup>232</sup>

O papel desempenhado pelas parteiras na cidade de Fortaleza, nesse período, pode ser ilustrado pelo processo envolvendo o envenenamento de uma mulher em 1927:

Esta confirmou que era casada, então o médico perguntou sobre a gravidez e a

---

<sup>231</sup> BARBOSA, Francisco Carlos Jacinto. **Caminhos da Cura: A Experiência dos Moradores de Fortaleza com a Saúde e a Doença(1850-1880)**. Tese de Doutorado em História Social da PUC-SP. São Paulo, 2002, mimeo. p.149.

<sup>232</sup> PONTE, Sebastião. **Fortaleza Belle Époque**. Fortaleza, Fundação Demócrito Rocha/Multigraf, 1993. pp 119 e 120.

paciente então se calou e uma das vizinhas presentes respondeu por ela: avisou ao médico do real estado civil de Maria Aurora: ela era uma mulher separada. O médico, sensível aos olhares das mulheres presentes e que pontuavam o encontro, solicitou que as mesmas se retirassem do quarto para que ele pudesse ficar à vontade com a paciente. Estava mais ou menos implícito que Maria Aurora, embora sem marido achava-se grávida. O fato de algumas horas depois uma parteira ter sido chamada para realizar o parto prematuro da paciente foi apenas uma confirmação do que aquelas mulheres presentes no quarto já desconfiavam.<sup>233</sup>

No caso ora relatado, a paciente Maria Aurora foi acometida de vômitos durante a noite e um médico foi chamado para atendê-la, no entanto ela se encontrava grávida e o veneno que ingerira e que provocaram os vômitos também provocou um aborto. Quando, entretanto, ela começou a sentir os sintomas do parto prematuro, não foi a um médico que se recorreu para socorrê-la, mas a uma parteira. Uma parteira foi chamada e foi esta parteira quem fez o parto de Maria Aurora; ou seja, mesmo com a possibilidade de se chamar um médico, foi a parteira escolhida para o atendimento da paciente.

Se, na cidade de Fortaleza, a capital do Ceará, as parteiras e as “comadres” ainda eram bastante respeitadas no início do século XX, no interior do Estado, o trabalho e a experiência destas mulheres constituíam fatores de importância fundamental para a vida dessas populações, principalmente para as mulheres. É preciso lembrar que muitas vezes estas mulheres se encontravam distantes de qualquer centro urbano, por menor que fosse.

Mulheres que moravam em grotões perdidos nos rincões dependiam dos conhecimentos e da experiência das parteiras para sobreviverem a partos realizados nas condições mais difíceis: em casas sem nenhum conforto, à luz de lampiões, sem nenhum outro recurso além da fé em nossa Senhora do Bom Parto, São Raimundo Nonato e São Jorge Guerreiro e nas mãos das parteiras.

Milhares de crianças pelo sertão do Ceará foram “aparadas”/amparadas pelas mãos dessas mulheres; milhares de mulheres só tiveram as parteiras como assistência na “sua hora” e nos cuidados posteriores com elas e com suas crianças. Rastrear as relações de

---

<sup>233</sup> SOUSA, Noélia Alves de. **A Liberdade é Vermelha?** Um Estudo de Violência contra Mulheres em Fortaleza, nas décadas de 20 e 30 do século XX. Dissertação de Mestrado em História Social da PUC-SP. São Paulo, 1997, mimeo. p. 136.

solidariedade, cumplicidade e confiança constituídas entre as parturientes e suas “comadres”, assim como a posição assumida pelas parteiras em suas comunidades, constitui uma de nossas preocupações fundamentais. Estas relações das parteiras com suas comunidades já foram analisadas por outros autores em outros contextos:

No seio dessas relações, a figura da parteira é investida de uma autoridade, de um reconhecimento, de uma importância, de “poderes”, naquele conjunto de relações sociais. Em se tratando de relações, um elemento marcante é o da solidariedade, calcada nos laços de vizinhança, mais do que nos de parentesco e reafirmada nos espaços de sociabilidade. É notável quando as mulheres falam das vizinhas que as acudiam em momentos difíceis antes e depois do parto, nos abortos, com as crianças, em problemas econômicos, enfim no âmbito exclusivamente feminino, ou do funcionamento da casa como um todo<sup>234</sup>.

Portanto, pretendemos reaver que relações se estabeleciam entre as mulheres e as parteiras que as atendiam, e em que medida estas eram marcadas pelas características há pouco mencionadas. Para a realização destes objetivos, vamos trabalhar com grupos distintos de parteiras. Identificamos, em nosso levantamento, três grupos delas: as leigas, as treinadas e a parteira diplomada. É importante ressaltar que, embora o discurso médico não fizesse nenhuma distinção entre elas, alguns autores já haviam mapeado as variadas possibilidades de fazer distinção da profissão:

Na documentação consultada podem ser identificados, no entanto, cinco tipos diferentes de parteiras: 1) as práticas, muitas delas reconhecidamente experientes, que exerciam o ofício sem autorização; 2) as ocasionais, mulheres que faziam partos na falta de uma parteira de ofício, limitando o atendimento às pessoas da família ou vizinhas. Tanto podiam ser senhoras que faziam o parto de suas escravas, como o contrário, escravas que faziam o parto de suas senhoras; 3) as licenciadas, parteiras práticas de comprovada experiência que exerciam com autorização legal, mas ser ter passado por um exame; 4) as examinadas, parteiras práticas que prestaram o exame depois de comprovar experiência; 5) as diplomadas, em geral mulheres estrangeiras, que fizeram o curso de partos no exterior ou no Brasil.<sup>235</sup>

Portanto, como podemos observar na análise de Maria Lúcia Mott Mello, havia vários tipos de parteiras no Brasil já no século XIX. No grupo de parteiras pesquisadas nos

---

<sup>234</sup> RÉCHIA, Karen Christine. **Lembranças Íntimas de Minha Avó: Partos, parteiras e outras histórias em Treze de Maio-SC**. Dissertação de Mestrado em História do Brasil. UFSC. Florianópolis. 1998, mimeo. pp. 12 e 13.

<sup>235</sup> MELLO SOUZA, Maria Lúcia de Barros Mott. Op. Cit. 1998, pp. 38 e 39.

rincões do Ceará, também encontramos algumas distinções e é a partir das diferenças e semelhanças entre elas que estruturamos algumas reflexões.

As parteiras leigas são aquelas que aprenderam seu ofício na prática, sem terem feito qualquer curso ou treinamento. O segundo grupo é formado por parteiras treinadas em hospitais, um aprendizado prático, mas realizado dentro da unidade hospitalar. A terceira modalidade faz contraposição aos dois primeiros grupos, na medida em que ela foi a única que fez especialização, ou seja, um curso específico para atuar na atividade. As trajetórias de vida deste grupo serão utilizadas como termo de comparação com os outros mencionados.

Durante os depoimentos, alguns assuntos se fizeram presentes em todas as falas, apresentando um universo de problemas cotidianos que não considera as diferentes histórias de vida. Na realidade todas as parteiras entrevistadas revelaram situações na prática de seu ofício bastante semelhantes, fossem elas treinadas ou não.

Antes do de nos determos nos depoimentos das parteiras, no entanto, vamos fazer um exame sucinto da situação de saúde pública no estado do Ceará na década de 1960.

### **3.3 A Saúde Pública no Ceará na Década de 1960.**

Em 1960, a cidade de Fortaleza foi tomada de horror quando algumas pessoas que tinham tomado a vacina anti-rábica começaram a morrer. A polêmica sobre a chamada “vacina da morte” começou a aparecer nos jornais em novembro de 1960:

Têm chegado ao conhecimento de nossa reportagem que vários dos muitos cães vadios que perambulam pelas ruas de Fortaleza são portadores de hidrofobia, o que constitui perigo dos mais graves para a população da cidade. Enquanto isso pelo menos duas pessoas foram vítimas de soro anti-rábico de procedência do Centro de Saúde desta Capital: o garoto Mário Alves Júnior, de 04 anos de idade e filho do Sr. Mário Alves e de D.<sup>a</sup> Neide Sales Alves e Srta. Maria Inês Salmito, residente à Rua Tristão Gonçalves, n.º 1458. Ambos mordidos por cães hidrófobos, foram socorridos naquele estabelecimento e logo começaram a sentir os mesmos sintomas de

intolerância do medicamento: febre, vômitos e convulsões. O garoto Mário Alves, apesar de assistido por bons especialistas em pediatria, veio a falecer depois de oito dias de sofrimento, e Srta. Maria Inês ainda sobrevive, mas em estado grave. Diante da seriedade desses dois fatos, impõem-se que o Centro de Saúde examine com cautela o estado do soro que tem aplicado e que as autoridades adotem providências visando o recolhimento dos cães vadios que infestam esta Capital.<sup>236</sup>

Nessa matéria as primeiras vítimas da vacina anti-rábica, no entanto, mais do que as primeiras suspeitas acerca da responsabilidade da vacina nestas mortes, era a constatação de que a Capital do Ceará vivia o drama de ter, em suas ruas, muitos cães hidrófobos soltos e atacando os transeuntes. As matérias que tratavam da vacina “contaminada” se sucediam nos jornais<sup>237</sup> e a discussão em torno da responsabilidade sobre a tragédia marcava presença nos periódicos. As conclusões acerca do que teria ocorrido com as vacinas foram estarrecedoras:

O virologista Madureira Pará do Instituto Osvaldo Cruz fez entrega, ontem, ao diretor daquela instituição científica do seu relatório final sobre os resultados das pesquisas por ele realizadas para apurar em caráter rigorosamente científico, o grau de virulência antes atribuído à vacina anti-rábica, que causou a morte de quase duas dezenas de pessoas em Fortaleza. A conclusão definitiva a que chegou o Dr. Madureira Pará, foi que houve erro de fabricação nas vacinas responsáveis pela tragédia em Fortaleza. Essa notícia foi difundida a todo país pela Asapress, que, baseada na revelação feita pelo citado virologista afirma que as vacinas preparadas em Fortaleza continham vírus vivos de hidrofobia. As experiências foram realizadas durante quatro semanas, sendo utilizadas amostras da “vacina da morte” e material colhido nas autópsias feitas nas vítimas.<sup>238</sup>

Este caso das vacinas foi emblemático para demonstrar como a estrutura de saúde era precária no Ceará durante aquela década. Praticamente todos os dias os periódicos denunciavam as péssimas condições de atendimento da população. Além de não haver hospitais em número suficiente para atender a população, os poucos que havia estavam

---

<sup>236</sup> “**Hidrofobia faz Vítima**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 22/11/1960, p.01.

<sup>237</sup> “**Continua a Devastação da Vacina da Morte: Novos Casos Fatais**”. Jornal O POVO, 28/11/1960, p.02. “**Estado Indiferente a Sorte das Vítimas da Vacina Contra Raiva**” . Jornal O POVO, 28/11/1960, p.02 “**Vítimas da Vacina em Quixeramobim**”. Jornal O POVO, 01/12/1960, p.09. “**Faleceu Menor Internado no Hospital de Isolamento**” Jornal O POVO, 05/12/1960, p.02.

<sup>238</sup> “**Tomar Vacina Era Como Ser Mordido Por Cão Hidrófobo**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 20/12/1960, p.02.

concentrados em Fortaleza e nas maiores cidades do Estado, como Crato, Sobral e Juazeiro do Norte. A maior parte das outras localidades não contava sequer com um posto de atendimento médico.

Talvez por conta destas deficiências, em março de 1961, começam a aparecer as primeiras notícias sobre o surto de poliomielite no Estado e em junho a epidemia estava se alastrando:

Toda a cidade continua a acompanhar com interesse e ansiedade, a marcha do surto de poliomielite que se manifesta em Fortaleza e que já causou mais de uma centena de vítimas, atingindo em maior número crianças de até seis anos de idade. De acordo com informações colhidas pela reportagem, algumas das pequenas vítimas vieram a falecer, não obstante na maioria dos casos o pólio está se manifestando de maneira benigna.<sup>239</sup>

Ao longo do ano de 1961, o caso da poliomielite foi se agravando, a tal ponto que, em junho do mesmo ano, já se discutiam nos jornais as dificuldades da vacinação em massa das crianças:

As filas que estão se formando diariamente no centro de saúde nº 1 constituem um atestado dessa pobreza de recursos. São pouquíssimos os vacinadores disponíveis para atender o número crescente de pessoas. Faz-se em um dia toda tarefa que poderia ser executada em meio dia se houvesse gente bastante. Se o D.E.S. não dispõe de pessoal apto, deveria imediatamente pedir o apoio federal para o envio de vacinadores experimentados.<sup>240</sup>

Nesta matéria, um resumo dos problemas com os quais se defrontava o Estado do Ceará no combate à epidemia de pólio que começava a se alastrar. Além da falta de vacinas suficientes para toda a população a ser vacinada, a carência de vacinadores experimentados. E estes problemas eram os que atingiam a Capital, e, para as outras cidades, além destes, ainda havia o de transportar as vacinas e até os vacinadores. Além dos aspectos operacionais ora mencionados, a campanha de vacinação ainda se deparava com outro aspecto: o comportamento da população:

Está faltando igualmente uma orientação mais clara à população, melhor dito, uma

---

<sup>239</sup> “**Autoridades Sanitárias Vêm Ver Surto de Pólio no Ceará.** Jornal O POVO, Fortaleza, 02/06/1961, p.02.

<sup>240</sup> “**Deficiências no Combate a Paralisia**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 02/06/1961. p. 04.

orientação sistematizada, inclusive sobre a vacinação. Sabemos que muitas pessoas em virtude dos incômodos que sofrem na fila ou porque não tenham noção perfeita nas duas vezes que foram ao D.E.S. deixam de submeter as crianças a uma 3.<sup>a</sup> dose. Ora, se a vacina já não é suficientemente, registrando-se uma imunidade em cerca de 20% das aplicações, clara está que a falta da terceira dose perdeu-se o trabalho.<sup>241</sup>

Há várias referências nos jornais acerca do fato de as pessoas levarem seus filhos para vacinar. Às vezes, para a primeira dose, mas não conduziam para as outras, inutilizando, portanto, a cobertura vacinal. Faz-se necessário lembrar que a população precisava ser mais esclarecida acerca dos benefícios da vacinação e que isto cabia às autoridades de saúde. Além do mais, a falta de vacinadores fazia com que as pessoas passassem horas na fila com suas crianças para conseguir vaciná-las. Por último, não devemos subestimar os temores de uma população sobre uma vacina<sup>242</sup>, haja vista que, meses antes, foi justamente uma vacina que havia matado várias pessoas, inclusive algumas crianças. Quem poderia garantir para esta população que a vacina contra pólio era segura para suas crianças? Talvez algumas mães mais temerosas tenham optado por não vacinar seus filhos por medo de uma nova tragédia.

As epidemias de pólio foram uma constante no Ceará, durante toda aquela década, mas, não somente a pólio atacava a população. Há várias referências a surtos de varíola<sup>243</sup>, sarampo, alastrim, além de uma preocupação muito grande com a tuberculose<sup>244</sup>. Além destas doenças ora mencionadas, há referências a casos de malária, ancilostomose, tétano, febre amarela, coqueluche, além da já mencionada situação dos cães com hidrofobia. Em todos eles os números das pessoas acometidas sempre eram muito altos, demonstrando

---

<sup>241</sup> **“Deficiências no Combate a Paralisia”**. Jornal O POVO, Fortaleza, 02/06/1961. p. 04.

<sup>242</sup> “Consideram os médicos do D.E.S e os pediatras cearenses, como sério problema a enfrentar, no caso, o receio infundado da população de vacinar-se, certamente em face do que ocorreu em fim do ano passado com a vacina contra a hidrofobia”. **“Pólio: Médicos reunidos no D.E.S. concluíram: maior problema ainda é o receio da vacinação.”** Jornal O POVO, Fortaleza, 07/06/1961. p.06.

<sup>243</sup> **“Vacinação em Massa Contra a Varíola e Combate ao Tracoma e a Verminose”** Jornal O POVO, Fortaleza, 16/08/1962, p.02. **“Vacinação Anti-Variolosa nos Grupos Escolares”**. Jornal O POVO, Fortaleza, 19/10/1962, p.04. **“Varíola é Perigo”**. Jornal O POVO, Fortaleza, 30/01/1963, p.02. **“Há casos de Varíola na Capital e no Interior”**. Jornal O POVO, Fortaleza, 13/09/1963, p.02.

<sup>244</sup> **“Mais de 400 fortalezenses morreram em 62 vítimas da ignorância letal: Tuberculose”** Jornal O POVO, Fortaleza, 18/02/1963, p.05. **“Vinte mil tuberculosos no Estado do Ceará não recebem assistência médica”** Jornal O POVO, Fortaleza, 18/02/1963, p.05.

claramente a ausência de assistência da população. Talvez, justamente por isso, houve, por toda a década de 1960, grande movimentação da sociedade civil para a fundação de hospitais e maternidades<sup>245</sup>:

Será inaugurada no próximo mês de Março, nesta cidade, a maternidade N.Sr.<sup>a</sup> de Fátima. Como não deixava de ser, a nova tomou conta da população sambenetidina, que exultou de contente sobretudo a classe média, que será sem dúvida, a mais bem servida por notável obra. Criada por iniciativa de D. José Bezerra Coutinho, então vigário desta paróquia, teve a citada maternidade sua construção retardada por vários anos em virtude dos poucos recursos e abandono dos poderes constituídos.<sup>246</sup>

Esta foi uma das inúmeras maternidades e hospitais inaugurados na década. Quase todos, no entanto, eram fundados por entidades filantrópicas ou por categorias profissionais. No caso deste de São Benedito, vemos como foi a Igreja, na pessoa do vigário local, que começou o empreendimento.

Encontramos várias notícias de categorias profissionais como os comerciários e os motoristas, por exemplo, lutando para abrir hospitais onde seus membros pudessem ser atendidos. Note-se como, no caso da Maternidade de São Benedito, foi compreendida sua destinação. Para esse jornal, a maternidade destinava-se especificamente às camadas médias da sociedade. Parecia ser este o estrato que necessitava dos serviços de uma maternidade. Em outras localidades, a defesa da maternidade era feita em nome das parturientes pobres que, em casos de complicações, tinham que ser trazidas para Fortaleza:

Muito embora já disponha de instalação de luz e água, de oito leitos e de duas Kombis, uma das quais totalmente equipada para atendimento hospitalar, a Maternidade de Pacajus, dirigida pela Sociedade de Proteção à Infância e à Maternidade de Pacajus não funciona, motivo porque moradores daquela cidade,

---

<sup>245</sup> “**Em Fase de Conclusão Projeto para a Construção do Hospital dos Ferroviários**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 05/02/1964. p.01. “**Mombaça terá Maternidade Pública**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 22/04/1964. p.08. “**Maternidade para Umirim**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 19/05/1964. p.10. “**Casa de Saúde e Maternidade inaugurada em Icó**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 03/06/1964. p.08. “**Hospital Regional será Inaugurado em Quixeramobim**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 28/11/1964, p.01. “**Secretaria de Saúde já com Cinco Milhões para Maternidade de Uruburetama**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 25/08/1965, p.10. “**Evangélicos irão Construir Grande Hospital Maternidade**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 30/09/1965, p.01.

<sup>246</sup> “**Em Março: Inauguração da Maternidade de N.Sr.<sup>a</sup> de Fátima**”. Jornal O POVO, Fortaleza, 25/02/1960, p.09.



encabeçados pelo Vice-Prefeito Sampaio Filho, dirigem apelos não somente aos mentores da Maternidade, como às autoridades em geral, no sentido de que estudem a causa de sua paralisação e a faça funcionar. (...) Por motivo de não funcionamento da Maternidade, várias mulheres continuam morrendo de parto, já tendo, inclusive, se verificado quatro destas mortes. Por outro lado, muitos são os vexames infligidos aos pobres que se vêem na alternativa de mendigar para trazer suas esposas a Fortaleza ou terem seus bebês nascidos sem a mínima assistência médica.<sup>247</sup>

Enquanto no interior do estado encontramos esta enorme carência de maternidades e hospitais, em Fortaleza, a situação também não era muito boa. Embora existissem maternidades e hospitais na cidade, as condições de funcionamento destes não eram das melhores:

Um só leito está servindo para duas e até três puérperas na Maternidade João Moreira cujos 70 leitos gratuitos têm de ser desocupados em 48 e mesmo em 24 horas, por ordem da direção, para propiciarem oportunidades a outros indigentes que deles necessitem.(...) Contando apenas com ajudas da Universidade Federal do Ceará, do Departamento Federal da Criança e do pagamento dos pensionistas da Casa de Saúde César Cals, (anexa e da mesma associação beneficente) a Maternidade Dr. João Moreira nunca viu um centavo dos poderes Estadual ou Municipal.<sup>248</sup>

Nesta mesma reportagem, o Diretor da Maternidade alegava que esta se encontrava sobrecarregada não só porque os custos da Medicina aumentavam todos os anos, como também porque, além de ser uma das mais antigas maternidades da Cidade, fundada em 1915, esta ainda era procurada sobretudo por aquelas mulheres com partos complicados, o que encarecia ainda mais os custos do atendimento.

E afirmava também que várias outras maternidades de outros municípios também enviavam para Fortaleza os casos difíceis, principalmente os cirúrgicos. Com base nestas informações e em outras que coletamos nos depoimentos, podemos concluir que estas maternidades fundadas por todo Estado funcionariam mais como uma casa de parto do que como um hospital, ou seja, os médicos até atenderiam nestas maternidades, mas apenas os casos de partos normais; em caso de cirurgia, enviavam para Fortaleza. Sem contar as mulheres de municípios mais próximos que deveriam dar à luz em casa com as parteiras e

---

<sup>247</sup> “Parturientes Morrem Enquanto Maternidade Não Funciona”. Jornal O POVO, Fortaleza, 16/05/1967. p. 10.

<sup>248</sup> “Cama Serve para Três e Só por 24 Horas”. Jornal O POVO, Fortaleza, 23/07/1966, p.08.

que também só viriam para Fortaleza em casos distócicos<sup>249</sup>.

Aliás, sobre as parteiras, encontramos, por toda a década de 1960, só duas referências a elas nos jornais: uma notícia acerca do número de abortos criminosos e das mulheres que estariam sendo prejudicadas pela “aborteiras”<sup>250</sup> a outra as acusava de serem responsáveis pelo tétano neonatal<sup>251</sup>. Nesta matéria, as parteiras eram acusadas de não fazer o corte umbilical com equipamento esterilizado e por isso estariam provocando tétano nas crianças. Nos depoimentos que recolhemos pelo sertão do Ceará, não encontramos um só caso de tétano neonatal entre as crianças atendidas por estas parteiras.

A referência à mortalidade infantil que encontramos foi a tradicional, provocada por desnutrição e desidratação. E os números da mortalidade infantil no Ceará, no período, eram muito elevadas:

Detendo uma taxa de óbitos de 259,4 em cada grupo de mil crianças nascidas vivas, Fortaleza ocupa, presentemente o terceiro lugar no Brasil e uma das posições avançadas em todo mundo em mortalidade infantil. O dado é o mais atualizado existente, pertence ao Ministério do Planejamento e destaca, como campos de mortalidade no País as cidades de Maceió e Teresina, respectivamente. (...) Segundo o conhecido pediatra 75% dos óbitos infantis são motivados pela desidratação aguda, situando-se os 25% restantes, doenças como as pneumopatias, affecções do aparelho respiratório e que incluem as bronquites capilares, as pneumonias, etc. meningites, gripes, tétanos neo-natais e outras. Excluiu as moléstias registradas em surtos, como aconteceu com a poliomielite, que, no início do ano, exerceu ponderável influência no quadro geral da mortalidade da capital.<sup>252</sup>

Os dados da mortalidade infantil em Fortaleza eram estarrecedores, principalmente se compararmos com as taxas do Estado do Ceará da década de 1980<sup>253</sup> ainda

---

<sup>249</sup> “Distócia é parto anômalo, o que transcorre patologicamente, perturbado em sua dinâmica, mecanicamente embaraçado, ou tendo o gravame de intercorrência imprevisível”. REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2004, p.1052.

<sup>250</sup> “As Parteiras Provocam Abortos, Causando a Morte das Parturientes” Jornal O POVO, Fortaleza, 11/11/1961, p.08.

<sup>251</sup> “Tétano Umbilical está Matando Recém-Nascidos”. Jornal O POVO, Fortaleza, 28/04/1962, p.07.

<sup>252</sup> “Fortaleza detém 3.º Lugar no Páreo da Mortalidade Infantil no País”. Jornal O POVO, Fortaleza, 12/08/1966. p.02.

<sup>253</sup> “O Ceará foi um dos primeiros estados do Brasil a eleger a redução da TMI como meta de governo, em 1987. Naquela época a TMI do Estado era extremamente elevada, superior a 100 óbitos de crianças menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos. Em um único ano chegava-se a registrar mais de 6000 óbitos infantis.” **A Saúde do Ceará em Grandes Números: Uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo sistema público estadual. 1995-2002.** Fortaleza, Secretária de Saúde do Estado do Ceará, 2002. p.34.

consideradas muito altas. Deduzimos que, se na Capital, que tinha maior assistência para a população, as taxas eram tão elevadas, no resto do Estado, com as pessoas tendo que lutar com maiores dificuldades não só para sobreviver como também para ter algum tipo de orientação, os números da mortalidade deveriam ser bem mais elevados. E, como se pode ver, o que mais matava estas crianças era justamente a desidratação, agravada pela desnutrição.

Em síntese, esta era a situação com que lidava o Ceará no quesito saúde. Mortalidade infantil muito alta, epidemias de doenças variadas e falta de vacinas para conter estas epidemias, poucos hospitais e mesmo estes lutando com dificuldades financeiras para sobreviver; falta de atendimento para a população na Capital e principalmente no restante do Estado, movimento de fundação de hospital e maternidades como uma forma de tentar resolver o caos da saúde pública no Estado; e aparente inexistência de uma política de saúde, com as autoridades apenas reagindo à medida que o colapso na saúde ia acontecendo.

Neste contexto de precariedade do atendimento básico à população que inseria-se e se justificava o trabalho das parteiras. Se, em Fortaleza, as gestantes pobres eram obrigadas a dividir o leito com outras porque não os havia para todas, imagine-se em localidades onde não havia hospitais ou sequer um posto de saúde. No caso do Sertão Central II, a cidade de Senador Pompeu contava com um hospital e maternidade, no entanto, como veremos na seqüência, muitas vezes estas mulheres não dispunham de meios de se deslocar de suas moradias para o hospital. Em muitos casos, mesmo quando podiam se deslocar, por uma questão de costume e tradição, preferiam dar à luz em casa, em companhia de sua parteira de confiança, como veremos nos próximos depoimentos.

### **3.4 Como Tudo Começou...**

Neste exercício de rastreamento das vidas, das vozes e das práticas destas mulheres iniciaremos com a indagação: Como e por que elas começaram a ser parteiras? Os

três depoimentos que se seguem revelam o caráter informal e quase espontâneo como cada uma delas iniciou a profissão:

Tenho 68 anos e comecei a assistir com 25 anos de idade, meu pai de criação tinha moradores e as mulheres começaram a sofrer e eu comecei a assistir com elas. (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Tenho 73 anos, eu comecei com a idade de 15 anos. Toda a vida eu gostei de fazer caridade. Um dia eu cheguei na casa de uma senhora que estava para ter nenê e então eu disse que ela ia ter logo criança, e como ela tava sozinha eu assistir com ela, a partir daí eu comecei.<sup>254</sup> (D.<sup>a</sup> MARIA PEREIRA, 73 anos).

Eu comecei o seguinte, fui convidada pra hospital, pra trabalhar porque tinha uma parteira de Iguatu, que ia casar, e ela tava procurando uma pessoa pra trabalhar, então eu tinha ficado viúva a pouco tempo, tava com 2 anos e louca para arrumar um trabalho, tinha ficado com 04 filhos.<sup>255</sup> (D.<sup>a</sup> SOCORRO, 64 anos).

Nestes depoimentos, e em outros coletados, encontramos mais ou menos a mesma situação. Mulheres que se tornaram parteiras por contingências e não por uma escolha objetiva. Não observamos nos relatos uma escolha profissional definida ou mesmo um treinamento específico.

Embora os dois primeiros depoimentos sejam de parteiras leigas e o terceiro de uma parteira treinada em hospital, a maneira involuntária com que elas entraram na atividade é percebida nos três. Enquanto D.<sup>a</sup> Maria e D.<sup>a</sup> Francina se tornaram parteiras para ajudar outras mulheres, D.<sup>a</sup> Socorro foi ser parteira para sobreviver depois que ficou viúva. Mesmo treinada no hospital, no entanto, D.<sup>a</sup> Socorro realizou vários partos domiciliares, os quais- ela mesma afirmou- não gostava de realizar porque tinha medo de não dar conta da situação, mas que realizava mesmo assim para auxiliar as mulheres que buscavam sua ajuda:

Depois que eu saí de Acopiara vim pra cá, aí ficaro me crucificando pra eu ir, porque se eu não dexo, parteira e motorista sabe como é, é a mesma coisa, é aquela vida, não posso, não posso ir, sabe porque, por causa da responsabilidade, porque nós só temos as mãos e Deus em primeiro lugar acima de tudo. (...) mas a gente ia, eu digo, bom eu vou e avisava logo e qualquer coisa, é o carro aqui, qualquer coisa já to tirano e mandando para Acopiara porque nessa época não tinha hospital aqui. (D.<sup>a</sup> SOCORRO).

---

<sup>254</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Maria Pereira do Nascimento, 73 anos, parteira desde os 15 anos, realizada em 10/11/1998, em Senador Pompeu-CE.

<sup>255</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Maria do Socorro Araújo Viana, 64 anos, parteira desde os 28 anos, realizada em 19/04/2004, em Dep. Irapuan Pinheiro-CE.

Neste depoimento de D.<sup>a</sup> Socorro, alguns pontos merecem comentários. Primeiro, o caráter solidário que ela procura destacar, quando declara que, mesmo quando deixou o hospital, a população continuava requisitando-a como parteira, mas, embora ela tivesse medo de exercer a atividade fora do hospital, mesmo assim, ia socorrer mulheres que muitas vezes só contavam com ela. O outro aspecto interessante diz respeito à relação e à importância do trabalho de parteira e do motorista em comunidades como as descritas por D.<sup>a</sup> Socorro.

No sertão do Ceará, nessa época, quem tinha carro e sabia dirigir vivia de fazer frete, portanto, não tinha hora para trabalhar, trabalhava quando o povo precisasse. Ir buscar parteira ou levar mulheres em trabalho de parto para o hospital mais próximo era um dos trabalhos mais requisitados dos motoristas. Outra questão era o cuidado que D.<sup>a</sup> Socorro demonstrava ter no atendimento das parturientes, pois assinalou que, quando havia problemas, enviava a mulher para o hospital mais próximo. Neste sentido ela hierarquizava os procedimentos do parto, reconhecendo na hospitalização um lugar mais adequado e seguro.

### **3.5 As Parteiras e a Comunidade**

Em todos os depoimentos coletados, o que se observa é o fato de elas procurarem destacar sempre uma atitude solidária diante da fraqueza, debilidade e abandono das parturientes. Neste sentido, pode-se entender que esta solidariedade é resultado de certa identidade feminina. Provavelmente, muitas vezes estas parteiras “emergenciais” estavam tão ou mais assustadas do que as parturientes, no entanto tiveram que assistir os partos, porque a alternativa era a de abandonar as parturientes à própria sorte, situação que elas consideraram inadmissível.

O caráter circunstancial em relação à opção e às atitudes solidárias por parte das parteiras entrevistadas, foram atitudes também observadas por outros autores em outros lugares:

Na comunidade de Serra Encantada, foi a necessidade sentida pela filha que solicita a presença da mãe; de uma irmã que precisa de companhia enquanto o marido sai em busca de uma parteira experiente; uma amiga; uma vizinha a quem pede ajuda. Assim, as circunstâncias fizeram estas mulheres lançarem mão da experiência vivida no próprio corpo, apoiando-se na inesgotável confiança em Deus, para ajudar durante o nascimento em casa na zona rural. Na maioria das vezes, essa travessia constitui o rito de passagem dessas mulheres para a arte de partejar.<sup>256</sup>

Na situação por nós analisada, encontramos o mesmo paralelo com o Brasil Colonial analisado por Mary Del Priore<sup>257</sup>: solidariedade entre mulheres, estabelecida a partir das necessidades a que todas se submetiam: pobreza, ausência de qualquer assistência não só médica, como até mesmo de parteiras treinadas para este fim. O que percebemos são parteiras que se constituíram a partir de suas experiências e do reconhecimento deste estatuto pela comunidade. Todas começaram meio por acaso e, à medida que foram partejando e sendo bem-sucedidas, foram recebendo o aval da comunidade para continuarem em seu ofício.

Embora não neguemos, entretanto, o componente de solidariedade presente entre parteiras e gestantes, percebemos que as explicações para o início da atividade de partejar, formam claramente uma estratégia discursiva para valorizar o seu sacrifício e o seu importante trabalho, assim como sua posição na comunidade. É possível que, da primeira vez, elas tenham sido vítimas das circunstâncias, mas a continuação delas na atividade significou uma opção mais ou menos definida:

Assim como a língua, a cultura oferece ao indivíduo um horizonte de possibilidades latentes- uma jaula flexível e invisível dentro da qual se exercita a liberdade

---

<sup>256</sup> DIAS, Maria Djair. **Mãos que Acolhem Vidas**: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina. Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2002, mimeo. p.118.

<sup>257</sup> DEL PRIORE, Mary. Op. Cit. 1993.

condicionada de cada um.<sup>258</sup>

Isto significa que, a escolha da arte de partejar se apresentou como uma possibilidade de prestígio e valorização dentro de suas comunidades, principalmente para mulheres pobres e analfabetas. O fato de ajudar outras mulheres durante o parto e os conhecimentos de ervas medicinais e de orações deram a estas mulheres certos poderes e respeito dentro de suas comunidades. O discurso do sacrifício, da caridade, ajuda de certa forma a encobrir as vantagens e o poder da posição ocupada. Não queremos assinalar aqui que estas mulheres não acreditassem no seu papel caritativo no socorro às outras mulheres, mas que outras questões também auxiliavam a definir a opção por esta profissão.

Mesmo para aquela que fez curso para ser parteira, havia várias questões em discussão: é certo que para algumas moças pobres o desejo de seguir um ofício das elites e majoritariamente exercida por homens era um sonho quase impossível, e, assim, a opção pelo mister de parteira era mais factível, como se pode observar no depoimento abaixo.

Meu pai tinha uma loja, e eu robava assim mocinha, fazenda e dava para as moradera, para quando elas fosse descansar me chamar pra eu ver. E era meu sonho ser uma dotora, mas no fim meu pai não ligou mas fui uma parteira formada.<sup>259</sup>(D.<sup>a</sup> EUNICE, 79 anos).

Embora D.<sup>a</sup> Eunice, posteriormente, tenha feito um curso de quatro anos para ser parteira, começou a partejar ainda menina, levada por uma curiosidade intelectual e por um enorme sonho: o de ser médica. Um anelo impossibilitado não só pelas condições financeiras da família, mas também pela realidade de uma menina criada no sertão do Ceará na década de 1930. Para seguir seu sonho, a menina Eunice, na ânsia de saciar sua curiosidade, pagava pelo aprendizado, distribuindo tecidos entre as mulheres pobres para que estas não só permitissem que ela assistisse o parto, como também mantivesse estas atividades escondidas do seu pai e de sua mãe.

---

<sup>258</sup> GINZBURG, Carlo. **O Queijo e os Vermes**. São Paulo, Cia das Letras. 1995. p.27.

<sup>259</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Maria Eunice de Araújo Lopes. 79 anos, parteira desde os 21 anos, realizada em 19/06/2004, em Senador Pompeu-CE.

O outro ponto que tencionamos explicar é que, se as parteiras não fossem eficientes, não teriam sobrevivido por tanto tempo na profissão. Parteiras que “perdessem” muitas mulheres e crianças não teriam recebido a “permissão” da comunidade para continuarem a partejar. A morte de muitas mulheres ou de muitas crianças teria afastado as “clientes” destas parteiras

. Uma boa parteira se constituía também mediante a fama, o bom nome. E esta fama não queria dizer somente a eficiência, mas também a sua atitude na hora do parto. É importante salientar que, como as parteiras precisavam da sanção da comunidade para partejar, a preocupação delas era tornar o mais transparente possível todos os procedimentos necessários ao bom termo dos partos:

Eu digo eu vou, vou porque vocês dois tão mim forçando, mas eu vou sair de casa em casa que nem doida, que vocês querem que eu vá, aí saí chamando o povo na porta, venha cá, eu vou lá na casa de seu Raimundo, seu Zé Batista, mas vocês fique ciente, cumo eu vou a força que lá num dá pra mim e eu tô mandando ele buscar o médico mas ele num quer ir não. <sup>260</sup>( D.<sup>a</sup> JOSEFA, 87 anos).

Neste depoimento está clara a preocupação de D.<sup>a</sup> Josefa com o julgamento da comunidade. Segundo D.<sup>a</sup> Josefa, ela já havia avisado ao marido da parturiente que não tinha condições de realizar aquele parto, que o correto era levar a mulher para o médico. Quando, mesmo assim, o marido veio chamá-la, ela usou testemunhas da comunidade para declarar que não tinha conhecimentos suficientes para realização, a bom termo, daquele parto, pois havia distocia.

Um parto, conforme ela nos informou, com placenta colada, e a parturiente morreu esvaindo-se em sangue. Este era o caso clássico do “desengano da parteira”. Em lugares remotos do Ceará, era muito comum, em casos de partos complicados, as parteiras “desenganarem” a paciente. Desengano neste contexto era no sentido de a parteira reconhecer que não tinha conhecimentos nem recursos para lidar com aquela eventualidade:

---

<sup>260</sup> Entrevista com D. Josefa Fernandes da Silva. 87 anos, parteira desde os 33 anos, realizada em 17/04/2004, em Dep. Irapuan Pinheiro-CE.



Uma vez eu fui chamada para fazer um parto, mas o menino estava atravessado, aí eu mandei para o hospital, quando eu via que não tinha jeito, eu mandava para o hospital. Hemorragia, menino atravessado, aí tem que ir para o hospital.<sup>261</sup> (D.<sup>a</sup> EXPEDITA, 71 anos).

Na fala de D.<sup>a</sup> Expedita estão postas duas situações em que os médicos se fariam necessários: crianças atravessadas e hemorragias. Ela foi muito clara na sua posição: nestes casos, só o hospital resolvia, e ela, como outras parteiras entrevistadas, eram conscientes dos limites de seus conhecimentos e, no interesse das mulheres e das crianças, elas indicavam o caminho a ser tomado.

Mesmo estas situações-limite, no entanto, dependiam da habilidade da parteira envolvida. Como assinalamos no início deste texto, estamos trabalhando com dois grupos diferentes: as parteiras leigas e treinadas. Como elementos de grupos diferentes elas possuíam habilidades diferentes. D.<sup>a</sup> Josefa e D.<sup>a</sup> Expedita eram, ambas, parteiras leigas e contavam apenas com sua experiência prática e suas habilidades manuais e espirituais. Portanto, versões e problemas como os de placentas coladas estavam fora de suas possibilidades e conhecimentos.

É importante sublinhar o fato de que, apesar de muitas delas serem de uma importância fundamental em suas comunidades, as parteiras foram tão perseguidas, tão desqualificadas pelo discurso científico hegemônico, que, no início das entrevistas, elas assumiram o discurso dominante, afirmando essa desqualificação:

Eu não sei de nada, eu sou analfabeta.<sup>262</sup> (D.<sup>a</sup> ANA JOSÉ, 77 anos).

Só serviu de graça para os Doutor. Eu não sei de nada; até analfabeta eu sou. (D.<sup>a</sup> EXPEDITA).

No início de nossas conversas, frases como: “eu não sei de nada, eu sou analfabeta”, eram normalmente utilizadas. A atitude defensiva dessas mulheres diante do

---

<sup>261</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup>Expedita Belarmina da Hora. 71 anos, parteira desde os 20 anos, realizada em 10/11/1998, em Senador Pompeu-CE.

<sup>262</sup> Entrevista com D. Ana José de Sousa. 77 anos, parteira desde os 20 anos, realizada em 17/11/1998, em Senador Pompeu-CE.

poder que elas, provavelmente, viam cristalizado na pessoa da pesquisadora era assim manifestada. O “não-saber-de-nada” era o reconhecimento de que o saber que elas portavam não era o saber formal apreendido na escola.

Como viemos a perceber muito depois, este era também um discurso para o público, porque, embora elas saibam que não têm o saber formal, motivos pelos quais foram perseguidas e humilhadas, têm consciência e orgulho suficientes daquilo que sabem e aprenderam ao longo de anos de prática. E, à medida que as entrevistas avançavam, este orgulho do saber-fazer foi emergindo e se distanciando da suposta humildade do início da conversa:

Tudo que eu aprendi foi na sorte, na vocação mesmo. (D.<sup>a</sup> ANA JOSÉ).

Todos os meninos que eu peguei só um a mulher precisou ir para o hospital. (D.<sup>a</sup> EXPEDITA).

Nestas duas falas, percebe-se o orgulho profissional. A primeira assevera que não precisou de curso ou de escola para saber tudo o que hoje sabe. Já na segunda, além do orgulho do trabalho bem feito, a explicitação de que os médicos, se não podem ser descartados, também não são tão essenciais como se julgam ser, haja vista, que de todos os muitos casos por ela atendidos, eles só foram necessários em apenas um.

Vale a pena salientar que, entre as parteiras treinadas, encontramos as que possuíam conhecimentos os quais permitiam solucionar situações em que os partos apresentavam dificuldades:

Eu fazia tudo, eu fazia versão em criança, criança sentada, criança em pé. Teve delas que eu tirei sim senhora. (placenta colada).<sup>263</sup> (D.<sup>a</sup> TALITA, 80 anos).

D.<sup>a</sup> Talita era uma parteira treinada dentro dos hospitais e por isso detinha alguns conhecimentos adicionais. Ela sabia fazer uma versão e extrair uma placenta colada, além de aplicar injeções. Estes conhecimentos aumentavam seu capital social dentro da

---

<sup>263</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Talita Nogueira de Sousa, 80 anos, parteira desde os 30 anos, realizada em 19/04/2004, em Dep.Irapuan Pinheiro-CE.

comunidade. É tanto que, quando o parto se complicava, era comum que outras parteiras da região chamassem D.<sup>a</sup> Talita para ajudar e, quando nem D.<sup>a</sup> Talita era capaz de solucionar o problema, a parturiente era encaminhada ao hospital mais próximo. Portanto, este era um dos principais atributos das boas parteiras: a hora certa de desenganar, ou seja, de reconhecer os seus limites, no interesse das vidas em jogo.

Esta preocupação com a sanção da comunidade levava as parteiras sempre a procederem ao atendimento da parturiente com o auxílio de algum dos membros da família:

É sempre ter uma pessoa pra mim ajudar, uma pessoa da família, queira deus me livre, nunca fiz parto só...morria de medo. (...) observando o que a gente tava fazendo. Num ter o que dizer, aconteceu, ela fez isso, sempre queria ter uma pessoa ao lado, observando, o que era que eu estava fazendo, sabe? (D.<sup>a</sup> SOCORRO).

Observa-se, com efeito, que havia uma preocupação muito grande em demonstrar para a família da gestante todos os procedimentos durante o trabalho de parto. Estes cuidados obedeciam a uma lógica dupla: a aprovação da comunidade e a proteção contra acusações de incompetência e negligência. Este segundo aspecto era, provavelmente, decorrente das campanhas contra as parteiras desencadeadas pela Medicina erudita.

É importante salientar que, para prosseguirem em seu ofício, as parteiras precisavam do beneplácito de suas comunidades. E, para tanto, era necessário atender-se a certos procedimentos que mantivessem a boa vontade e a confiança das pessoas em seus conhecimentos e suas práticas. Esta confiança no trabalho das parteiras é assinalada por outros autores:

As práticas e saberes destas mulheres vão se consolidando ao longo dos anos no meio de uma clientela que confia no poder de suas palavras, de suas ervas, de suas orações e de suas mãos; daí porque são historicamente rotuladas pela medicina oficial como “curiosas”, “práticas”, “comadres”, “leigas”. Por outro lado, através dos dons, que dizem possuir se tornam confiáveis, dignas de curas e “milagres” no meio em que atuam.<sup>264</sup>

Como se vê, o desempenho de uma parteira estava diretamente relacionado à

---

<sup>264</sup> MORAES PINTO, Benedita Celeste de. **Parteiras, “Experientes” e Poções**: o dom que se apura pelo encanto da floresta. Tese de Doutorado em História. PUC-SP. São Paulo, 2004, mimeo. p.93.

confiança e a honestidade dela. Além da honestidade e da transparência das parteiras, outro aspecto bastante valorizado entre as boas parteiras era a forma como esta tratava as mulheres durante o trabalho de parto:

E vamu esperar por Deus, que Deus é que resolve essas coisas, porque reza nun vai não, as veis elas achavam graça. Ah eu gostava [de animar a mulher], eu num gostava de desanimar ninguém, de jeito nenhum. Ah, elas acham graça, as veis aí, diz que tem dias que se lembram das minhas risadas. Ficava conversano e contano coisas, e aquilo o tempo se passava e nascia. (D.<sup>a</sup> TALITA).

Em seu depoimento, D.<sup>a</sup> Talita ressalta as qualidades de uma boa parteira. Para ela, uma parteira não deve só atuar de maneira adequada, mas também apoiar a parturiente, usar estratégias para relaxá-la e distraí-la durante o trabalho de parto.

Diante das mulheres fragilizadas pelo medo e pela dor, o papel da parteira era dar suporte emocional, infundir coragem, acalmar. Daí o fato de que algumas além de conversarem com as parturientes, contavam piadas, brincavam e infundiam nas mulheres a tranqüilidade e a coragem necessária para o bom termo do trabalho de parto. O costume da conversa, da piada, das brincadeiras entre parteiras e parturientes e dos gestos afetivos que acalmam, é uma prática muito comum neste tipo de relação e é observada em várias regiões do País:

Para ele existem duas vantagens fundamentais nessa prática: a primeira delas é o calor humano, sempre proporcionado pelas parteiras na hora do parto, algo que falta muitas vezes nos apartamentos refrigerados das boas maternidades. Conforme o autor, a maioria dos partos em zonas rurais não são precedidos daquelas lamúrias a que geralmente se assiste nos hospitais. A causa disso é o anestésico usado pelas parteiras: o pente. A parteira fica penteando a mulher, fica conversando, fica rezando, e a mulher se sente bem, confortável e aceita o trabalho de parto como uma circunstância normal e natural <sup>265</sup>.

Vale salientar que este apoio emocional amparava-se nas relações sociais entre parteiras e parturientes. Muitas vezes a parteira era uma vizinha, uma irmã, uma prima, uma

---

<sup>265</sup> CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. **Práticas Obstétricas Adotadas pelas Parteiras Tradicionais na Assistência ao Parto e Nascimento Domiciliar em Município da Amazônia Legal-Santana /AP.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo. pp.34 e 35.

amiga, ou seja, alguém que fazia parte do cotidiano da parturiente. Para mulheres em trabalho de parto, quando tinham medo, sentiam dores, fragilizadas, fazia uma enorme diferença que tivessem à sua cabeceira mulheres que as conheciam e que às vezes tinham com elas relações de parentesco.

Para estas parteiras, as mulheres que estavam sofrendo para parir não eram corpos passivos para serem manipulados, não eram “pacientes” que importunavam com gritos e reclamações mas, eram amigas, vizinhas, parentes, que precisavam de ajuda, de apoio, de força, de alguém que ouvisse, que conversasse, que acalmasse, explicando tudo o que estava acontecendo e as orientasse para um melhor desempenho no trabalho de parto.

Mia fia, não elas não, nas minha mão nunca. [gritavam] . Não, nunca aconteceu, eu tem cumade aqui pertim que eu peguei 4 filho dela, ela nunca deu um gemido. Ela tinha tranqüilidade, eu digo: Mulher mais você tá muito tranqüila. Ela disse: não mia fia, eu tenho os pés no chão chorando não dá jeito, tem que agüentar.<sup>266</sup> (D.<sup>a</sup> LUIZA, 66 anos)

Né insetivano, as coitada já vão com aquela preocupação e muitas delas diz assim, eu alarmei mesmo só pra chamar a atenção da partera, só alarmei mesmo pra chamar a atenção dos médicos, dei escacândo mermo porque eles tão pra isso mesmo, porque não é essas coisas toda aí. (D.<sup>a</sup> SOCORRO).

Nestes dois depoimentos, vemos duas perspectivas sobre a dor e a manifestação da dor. No primeiro, uma parteira leiga relata que, em quase todos os partos acompanhados por ela, suas pacientes nunca deram “escândalo” com gritos. Quando muito, gemiam ou choravam um pouco. Em praticamente todos os relatos por nós recolhidos, esta foi uma constatação comum. Normalmente as mulheres não gritavam e, quando alguma ameaçava começar a gritar, as parteiras procuravam acalmá-las. Parece ser uma conclusão das próprias parteiras de que os gritos não derivam da dor, mas do descontrole emocional, isto é, as mulheres gritariam por medo e nervosismo e, uma vez que a parteira conduzisse um relaxamento, os gritos tendiam a não ocorrer.

No segundo depoimento, uma parteira treinada em hospital relata que

---

<sup>266</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Luiza do Espírito Santo, 66 anos, parteira desde os 21 anos, realizada em 18/06/2004, em Senador Pompeu-CE.

em sua opinião ou pelo que já havia escutado de algumas mulheres, os motivos pelos quais elas gritam nos hospitais é uma forma de descontrole emocional provocado pelo abandono. Seria uma estratégia para chamar a atenção e, portanto, conseguir assistência ou da parteira ou dos médicos.

Diante de enfermarias lotadas de mulheres em trabalho de parto e com poucas pessoas que lhes dêem assistência, aquela que gritar mais e mais alto tem mais chances de conseguir atenção e apoio. O problema é que, quando acontece o descontrole, na hora do parto, as mulheres estão de tal modo exaustas de gritar que não encontram forças para ajudar a expulsão da criança, dificultando ainda mais o trabalho do parto.

Os gritos das mulheres dentro dos hospitais é um dos sintomas apontados do processo de desumanização do parto médico-hospitalar, processo este que inclui vários outros aspectos:

Esta despersonalização garante proteção ao ginecologista, contra sua própria emoção, e contra sentimentos de ternura, compaixão e simpatia, na relação médico-usuária. Trata-se de uma domesticação da emoção, na qual todos devem impedir as manifestações da subjetividade e ocultar quaisquer indícios que aventem uma fuga à “normalidade”. Não é um homem diante do corpo nu de uma mulher, mas o médico perante um “caso”. O preço da melhoria das condições de parto foi sua desumanização. As mulheres passaram a ser submetidas ao controle médico através de sondas, lavagens, toques, comandos, constrangimentos.<sup>267</sup>

A literatura sobre o tema e os depoimentos por nós coletados nos levam a concluir que o parto médico-hospitalar despersonalizou as mulheres, transformando-as em corpos passivos. Esta transformação do corpo feminino em um corpo passivo a intervenção invasiva do médico submete mulheres a rituais brutais dentro dos hospitais:

Em outra situação, a enfermeira foi examinar uma parturiente que estava referindo muita dor. Ela não queria que fosse feito o toque, mas de maneira cordial a enfermeira obteve consentimento da mesma. O residente de medicina que chegou no pré-parto logo em seguida a avaliação, pergunta como estava a evolução, ela responde que estava com dilatação total mas o feto teria que descer um pouco mais. Ele calça a luva para confirmar a avaliação. A enfermeira pede que ele não faça outro toque. O residente responde que não havia motivo de não fazê-lo. Mesmo sob a recusa da parturiente ele realiza o toque. Quase três minutos depois, o chefe de plantão chega e pergunta por ela e realiza outro toque, sob os protestos da paciente, e

---

<sup>267</sup> OSAVA, Ruth Hitomi. Op. Cit p..63.

realiza amniotomia e é instalado soro com oxitocina, e logo em seguida é arrastada, pelo mesmo para a sala de parto e o parto é realizado pela enfermeira.<sup>268</sup>

Observe-se que certos procedimentos médicos dentro dos hospitais parecem não compreender as mulheres envolvidas como cidadãs, com personalidades distintas, com direito à voz e ao controle do próprio corpo. Esse procedimento de não se encarar a parturiente como uma cidadã de plenos direitos, inclusive o de decidir o que pode ser feito com seu corpo, é ainda mais claro na questão da episiotomia de rotina que é feita nos hospitais:

Todos os anos, milhões de mulheres na América Latina têm sua vulva e sua vagina cortada cirurgicamente(musculatura vaginal, tecidos eréteis da vulva e da vagina, vasos e nervos sem que haja qualquer necessidade médica. Esse corte, chamado episiotomia, provoca danos sexuais importantes, dor intensa, frequentemente complicações infecciosas e urinárias. Desde meados da década de 80, há evidência científica sólida indicando a abolição da episiotomia de rotina.<sup>269</sup>

Esta questão da episiotomia de rotina é mais uma das formas de tratar os corpos das mulheres como objetos despersonalizados. No *site* de onde foi retirado este trecho, existem vários depoimentos de mulheres que passaram pelo procedimento da episiotomia sem serem informadas sequer de como era o procedimento e que o mesmo não deveria ser aplicado em todos os casos. A episiotomia de rotina transformou-se, assim, em mais uma rotina a ser aplicada nos corpos das parturientes, como se estas fossem objetos inanimados, sem voz nem personalidade.

O problema é que esta despersonalização, objetivação dos corpos das parturientes, levou a uma brutalização do trabalho de parto que desencadeia os “gritos”, os “escândalos”, o descontrole emocional que o sistema médico-hospitalar tanto quis disciplinar.

Parte-se do princípio que a mulher que frequenta a clínica pré-natal ou que está em trabalho de parto é uma “boa paciente”; isto é, espera-se que seja calma, plácida, bem educada, que aprecie o que lhe fazem para ajudar, que seja rápida a responder

---

<sup>268</sup> FIGUEREDO PEREIRA, Adriana Lenho de. **O Parto Assistido pela Enfermeira na Política de Humanização do Parto e do Nascimento**. Dissertação de Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde. NUTES/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo. p..224.

<sup>269</sup> DINIZ, Simone. **Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina**. [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br). p.1.

às instruções, capaz de compreender e recordar o que lhe dizem sem pedir informações segunda vez, que seja limpa, asseada e reservada, e que não perturbe as outras doentes ou o pessoal com qualquer tipo de instabilidade emocional.<sup>270</sup>

Segundo a autora, este é o modelo considerado ideal nas maternidades do Ocidente. Apesar, no entanto, de toda a tecnologia e assepsia, e talvez justamente por causa disso, as mulheres se sentem cada vez mais esquecidas e abandonadas, daí partem para uma espécie de “rebeldia” ao sistema; rebeldia explicitada na recusa de ser uma paciente submissa e resignada-daí o “escândalo” e os “gritos” que irritam o pessoal médico nos hospitais. “Escândalos e gritos” que, mal compreendidos, levam a mais maus-tratos e abandono.

É preciso lembrar que, embora os médicos e o sistema hospitalar gostem de se perceber como tecnológicos e infalíveis, o momento do parto, na perspectiva das mulheres, é ocasião de risco e de medo muito grandes. Para uma mulher em trabalho de parto, apesar de toda a propalada sofisticação da Medicina, o medo do sofrimento e da morte é real. Um medo que as parteiras assumiam e aprendiam a levar em consideração:

A gente fica alegre deles vim ao mundo. E tem medo também, de matar a mulher ou a criança, o medo é muito grande, mas quando dá tudo certo, a gente fica numa alegria e diz louvado seja nosso senhor Jesus Cristo e aí a mulher diz para sempre seja louvado (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Como se pode ver neste depoimento, a preocupação com a vida das mulheres e das crianças é uma constante no pensamento e na ação destas parteiras, preocupação esta bastante marcada pela recepção nas comunidades em que elas estão inseridas. O medo muitas vezes estava presente e, com frequência, era assumido claramente. Há uma percepção bastante presente neste depoimento de se perceber o parto como um momento de guerra, de combate, no qual se precisa conjurar o sagrado para agradecer o sucesso da batalha.

---

<sup>270</sup> KITZINGER, Sheila. *Mães. Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa, Editorial Presença, 1981, p.125.



Esta percepção se remete a crenças muito antigas que equiparam a hora do parto como a do grande combate que todas as grávidas enfrentam contra a morte. Entre os astecas, os membros da sociedade a merecerem o paraíso eram somente os guerreiros mortos em combate e as mulheres que morriam de parto<sup>271</sup>. Neste universo simbólico, morrer de parto equivalia à morte honrosa em combate. Era muito comum as mulheres rezarem durante toda a gravidez por uma “boa hora”, ou seja, por uma parto vitorioso.

O medo da morte e a responsabilidade da vida eram assumidos claramente pelas parteiras. Em todos os depoimentos, falaram sobre a responsabilidade de ter as vidas das mães e dos bebês em suas mãos, fato este que, muitas vezes, não é levado em consideração dentro dos hospitais, pois, para os médicos, em sua maioria, cômicos de seus conhecimentos e de seu poder, a morte é sempre uma fatalidade. Elaborou-se um discurso de que ter filhos nos hospitais é tão seguro que as mulheres não têm o que temer.

Os números da mortalidade materna, no entanto, provam que, principalmente para as mães pobres, morrer de parto dentro de um hospital é uma perspectiva bastante possível. Enquanto a morte no parto em casa era encarada e, a partir daí, mediada pela confiança na parteira, a morte no hospital, no entanto, é escamoteada e maquiada:

Sendo o trabalho de parto, como Briquet costumava dizer, um dos momentos mais críticos da gestação, a mulher deve ficar peregrinando de porta em porta por uma assistência? Porque se institucionalizou o parto se na realidade ele não pode ser assumido por nossas instituições? Ou apenas o que importa é que o SUS pague por este procedimento, sem se levar em consideração se o paciente viva ou morra? Essas perguntas provavelmente não possuem respostas, pois não existe lógica no que está ocorrendo. Na realidade, como a morte materna numericamente é um evento esparsos, isto é, morre no município de S. Paulo, uma mulher por complicação de parto e puerpério a cada três dias, esta morte acaba não sendo percebida. O serviço se massificou de tal maneira, que nem percebe que vidas jovens estão sendo

---

<sup>271</sup> “A mulher grávida era colocada sob a proteção das divindades femininas, da “Mãe dos Deuses” (...) se, por infelicidade, a mulher morria dando à luz o seu filho, ela deveria, segundo a crença corrente, tomar seu lugar no céu do Ocidente (Cuatlampá, o lado feminino), entre as Cuateto, (mulheres divinas). Lá em um eterno paraíso, ela se juntava às suas companheiras no resplandecente cortejo do Sol. O próprio corpo da mulher morta durante o parto era tendo como contendo virtudes mágicas” SOUSTELLE, Jacques. **A Civilização Asteca**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar ed. 1997.p.64.

desperdiçadas<sup>272</sup>.

Portanto, a mortalidade materna que, segundo o discurso médico, teria sido eliminada pelo avanço da Medicina e relegada a uma época em que somente parteiras e “curiosas” participavam da cena do parto, continua a existir, só que agora de forma invisível. É um paradoxo perigoso, um sistema que não reconhece nem para si mesmo o fato de que a morte no parto é uma perspectiva não só real como provável, deixando para as mulheres a difícil opção de lidarem sozinhas com o medo de um acontecimento que a mais ninguém parece interessar.

### 3.6 A “Medicalização” do Parto

Uma das grandes preocupações do nosso trabalho era a de rastrear as intrincadas relações estabelecidas não só entre as parteiras e suas pacientes, como também as vinculações das práticas de parto populares com a “medicalização” do parto promovida pela Medicina erudita. Antes, porém, de abordarmos as relações conflituosas e contraditórias entre os médicos e as parteiras, vamos analisar as tensões que existiam entre as próprias parteiras. Porque, como já comentamos, não é nossa intenção transformar esta análise em uma defesa das parteiras e em uma acusação contra os médicos, como em uma luta do Bem contra o Mal. É nosso propósito perceber os conflitos entre os dois grupos, mas também seus vetores de aproximação e contradições internos.

Nas entrevistas que realizamos, observamos algumas tensões entre as parteiras, tensões provocadas por diferentes tipos de formação. Encontramos certos preconceitos entre as parteiras treinadas nos hospitais contra as parteiras leigas, principalmente em relação a certos costumes de parto promovidos pelas parteiras leigas:

---

<sup>272</sup> TANAKA, Ana Cristina D’ Andretta. **Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte**. Tese de Docência Livre em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/ USP. São Paulo, 1994, mimeo. p.38.

Ficavam ... tudo praculá, ora... [diziam alguma coisa?] De mim... as vez elas diziam assim: ah, agora o Deus do céu chegou! Só lá. Longe, tudo disconfiada. Tinha delas que ia [embora] Era só eu chegar, iam embora, pois é outras não iam não. (D.<sup>a</sup> TALITA).

Pois é, aí acontece o seguinte, as coitada, eu acho as partera do sítio assim, que nunca trabalhou cum médico, elas são assim umas heroína, são muito corajosa, porque elas vão, tem delas que vão mesmo sem ter a menor idéia do que se trata, intendi, tem delas que nun sabe se o nenê ta sentado, se as vezes uma coisa confundi muito é bumbum com face. (D.<sup>a</sup> SOCORRO).

Nestes dois depoimentos, um exemplo claro das tensões entre os dois tipos de parteiras: as leigas e as treinadas. Em sua fala, D.<sup>a</sup> Talita revela a existência de uma competição entre os dois grupos. D.<sup>a</sup> Talita, treinada no hospital, portanto detendo mais conhecimentos do que a maioria das parteiras leigas, era muitas vezes chamada para terminar um parto que outra parteira não tinha conseguido fazer. A sua chegada era às vezes precedida pela ironia: “agora chegou Deus”. D.<sup>a</sup> Talita se orgulha de afirmar que, “quando ela, D.<sup>a</sup> Talita, mandava uma mulher para o hospital mais próximo ela era rapidamente atendida porque se ela não deu jeito é porque o caso era realmente grave”.

No discurso de D.<sup>a</sup> Socorro, há uma espécie de condescendência. Refere-se às parteiras leigas como heroínas, porque, como não haviam recebido treinamento médico, deviam ter poucos conhecimentos, e, mesmo assim se atreviam a partejar. É importante destacar que o conhecimento de certos procedimentos médicos já começava a elaborar uma hierarquização entre as parteiras: entre aquelas que detinham os conhecimentos e aquelas que não os possuíam.

Estes depoimentos ecoam os combates travados entre os médicos e as parteiras desde o século XVI, quando, por exemplo, o Parlamento de Paris legislou sobre a atividade de parteira. Embora reconhecida como profissão pela lei, esta subordinava a atividade ao controle da autoridade médica e da Igreja:

Em 1560 o parlamento absolutista francês promulgou o Estatuto de Paris, com vistas a regulamentar a prática das parteiras parisienses e das cercanias da cidade. O documento tinha uma abrangência surpreendente: tratava da seleção, treinamento, avaliação, licenciatura e registro das parteiras; proibia a prática de abortos; estabelecia um código de condutas, determinando no campo moral e religioso, que tipo de mulheres poderiam se beneficiar da atenção das parteiras, quando deveriam

buscar auxílio junto aos físicos, cirurgiões ou parteiras de reconhecida competência.<sup>273</sup>

É preciso ressaltar que este treinamento e avaliação seriam feitos pelas autoridades médicas, assim como o atestado de moralidade da candidata a parteira seria emitido pela Igreja. Percebemos assim que, além dos conhecimentos específicos necessários à profissão, era preciso uma conduta moral compatível com as normas da Igreja Católica. Estas preocupações inseriam-se na crença dos poderes constituídos, Igreja e Estado, de que as parteiras, sem a correta e severa fiscalização, poderiam estar praticando abortos, assassinatos infantis e práticas anticoncepcionais desaprovadas pela Igreja.

Estes combates, travados entre a Medicina erudita e as práticas de parto populares são marcados por questões de gênero e de classe:

Por sua característica basicamente relacional, a categoria gênero procura destacar que a construção dos perfis de comportamento feminino e masculino, define-se em função do outro, uma vez que constituíram-se social, cultura e historicamente num tempo, espaço e cultura determinados. Não se deve esquecer, ainda que as relações de gênero são um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças hierárquicas que distinguem os sexos, e são portanto uma forma primária de relações significativas de poder.<sup>274</sup>

Nesta perspectiva, percebemos a “medicalização” do parto como um avanço da Medicina e do olhar masculino sobre as práticas de parto populares, que, em geral, eram amparadas por uma visão feminina de mundo e de sociedade; esta luta dos médicos contra as parteiras que, no Brasil, se intensificou durante o século XIX e prosseguiu no começo do século XX, como podemos perceber em algumas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

Outra parteira, ao contrário da primeira, sagaz e diplomada, não vacillou em executar a aplicação bárbara do fórceps num caso simplicíssimo de um parto normal, porque visava auferir largos proventos que não poderia haver expectação de um parto fácil, nada lhe importando o martírio da mãe e o aleijão ou a morte do filho.<sup>275</sup>

É interessante perceber que, para desqualificar o trabalho das parteiras, esse

---

<sup>273</sup> MELO, Victor Hugo de. Op. Cit. p.75.

<sup>274</sup> MATOS, Maria Izilda. **Gênero: Trajetórias, Impasses e Perspectivas**. São Paulo, s/d., mimeo. p.12.

<sup>275</sup> CORDEIRO, Eugênio. Op. Cit. p. 10.

médico utilizou-se de um argumento deveras curioso: o uso desnecessário do fórceps. Como comentamos no capítulo anterior, a utilização do fórceps foi uma das estratégias utilizadas pelos médicos para ocupar o mercado de trabalho das parteiras. E muitas vezes esses médicos se utilizaram do instrumento de forma desnecessária justamente para valorizar o seu trabalho e diferenciá-lo do ofício das parteiras.

Portanto, essas lutas entre estes dois segmentos que começaram desde a Idade Média<sup>276</sup> e aprofundou-se durante a Época Moderna estendeu-se até a atualidade:

Aí o médico perguntou quantas mulheres eu já tinha matado, aí eu disse que se ele já tinha matado alguma, eu nunca tinha matado nenhuma. (D.<sup>a</sup> EXPEDITA).

Uma indagação deste teor já é suficiente para percebermos os embates intensos que ainda ocorrem entre os médicos e as parteiras em nossos dias. Há nesta indagação uma acusação de negligência criminosa, como se só pelo fato de ela não ser médica já fosse diretamente responsável pelo assassinato de mulheres. Este, aliás, foi o grande argumento utilizado pelos médicos na sua luta contra o ofício das parteiras; uma luta que não foi, nem é, uma luta monolítica, pois, nesta disputa aspectos de classe e de gênero se fizeram e se fazem sentir.

Você não sabe de nada. Você é uma cachimbeira (D.<sup>a</sup> MARIA PEREIRA ).

Você pode é calar a boca que você não sabe é de nada. (D.<sup>a</sup> MARIA PEREIRA).

Nestes dois depoimentos, percebemos dois momentos distintos do conflito de classe e de gênero presentes nos embates entre a Medicina erudita e as práticas de cura populares. As duas declarações foram ouvidas pela mesma parteira em situações diferentes. A primeira era de uma auxiliar de enfermagem do Hospital. Ela desqualificou a parteira por uma questão de classe e de poder. Ela, embora na hierarquia de um hospital fosse uma

---

<sup>276</sup> “Durante a Idade Média as parteiras expandiram muito seus conhecimentos e habilidades. Sua prática incluía a concepção, aborto, gravidez, cuidado ao parto, ginecologia e pediatria. Por serem muitas vezes, a única pessoa presente quando a mãe ou criança morria, era a única pessoa autorizada a receber a confissão final ou realizar o batismo emergencial. Apesar disso, o cenário começou a se modificar drasticamente na época da Inquisição. Elas estiveram envolvidas com sérios problemas com Igreja e se tornaram especialmente vulneráveis para serem consideradas bruxas.” FIGUEREDO, Adriana Lenho de. Op. Cit. p.15.

personagem subalterna, se colocou acima da parteira porque estava inserida em um espaço de poder que não respeita a prática da Medicina popular. Portanto, ela sabia mais, ela podia mais, daí chamar a parteira de “cachimbeira”, um termo que, no ambiente do hospital, era um termo pejorativo.

A segunda fala é a de uma médica, criticando um colega médico porque duvidou do diagnóstico da parteira. Neste caso, as implicações de gênero são mais fortes. As mulheres que são médicas sofrem uma discriminação muito grande no meio médico que, ainda hoje, pelo menos nas cidades menores, dificulta o ingresso das mulheres em certas áreas da Medicina como a cirurgia cardíaca, por exemplo.

As mulheres são ainda estimuladas a seguirem aquelas áreas da Medicina tidas como eminentemente “femininas”: Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia. Portanto, ao criticar o colega médico e apoiar o diagnóstico da parteira, o que esta médica fez foi demonstrar que o fato dele ser médico e homem não o autorizava a saber mais sobre os partos do que uma mulher que trabalhava há mais de quarenta anos fazendo isso.

Embora aqui percebamos, no entanto, uma clara competição ou tensão entre os médicos e as parteiras, em outros depoimentos, encontramos relações mais amistosas:

Eu não sou formada, eu sou uma cachimbeira, ele disse-Mais você é uma cachimbeira que serve, vamos fazer o parto, aí ele me chamou, eu tive pura li, assim, ele fez o parto dela, ele disse pois agora vamu pra rua no meu carro que você serve pra tudo. (D.<sup>a</sup> JOSEFA).

Isso, antigamente fazia um parto que chama-se, vamu fazer uma versão, né Doutor João parece que tinha as mão assim de Deus, abençoado, que eu nunca vi umas mão abençoada, a pessoa que fazia uma versão daquela que, né, agora via ele ficar triste quando dizia, prepara o fórceps (D.<sup>a</sup> SOCORRO).

Nestes dois depoimentos, se expressaram duas importantes questões sobre as relações estabelecidas entre os médicos e as parteiras na região em estudo. No primeiro, uma parteira leiga estava acompanhando uma parturiente, enquanto o médico chegava e, quando isso ocorreu, ela tratou de se defender, dizendo não ser parteira formada, e, apesar

disso, o médico aceitou seus serviços. É importante destacar que, apesar de toda a campanha desencadeada contra as parteiras, nesta região durante o período em questão parece mais ou menos claro que os médicos precisavam do auxílio das parteiras.

Nos depoimentos até agora recolhidos, transparece que esses médicos que trabalhavam em hospitais de pequenas localidades tinham uma relação bem próxima com as parteiras e parece que era comum irem atender pacientes em casa em casos de partos complicados. Nestas situações, muitas vezes, ao chegarem às casas das parturientes, eles se deparavam com a parteira que tinha sido chamada para fazer o parto e, como o depoimento deixa claro, utilizavam-se do trabalho auxiliar da parteira. É claro que esta relação era desigual e hierárquica, mas ainda assim o trabalho das parteiras não poderia ser completamente desconsiderado pelos médicos.

O segundo depoimento refere-se a uma parteira treinada no hospital, elogiando as habilidades manuais de um médico. É preciso destacar que os médicos eram mais conhecidos pela utilização de instrumentos do que propriamente pelas suas habilidades manuais. Em uma sociedade onde o trabalho manual era o comum entre as pessoas, em que as mãos é que eram responsáveis pela sobrevivência - mãos que capinavam, que plantavam, que colhiam, que oravam e que partejavam - ver um médico, um representante das classes dominantes que não precisavam das mãos para sobreviver, utilizar-se das mãos em detrimento dos instrumentos, era considerado quase uma manifestação do sagrado: mãos abençoadas, portanto.

Aliás, é interessante perceber a contradição presente na citação seguinte sobre o uso das mãos e/ou do fórceps. Embora possuam o conhecimento e o poder de usar os instrumentos, muitos médicos se colocaram e se colocam contra o uso das “mãos de ferro”:

A parteira pode aliviar a dor manualmente, através de “mil pequenas atenções carinhosas, sugeridas pela natureza e aperfeiçoadas pela experiência”. A mão é o instrumento apropriado para qualquer procedimento, seja o exame vaginal, a versão

externa e interna ou a rotação da cabeça, e as melhores mãos são as menores, mais delicadas e ágeis. (...) Os protestos de Nihell, como de outras parteiras e médicos contra a “substituição das mãos de carne pelas mãos de ferro” não impediram a disseminação do fórceps (...) <sup>277</sup>

Portanto, o que observamos neste discurso é a valorização que a parteira faz desse médico a partir de critérios ancorados em sua realidade mais próxima: a valorização do trabalho manual, o desprezo e o temor pelo uso dos instrumentos, as mãos que são abençoadas como abençoadas eram as mãos das boas parteiras, das rezadeiras, das cozinheiras, das rendeiras, dos vaqueiros, ou seja, daqueles que compunham o universo de valores da região.

Encontramos em nossos depoimentos, portanto, as mais variadas relações entre os médicos e as parteiras na região: médicos que se utilizavam das parteiras como suas auxiliares, médicos que desprezavam o uso dos instrumentos, médicos que acusavam parteiras de serem criminosas ou de não terem conhecimento suficiente para partejar. Em pelo menos um caso, encontramos uma situação de perseguição de médicos contra as parteiras por questão de competição pelo espaço profissional:

Aí mandou me chamar e disse que eu só fazia o parto agora com ordem do, por escrito, eu disse: mas como é que pode Padre Alvino se chegar a mulher de noite (...) aí dexa que eu tinha que fazer porque né, (...) ou me pagavam um pouquinho, aí quando chegou ao conhecimento do médico mia fia, tava recebendo aquele dinheiro, que eu tinha que receber, se eles viesse ia fazer por mais né? (D.<sup>a</sup> EUNICE).

D.<sup>a</sup> Eunice, parteira formada em Belém, retornou a sua cidade natal, Senador Pompeu, a convite do Padre, que era dono do hospital da cidade para trabalhar de parteira. Logo, no entanto, seu trabalho provocou problemas entre os médicos. Em primeiro lugar porque os médicos quase nunca ficavam à noite no hospital, deixando a responsabilidade dos partos noturnos para D.<sup>a</sup> Eunice.

O que desencadeou, porém, o confronto e as desavenças entre D.<sup>a</sup> Eunice e os médicos foi o fato de D.<sup>a</sup> Eunice, uma parteira, ser paga pelos partos que fazia.. Tem sido uma

---

<sup>277</sup> DINIZ, Carmem Simone Grilo. Op. Cit. p.146.



constante ao longo do nosso trabalho perceber que, em grande parte dos hospitais públicos, ainda hoje, muitos partos são realizados ou pelas parteiras ou por auxiliares de enfermagem, no entanto, embora não tenham realizado esses partos, são os médicos que recebem por estes, porque são eles que podem assinar os formulários dos pagamentos:

Fiscalização realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem (Coren), de São Paulo, encontrou profissionais não qualificados fazendo partos em 70% das maternidades do Estado. Na maioria das vezes, eram auxiliares de enfermagem, mas havia casos de funcionárias da limpeza que viraram parteiras. (...) O SUS paga R\$ 111, 43 ao médico e à enfermeira por nascimento. Partos feitos por atendentes e auxiliares de enfermagem acabam sendo pagos aos médicos. Segundo representantes do Cais do Parto na Bahia, os médicos costumam repassar R\$ 50,00 por mês para as atendentes que fazem o parto no lugar deles. Em algumas clínicas conveniadas ao SUS, auxiliares chegam a fazer de cinco a sete partos por noite<sup>278</sup>.

Como se pode observar, mesmo no Estado mais rico e desenvolvido do País, os partos nos hospitais estão sendo acompanhados por todo tipo de profissional, menos pelos médicos, embora sejam eles que recebam o pagamento pelos mesmos. Se isso ainda acontece em grandes capitais mesmo atualmente, imagine-se em uma cidade de 20.000 habitantes, no Ceará, nas décadas de 1960 e 1970. No caso que estamos analisando, D.<sup>a</sup> Eunice não só estava fazendo os partos, como também estava recebendo por eles.

Portanto D.<sup>a</sup> Eunice violava uma regra que aparentemente era sagrada para os médicos: ser remunerada por um procedimento que somente os médicos poderiam ser, com o agravante de receber, em geral, menor valor pela prestação do mesmo serviço. Como resultado deste confronto, os médicos do hospital de D.<sup>a</sup> Eunice decidiram que ela só poderia fazer partos com uma autorização por escrito dos médicos. Assim eles pretendiam manter sob controle o mercado profissional. Nestes termos, D.<sup>a</sup> Eunice só seria autorizada a fazer partos que não interessassem aos médicos fazer.

D.<sup>a</sup> Eunice se rebelou contra esta imposição e tomou uma atitude que aumentou ainda mais a irritação dos médicos contra ela:

---

<sup>278</sup> “**Faxineiras fizeram parto em SP**”. Jornal FOLHA DE SÃO PAULO. 18/09/1998, Caderno Cotidiano. p.3.

(...) aluguei, abri uma porta de uma casa para outra e (...) no outro dia butei na rádio que tinha saído do hospital nun dei satisfação a eles, tinha saído do hospital e ia trabalhar a domicílio e atendia qualquer hora do dia e da noite, aí pronto, acabou-se tempo ruim, fui ganhar o meu dinheiro e ganhei dinheiro mesmo (D.<sup>a</sup> EUNICE).

D.<sup>a</sup> Eunice, portanto, saiu do hospital e praticamente montou uma maternidade em sua casa, atendendo tanto em sua residência como na casa da parturiente. Ela nos relata que tinha muitas pacientes e que sustentou toda sua família com seu trabalho de parteira. Segundo seu depoimento, ela não trabalhava apenas como parteira, fazia os curativos, extraía fragmentos encontrados nos corpos das pessoas, cortava, suturava e até mesmo fazia partos de animais; ou seja, era parteira, era médica, era enfermeira e veterinária. Transformou-se em uma referência na região, entre a população mais humilde e que não encontrava este socorro no hospital local.

Obviamente estas suas atividades não melhoraram suas relações com os médicos e D.<sup>a</sup> Eunice começou a ser perseguida com uma acusação comum contra as parteiras: o título de aborteira. É importante lembrar como, desde o período medieval, as parteiras foram sistematicamente acusadas, principalmente pela Igreja Católica, de praticarem o aborto. Esta obsessão da Igreja contra as parteiras ficou bastante clara no mais famoso manual da Inquisição da época: *O Malleus Maleficarum* ou o “Martelo das Feiticeiras” dos dominicanos e professores de Teologia, Kramer e Sprenger. Além de um libelo contra as mulheres de um modo geral, o *Malleus* é extremamente repetitivo no que diz respeito às parteiras:

Cumpre aditar que as bruxas parteiras são as que maiores males nos trazem, pelo que nos contam outras bruxas penitentes: ‘Não há quem mais malefcios causem à Fé Católica do que as parteiras’. Pois quando não matam as crianças, para atenderem a outros propósitos tiram-nas do recinto em que se encontram, elevam-nas nos braços e oferecem-nas aos demônios.<sup>279</sup>

Por vários capítulos do livro, repetem-se estas acusações de bruxaria, crimes infantis e outras acusações contra as parteiras. É importante ressaltar que este manual norteou

---

<sup>279</sup> KRAMER, H. e SPRENGER, J. *Malleus Maleficarum*- O Martelo das Feiticeiras. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos. 1991, p.156.

a Inquisição Moderna na Europa, no que dizia respeito à caça às bruxas em particular. Vale lembrar que o trabalho das parteiras ocorria em um espaço fora do controle masculino: o momento do parto.

Portanto, seguindo uma lógica histórica da perseguição contra sua categoria, D.<sup>a</sup> Eunice foi acusada de praticar o aborto:

(...) e todo mundo sabia então vinham aquelas dona rica, aquelas moça rica, aquele povo de fora, de longe. [para fazer o aborto] não nun faço, mais de qualquer manera o povo pegaro na boca que eu fazia. Aí me butaro que eu fazia, mais que pra matar eu num matava num, que eu num mato nem coisa nenhuma, vali uma criança. (D.<sup>a</sup> EUNICE).

D.<sup>a</sup> Eunice negou veementemente que praticasse o aborto, no entanto, como ela mesma relatou, todos na cidade de Senador Pompeu e arredores desconfiavam e a acusavam de fazer abortos. Boatos provavelmente provocados por três fatores. Segundo D.<sup>a</sup> Eunice, ela acreditava que os boatos tenham surgido porque fazia curetagem nas mulheres que chegavam sangrando em sua casa, isto é com o aborto já em andamento. Pode ser que ela não provocasse o aborto diretamente, mas o fato de realizar a curetagem gerava duas questões ligadas ao aborto provocado: para as mulheres que queriam abortar, bastava saber como iniciar o aborto que depois do resto ela cuidava e para a população não havia muita diferença entre fazer um aborto e realizar a curetagem.

Ao sair do hospital e abrir uma “maternidade” em casa, D.<sup>a</sup> Eunice comprou uma briga não só com os médicos, mas também com o Padre que era dono do hospital. Então, obviamente, havia o maior interesse tanto dos médicos quanto do padre em não só destruir sua imagem diante da comunidade, como, principalmente, impedir que ela exercesse seu ofício. E, para atingir estes objetivos, não se furtaram de acusá-la de prática do aborto, que, se comprovada, impediria D.<sup>a</sup> Eunice de continuar atendendo em domicílio.

A terceira questão ajuda a esclarecer os motivos da suspeita de prática de aborto: D.<sup>a</sup> Eunice recebia pensionistas em sua casa, pensionistas que vinham de todo o Ceará

para terem seus filhos longe de suas famílias e de suas localidades:

Que eu criei um horror de criança alheia, pra não fazerem isso [aborto], em setenta era uma seca muito grande e eu fiquei aqui com três moças, que era uma de Tauá, uma de Juazeiro do Norte e outra de Acopiara. Ficaro todas as três pra, pra fazer o aborto, o pai dano dinheiro, gastano, eu não senhor, eu fico com as menina aqui quando elas ganhar se nun quizere dão, mas pra ter, mas pra mim matar não, nossa senhora me defend. (D.<sup>a</sup> EUNICE).

Como se lê no próprio relato de D.<sup>a</sup> Eunice, ela recebia moças de todo o interior do Estado, mulheres que vinham abortar escondidas da família ou de suas comunidades e, segundo seu depoimento, ela não fazia o aborto, mas recebia as moças como pensionistas, ficava com elas durante a gravidez, fazia o parto, cuidava no resguardo e às vezes providenciava quem ficasse com a criança. Ela afirma que criou vários filhos de outras mulheres, inclusive o de uma prostituta da cidade.

Vale sublinhar aqui o importante papel social desempenhado por D.<sup>a</sup> Eunice. Em uma época e em uma região em que ter um filho solteira ainda podia “desgraçar” as vidas de muitas moças, principalmente as de famílias mais abastadas, ter um local onde essas mulheres pudessem se refugiar para terem seus bebês com alguns cuidados e depois providenciar sua adoção seria vital para elas e suas famílias. Isso sem considerar sua importância para as moças mais humildes- que tentavam o aborto utilizando-se de “garrafadas”, de remédios ou de instrumentos perfurantes- que podiam contar com a eficiência de D.<sup>a</sup> Eunice para a realização de uma curetagem segura e discreta. Esta parteira desempenhava então um papel que ia além de seu ofício, o de partejar, pois também estabelecia relações que se configuravam em ações solidárias com mulheres que precisavam de apoio e de socorro e não de acusações e recriminações.

Podemos observar que o ofício das parteiras envolvia não só questões de reprodução e sexualidade, mas também o de segredos, de pecados escondidos, de mistérios e de assuntos interditos. Talvez por conta destas características, o ato de partejar fosse quase

sempre exercido por mulheres mais velhas e, sobretudo, mulheres casadas ou viúvas. Embora tenhamos encontrado várias parteiras que se iniciaram na profissão muito jovens, praticamente todas quando começaram eram mulheres casadas ou viúvas, com única exceção, D.<sup>a</sup> Maria Pereira do Nascimento:

Era solteira. O povo fazia era mangar, achava que era uma coisa demais, aí eu digo demais é a pessoa roubar e fazer uma maldade, mas eu estou fazendo é o meu dever. Dizia que aquilo não era trabalho para moça, o serviço de parteira não era de moça. Pode dizer que não sou moça que eu não tenho nada a ver, eu não estou fazendo nada para ninguém eu estou fazendo para Deus, mas também eu não cobrava nada, mim perguntava quanto era eu dizia quem mim paga é Deus. (D.<sup>a</sup> MARIA PEREIRA).

É necessário esclarecer acerca de alguns conceitos utilizados no Ceará, no período estudado. Nesse Estado, costumava chamar-se de “moça” as mulheres solteiras tidas como virgens pela comunidade. O termo moça aqui não significava juventude e sim o estatuto da virgindade, tanto que as solteironas eram conhecidas como “moças velhas”. Por esse motivo foi um escândalo quando D.<sup>a</sup> Maria começou a partejar. Por isso também que o povo começou a dizer que ela não era mais moça. Acusar uma mulher de não ser mais virgem, era muito grave no sertão do Ceará, porque atingia a honra não só das moças como da família:

A violência faz parte, aí da própria afirmação de um certo código de moralidade, da própria afirmação de uma ordem social regida pelos homens, que têm entre seus deveres a proteção das mulheres, a defesa da honra destas, pois a honra feminina é a base da honra da própria família e dos homens que a elas se ligam.<sup>280</sup>

Como o autor menciona, a honra das mulheres era diretamente ligada à honra dos homens de sua família. Como a honra das mulheres estava vinculada à sua conduta sexual, a manutenção da virgindade em uma moça solteira era elemento fundamental da manutenção de sua respeitabilidade no seio da comunidade e da família. Apesar, porém, de

---

<sup>280</sup> ALBUQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz de. “Quem é Froxo Não se Mete”: Violência e Masculinidade como Elementos Constitutivos da Imagem do Nordeste. In **Projeto História**-Revista do Programa de Pós-Graduação de História da PUC/SP. São Paulo, Novembro/1999. N. 19 p. 183.

toda esta carga de preconceitos acerca de sua condição de “ser ou não ser mais uma moça”, porque partejava, D.<sup>a</sup> Maria ignorou o “falatório do povo” e seguiu adiante no seu ofício.

Ela afirmou que assim procedeu porque tinha que cumprir o seu dever, ou seja, o de ajudar as mulheres a parir. O que pode se descortinar aqui, entretanto, é o tamanho do prestígio das parteiras no seio da comunidade. Apesar de todos os preconceitos envolvendo sua condição de virgem, D.<sup>a</sup> Maria continuou a partejar, adquiriu respeitabilidade dentro da comunidade por seus bons serviços prestados, isso apesar de ter violado um dos códigos morais mais rígidos da comunidade: o de interditar as questões referentes à sexualidade, reprodução e parto às mulheres que eram virgens.

No sertão do Ceará do período, nenhuma conversa envolvendo relações sexuais, gravidez, parto, resguardo, doenças femininas era compartilhada por mulheres tidas como donzelas, que estas não eram conversas para “moças”. Também por estas razões as moças não eram autorizadas a assistir aos partos, mesmo os de mulheres de sua família:

Casada, Deus me livre, eu nunca quis uma moça perto de mim. Porque nem todo mundo tem capacidade de ver e ter aquele segredo profissional, porque o segredo eu acho que é a melhor coisa que tem, quem trabalha dentro da saúde é ter o segredo profissional, que nem todo mundo tem essa capacidade de ver aonde ver e dexar. (...) porque iam contar umas pras outras, ah, mulher fulana é assim. (D.<sup>a</sup> SOCORRO).

Como se lê, nem mesmo a parteira achava correto as donzelas assistirem aos partos. Segundo esta parteira, as “moças” saíam contando para as outras o que tinham visto na hora do parto. Não preservariam a privacidade e o pudor da parturiente, expondo detalhes do que havia ocorrido durante o trabalho de parto.

Esta opinião era compartilhada por várias parteiras, e talvez elas tivessem alguma razão porque, diante de conhecimentos que eram tabus, é claro que aqueles que tivessem acesso a eles não iam querer guardar para si informações consideradas “preciosas”. É mais ou menos lógico imaginar que moças mantidas na ignorância de aspectos vitais da existência, uma vez de posse de alguns desses conhecimentos compartilhariam os mesmos

com suas amigas mais próximas, inclusive por uma questão de *status* e poder no grupo.

Esta interdição é tão forte que, mesmo atualmente, quando realizávamos nossas entrevistas, uma velha parteira voltou-se para nós e disse: **“muié, se você for uma moça você me diga”**, querendo certificar-se de poder revelar “segredos” permitidos apenas para as não virgens. Assim, em outra ocasião, uma outra parteira expulsou um neto pré-adolescente da sala porque nós estávamos tendo uma “conversa para mulheres”.

Esta interdição de donzelas ao ofício de parteiras só era contornada quando se tratava de parteiras treinadas:

Era mulher casada, mas as que fosse formada podia ser moça, podia ser que fosse, podia ser criança de treze ano. As formada podia ser mocinha de treze ano que tinha no hospital lá do Crato. (D.<sup>a</sup> JOSEFA).

Pela afirmação da parteira, até mesmo meninas de 13 anos podiam ser treinadas para serem parteiras. O espaço do hospital se revestia de tanto poder que liberava as pessoas das proibições que a comunidade costumava elaborar. Como tinham sido treinadas no hospital, isto é, ungidas por um poder maior, não havia problema em serem moças. No entanto, segundo o depoimento da mesma parteira, entre as “cachimbeiras”, os velhos costumes se mantinham: só partejavam as mulheres casadas e viúvas.

### **3.7 A Questão do Dom**

É importante mais uma vez ressaltar a importância da comunidade no ofício destas mulheres. Elas partejavam com a sanção da comunidade, mas as formas como revelaram terem entrado na “profissão” faz com que entendam seu trabalho como uma missão, um dom de Deus:

Não eu nunca recebi nada, pegar menino foi um dom que Deus me deu (D.<sup>a</sup> EXPEDITA).

Na vocação, na sorte, é a sina da pessoa(...) aí eu fui mandar ler a minha sina, se eu tivesse estudo eu era a melhor parteira do mundo (D.<sup>a</sup> ANA JOSÉ).

Em quase todos os depoimentos por nós coletados, as parteiras sempre se referem ao ofício de partejar como um dom, uma missão, uma sina, um dever, uma sorte. Com exceção daquelas parteiras que escolheram trabalhar no hospital como uma profissão, todas as outras não tratam seu ofício como um trabalho a ser remunerado.

Aliás, esta questão da sorte, da sina e do dom é recorrente em vários trabalhos sobre as parteiras:

O dom de ser parteira e o saber adquirido na prática dessa função são considerados entre os habitantes de Umarizal, assim como em outras povoações rurais negras da região do Tocantins, como uma missão específica traçada por Deus para a vida de determinadas mulheres. “É de Deus que vem o dom” que faz dessas mulheres parteiras ou “pegadeiras”, “assistentes”-como dizem muitos informantes-detentoras de força, saberes e poder<sup>281</sup>.

Esta questão é muito importante, não só porque o dom e a missão remetem à relação com o sagrado, que trataremos em outra parte do nosso trabalho, mas porque o ofício de parteira, por não ser encarado como um trabalho remunerado, levava estas parteiras para outras atividades como meio de sobrevivência.

Quase todas as parteiras leigas por nós entrevistadas trabalhavam em outra atividade. A maioria trabalhava na roça, carregava água para abastecer as casas. Outras tinham pequenos comércios, ou seja, a maioria não sobrevivia do ofício de parteira, mesmo porque algumas se recusavam a cobrar pelos seus serviços; ficavam esperando que as pessoas lhes pagassem como quisessem e pudessem.

Como em sua maioria os clientes eram pessoas muito pobres, elas recebiam muito pouco ou quase nada. O fato de não cobrar pelo trabalho estava diretamente relacionado

---

<sup>281</sup> PINTO, Benedita Celeste de Moraes. “Parteiras e “Poções” Vindas das Matas e “Ribanceiras” dos Rios”. In **Projeto História**-Revista do Programa de Pós-Graduação de História da PUC/SP. São Paulo, Novembro/2001 N. 23 , p.325.



à questão do dom/missão. Como acreditavam que tinham recebido um dom de Deus, não achavam correto cobrar por ele ou recusar-se a atender quem precisava delas.

Esta questão do “dom” também transparece nas qualidades necessárias para o ofício de partejar, entre as quais se encontrava a questão das forças ou, como denominavam: a questão dos nervos:

Eu nunca tive medo de nada, fazia achando graça, fazia era as mulheres rir, porque tem parteira que faz é a mulher esmorecer eu não. (D.<sup>a</sup> EXPEDITA).

Nunca tive medo, eu sabia o que tava fazendo, porque eu ia ter medo se eu visse que eu ia ter jeito, eu tava veno.<sup>282</sup> (D.<sup>a</sup> FRANCINETE, 64 anos).

Condição indispensável para o bom partejar: o destemor. Uma parteira não poderia ser medrosa. Sua força advinha de sua coragem. Elas se referem a esta coragem como ter nervos. Algumas disseram inclusive que só não realizam mais partos hoje porque não têm mais forças, não têm mais nervos. São recorrentes os depoimentos em que suas forças acabaram, e assim não têm mais os nervos necessários para o ofício. Esta coragem se fazia necessária porque elas realizavam partos em condições muito difíceis e às vezes, além de acalmar o pânico da gestante, tinham que acalmar a família aterrorizada diante de algumas situações desesperadoras:

Quando eu cheguei lá as filhas dessa mulher choravam tanto, lá dentro, pensando que a mãe ia morrer, minhas filhas tenham calma, num precisa disso, peraí que sua mãe fica boa já. Elas nem acredita. (D.<sup>a</sup> TALITA).

D.<sup>a</sup> Talita relatou que a gestante já estava exausta quando ela chegou. A criança estava mal posicionada para nascer e nesta situação as filhas da parturiente já choravam a morte da mãe. Diante deste quadro, a parteira tinha não só que comandar o trabalho de parto, propriamente dito, como também deveria acalmar a família e a parturiente. Fazia-se necessária, portanto, uma grande reserva de coragem e autocontrole por parte da parteira.

---

<sup>282</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Francinete Alves de Oliveira. 64 anos, parteira desde os 18 anos, realizada em 17/09/2004, em Senador Pompeu-CE.

### 3.8 O Ato de Partejar

É preciso deixar bem claras as dificuldades presentes neste ofício, para não cometermos o erro de romantizar a realidade de partos realizados em casas simples do sertão do Ceará. As parteiras leigas procuravam ajudar as mulheres na medida de suas possibilidades, mas o que percebemos, ao longo dos depoimentos, é que as dificuldades eram muitas e as situações às vezes eram desesperadoras. É verdade que eram situações de exceção, mas, mesmo assim, estas mulheres se deparavam com partos complicados nos quais os recursos eram muito limitados.

De acordo com os depoimentos, os casos complicados mais comuns eram as hemorragias provocadas por placentas coladas e as crianças mal posicionadas. Nestes dois casos, normalmente, a saída era ou chamar o médico em casa ou levar a parturiente para o hospital. No caso de crianças mal posicionadas, algumas parteiras conseguiam fazer as versões e também sabiam descolar placentas antes da hemorragia começar. A ausência de dilatação, no entanto, por exemplo, era um caso que as parteiras não podiam resolver. Em dois relatos, casos de embriotomia<sup>283</sup>, foram executados pelos médicos que tinham sido chamados na casa da parturiente:

Aqui tinha uma mulher fechada, que ela teve, e eu agora mais foi até eu mais Talita que fumo, ela tinha o útero fechado. Foi preciso o médico matar pra poder puxá. [o médico matou a criança] Foi. Puxá os pedaço, pra poder dá vida a ela. (D.ª JOSEFA).

Neste caso, o médico teve que fazer uma embriotomia para salvar a vida da mãe. Em outro, a parteira chorou copiosamente enquanto relatava aquele que, provavelmente, foi o parto mais traumático de sua vida:

Uma vizinha minha adoeceu aí eu fui para lá e tinha um absurdo de gente, e tinha dois médicos para fazer o parto dela, aí eles escolheram, tinha 18 mulheres e eles escolheram eu para ajudar, a gente ajudou ele fizeram o parto. Mataram a criança e eles tiraram pedaço por pedaço. [a senhora falou que os médicos mataram a criança,

---

<sup>283</sup> Embriotomia: Dissecção do feto em um parto difícil. **Dorland:Dicionário Médico**, São Paulo, Roca, 1997.

por que?] Porque não nascia e eles resolveram tirar os pedaços. Aí os médicos disseram, ou salva a mulher ou a criança, aí o esposo disse: salve a mulher.<sup>284</sup> (D.<sup>a</sup> FRANCISCA ALVES, 77anos).

Ao relatar esta sua experiência, D.<sup>a</sup> Francisca se emocionou profundamente ao lembrar o sacrifício da criança. Com a voz embargada e os olhos cheios, D.<sup>a</sup> Francisca nos permitiu ter um vislumbre dos sacrifícios e das dores vivenciadas por estas parteiras em seu cotidiano de trabalho. Estes depoimentos podem dimensionar o tipo de dificuldades enfrentado por parteiras e parturientes no período e na região em foco.

Apesar de todas estas dificuldades e riscos, no entanto, as mulheres não concebem o hospital como um lugar melhor para se dar à luz:

Quando eu cheguei lá quis levar ela para o hospital e ela disse: e tem perigo, Maria? Eu digo não, o seu parto é normal, a criança está bem direitinha, eu não vou fazer exame, mais eu botei ela na cama e escutei, examinei todinha, aí vi que estava tudo normal, aí ela disse pois então vamos embora, vou ter com você, as outras já tiveram aqui porque é que eu não vou ter,? eu quero ser sua comadre. (D.<sup>a</sup> MARIA PEREIRA).

Este é um fato ainda muito comum na região. Mesmo quando já existia hospital nas proximidades, algumas mulheres ainda preferiam ter seus filhos em casa com suas parteiras de confiança. Em geral, perguntavam à parteira se havia perigo no parto e, se a resposta fosse negativa, a parturiente decidia imediatamente ter o filho em casa e ainda convidava a parteira para ser sua comadre. Encontramos vários destes depoimentos-mulheres que embora pudessem ter se dirigido ao hospital faziam a opção por ter seus filhos em casa. Indagadas sobre os motivos que as levavam a fazer esta opção, responderam que talvez fosse porque nos hospitais as mulheres se sentiam abandonadas:

O que é ruim no hospital é que a gestante não tem o atendimento que precisa, é abandonada.<sup>285</sup> (D.<sup>a</sup> ROSA ANA, 45 anos).

---

<sup>284</sup> Entrevista com D. Francisca Alves de Freitas e Silva. 77 anos, parteira desde os 26 anos, realizada em 08/11/2004, em Dep. Irapuan Pinheiro-CE..

<sup>285</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Rosa Ana do Ô de Almeida, 45 anos, parteira desde os 20, realizada no dia 17/11/1998, em Senador Pompeu-CE.

Este depoimento demonstra que há um sentimento na região, talvez por experiência, de que nos hospitais as mulheres são abandonadas nas enfermarias e maltratadas por algumas auxiliares de enfermagem. Além do mais, em vários depoimentos, ficou claro que quem faz os partos- partos normais- nos hospitais são as parteiras, os médicos só fazem o parto no caso de cesariana. Então, para que ir para o hospital? Para ter o filho com parteira é melhor ficar em casa.

O parto nos hospitais retirou as mulheres de seu espaço cotidiano, a sua casa, da companhia de pessoas amigas e próximas - seu marido, suas vizinhas, sua “comadre” no momento em que elas mais precisam de apoio, amor e segurança. Nesta perspectiva, o avanço da Medicina no ato partejar desumanizou o processo de parto e brutalizou as mulheres.

Outras razões, no entanto, estão empurrando as mulheres a darem à luz nos hospitais onde não tem nada de segurança ou conforto:

Não tão mais pouca, depois que inventaro esse salário maternidade, aí elas passaro a ter mais no hospital, né porque de lá elas vão atrás dos papel, pra encaminhar os papel né.<sup>286</sup> (D.<sup>a</sup> MARIA VALFRIZA, 45 anos).

Temos aqui um poderoso argumento para as mulheres irem ter seus filhos no hospital: o dinheiro do salário-maternidade. Para poderem receber o salário-maternidade, elas têm que apresentar os papéis do hospital; ou seja, mesmo que o hospital não tenha muito a oferecer, ainda assim elas têm que recorrer a ele para poderem ter acesso ao dinheiro da previdência social. Fazemos estas considerações acerca do hospital da região em razão de alguns procedimentos francamente bárbaros que eram realizados lá:

Que é provocado, porque elas tem medo é da curetagem que vai fazer né, que faz cru, e sabeno que é provocado aí é que faz mesmo. (D.<sup>a</sup> MARIA VALFRIZA).

Esta parteira fez referência a uma estratégia muito comum das mulheres que

---

<sup>286</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Maria Valfriza dos Santos Lima. 45 anos, parteira desde os 18 anos, realizada no dia 18/06/2004, em Senador Pompeu-CE.

provocam o aborto: dizer que o aborto foi natural, para que no hospital se faça a curetagem. Só que, segundo esta parteira, neste hospital era costume fazer curetagem a sangue frio, sem anestesia, principalmente quando os médicos desconfiavam que o aborto fora provocado. Sendo assim, os médicos estavam praticando uma medicina punitiva. Faziam as mulheres sofrerem dores pavorosas para puni-las por terem praticado o aborto. Este é um exemplo da visão masculina da Medicina. Embora cruel, este tipo de procedimento no tratamento das mulheres não é novidade na História da Medicina:

Todavia, às enfermidades femininas, na maioria dos casos, aplicava-se tratamento local, isto é, diretamente na vagina e no colo do útero. O útero era como que o centro de toda uma medicina da mulher, nele eram realizadas as cauterizações, aplicadas as injeções, sanguessugas e ferros quentes. Os textos produzidos por médicos, descrevendo suas experiências de cura e propondo estratégias de tratamento, deixam entrever uma prática ginecológica punitiva das mulheres por suas próprias enfermidades, principalmente venéreas, de modo que o processo de cura deveria ter um caráter regenerador e punitivo.<sup>287</sup>

Como se pode observar, desde o início do século XX e mesmo em nossos dias, alguns procedimentos médicos sobre as mulheres revestem-se de um caráter punitivo. É preciso discutir estes procedimentos à luz das discussões de gênero. Não é possível nem viável discutir-se uma política de humanização do parto, por exemplo, sem esclarecer até que ponto certos procedimentos, que se tornaram corriqueiros e obrigatórios, carregam a marca de uma discriminação sexista. Não se pode esquecer de que estas posições sexistas se ancoram em uma tradição de pessimismo sexual diretamente decorrente do cristianismo. O caso da crueldade no tratamento da questão do aborto é apenas um destes aspectos.

### **3.9 O Aborto**

O aborto provocado, na visão das parteiras, também é fortemente marcado pelas posições do catolicismo. Recordemos o fato de que, desde o período colonial brasileiro,

---

<sup>287</sup> MATOS, Maria Izilda Santos de. “Delineando Corpos: As Representações do Feminino e do Masculino no Discurso Médico. (São Paulo-1890-1930)”. In MATOS, Maria Izilda Santos de. e SOIHET, Rachel. (Org). **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo, Editora UNESP. 2003. p.116.

a Igreja Católica implantou uma ideologia fortemente calcada na repressão às práticas abortivas:

Ao combater o aborto, estavam combatendo-se os chamados “mores dissolutos”, cujo desdobramento- a prole- podia levar a mulher a desejar a interrupção da gravidez. A Igreja matava, assim, dois coelhos com uma só cajadada, além, é claro, de afirma-se como juíza dos comportamentos femininos e de vincar o seu poder de instituição moralizadora sobre as novas terras coloniais. O aborto passava a ser visto, sobretudo depois dessa longa campanha da Igreja, como uma atitude que “emporcalhava” a imagem ideal que se desejava para a mulher. A “porca dos sete leitões” tornava-se, na mentalidade popular, a antítese da santa-mãezinha.<sup>288</sup>

Observe-se que, além de coibir o aborto, a Igreja pretendia normatizar as relações sexuais e moralizar a vida sexual na Colônia, daí o combate às práticas abortivas e às mulheres que possivelmente ajudavam nesta prática: as parteiras.

Portanto, embora as parteiras tenham sido historicamente acusadas pela Igreja Católica, de praticarem o aborto e o homicídio infantil, as parteiras por nós entrevistadas situam-se frontalmente contra a idéia do aborto provocado:

Eu só contra o aborto, e só pode ser pecado, porque você matar um inocente, tomar remédio para matar o inocente só pode ser pecado, você não acha não. Sou de mais contra o aborto porque se não quer ter não ande com homem, viva só. (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Este é, mais ou menos, o discurso comum acerca do aborto provocado. Um pecado, um pecado mortal, cometido pelas mulheres contra um ser indefeso. O discurso da Igreja Católica, e como se lê neste depoimento, é um discurso com caráter moralizador. Se as mulheres não querem ter filhos, não “ande” com homens, em suma, abstenha-se sexualmente, que aliás era exatamente o que a Igreja pretendia: impor a repressão das relações sexuais irregulares.

É verdade que podemos questionar até que ponto estas parteiras não ajudavam no aborto de algumas mulheres desesperadas e estavam negando estes procedimentos apenas porque sabiam que estes deveriam ser escondidos.

---

<sup>288</sup> DEL PRIORE, Mary. Op. Cit. (1993). p.300.

A religiosidade no sertão do Ceará, porém, é muito forte, pois as pessoas costumam ter em casa verdadeiros santuários destinados aos santos de sua devoção, e a Virgem Maria costuma ser a padroeira em várias destas cidades: Senador Pompeu, por exemplo, tem Nossa Senhora das Dores como padroeira.

Não é muito difícil acreditar que, para estas mulheres, criadas neste tipo de universo cultural, o peso da interdição católica ao aborto pudesse levá-las a realmente não praticá-lo. Ou talvez aqui esteja consignada uma questão de leitura dos procedimentos e dos costumes, como já foi assinalado por alguns autores, podendo haver certa “confusão” no conceito de aborto:

Na pesquisa a maioria das mulheres se declaram contrárias à prática do aborto, embora muitas delas revelassem terem tomado chás e preparados nos primeiros meses de gravidez para “arriar o filho”. O fato de ingerirem ervas não é vivido por elas como um verdadeiro aborto, sendo este somente considerado como tal quando há interferência de uma terceira pessoa, seja médico (a), parteira ou “especialistas” no gênero, ou quando já passou mais de um mês de gestação.<sup>289</sup>

Portanto, em algumas regiões, tomar ervas para abortar não era considerado aborto, mesmo porque não se ingeriam as ervas para abortar e sim para fazer a menstruação “descer”. Esta era a grande justificativa para a ingestão dos remédios: a menstruação estava atrasada alguns dias e tomavam-se os remédios para que a mesma viesse.

Não se discutia de forma explícita a possibilidade de gravidez, principalmente no caso de solteiras. Havia uma perspectiva de que interromper uma gravidez de dias não significava necessariamente um aborto. Talvez esta fosse uma justificativa muito boa para que as parteiras pudessem auxiliar estas mulheres sem culpa de estarem praticando um crime ou um pecado.

O poder da Igreja Católica nesta região, principalmente na época, não era somente de ordem cultural, mas também política. Recordemos que o dono do hospital de Senador Pompeu era o padre e na região vários padres interferiam diretamente nas eleições,

---

<sup>289</sup> SCAVONE, Lucila. “As Múltiplas Faces da Maternidade”. In **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, (54) Agosto, 1985. p.44.

inclusive se elegendo vereadores e prefeitos. Uma das formas de maior interferência era justamente no que dizia respeito às questões de reprodução, como acompanharemos no depoimento a seguir:

A mãe ou filho, tinha que salvar o filho e deixar a mãe morrer, tinha que salvar o filho, porque a mãe já viveu. [eles disseram isso no curso?] disseram no curso. [os médicos?] o padre, não foi o médico não. [Mas o padre dizia que era para salvar a criança?] Salvar a criança porque a mãe já viveu, já foi batizada. O filho não, era pagão. (D.<sup>a</sup> FRANCINETE).

Observe-se aqui, de forma explícita, a inserção da Igreja Católica na região.

D.<sup>a</sup> Francinete refere-se a um curso para parteiras que ela fez em 1965. Durante o curso, ministrado pelos médicos, um padre veio falar com elas e deu a seguinte orientação: nos casos em que se devesse optar pela vida da mãe ou da criança, as parteiras deveriam dar prioridade à vida da criança. A justificativa é de que era preferível sacrificar o corpo da mãe do que a alma da criança que não deveria morrer pagã. A mãe, que já tinha sido batizada, podia perfeitamente morrer, a criança sem batismo não.

Estas orientações ecoavam decisões canônicas do catolicismo que, em pleno século XX, advogava o sacrifício das mães em prol da salvação da alma dos bebês:

Em 1930, a encíclica *Casti Connubii* se manifesta em relação à rejeição das indicações médicas : “O que poderia ser uma razão suficiente para justificar a morte direta de um ser inocente? (...) Pelo contrário, aquele que visa incluir a morte de um ou de outro, sob o pretexto de executar medidas terapêuticas, ou por compaixão mal compreendida, se mostraria indigno do nome nobre e da reputação de um médico”. Pio XII insistiu no mesmo em seu pronunciamento às parteiras a 29 de Outubro de 1951. Convém lembrar que a alternativa aqui não é a mãe ou a criança, mas a morte de ambas ou a sobrevivência da mãe pelo aborto do feto. O princípio intrinsecamente correto “Não matarás”, que a Igreja põe de lado ou peneira com exceções, ao tratar da guerra e da pena de morte, é aqui levado a um alcance absurdo com a morte da mãe e da criança. É o caso clássico de seguir ao pé da letra e não o espírito de um mandamento. Até a segunda metade deste século os teólogos morais foram infatigáveis em aplaudir essa sentença de morte dada por Roma para muitas mulheres.<sup>290</sup>

A discussão que Uta Heinemann levanta é muito interessante, na medida em que desvela um engano fundamental acerca das posições da Igreja sobre a questão do aborto. Faz parte do senso comum acreditar que a Igreja Católica autoriza o aborto em casos de risco

---

<sup>290</sup> RANKE-HEINEMANN, Uta. **Eunucos pelo Reino de Deus: Mulheres, Sexualidade e Igreja Católica**. Rio de Janeiro, Record: Rosa dos Tempos, 1996. pp. 319 e 320.



de vida para mãe, mas isso não é verdade, pois a Igreja Católica não permite o aborto em qualquer circunstância mesmo que isso signifique o sacrifício da mãe.

O máximo que ela faz é não condenar os médicos que tomam esta decisão, ou seja, transfere a responsabilidade para os médicos, quando se trata da morte das duas. Se a mãe e a criança vão morrer de qualquer maneira, os médicos estão liberados para tentarem salvar pelo menos um dessas vidas, segundo o critério do médico, ou do marido, ou da família da parturiente, jamais a critério da mulher envolvida.

Esta posição tornou-se bastante clara quando, recentemente, o Papa João Paulo II canonizou a pediatra italiana Gianna Beretta Molla<sup>291</sup>, mãe de três filhos e que, grávida do quarto, preferiu morrer a abortar o filho que ela não teria condições de ter com segurança. A canonização desta mulher sinaliza que a Igreja Católica prefere que as mulheres continuem se sacrificando por seus filhos não nascidos, mesmo que isto signifique deixar três crianças órfãs de mãe e condenar uma mulher de 39 anos a uma morte prematura e desnecessária.

Como se pode observar, dentro deste contexto religioso hegemônico pelo catolicismo e carregado desta idéia da necessidade do sacrifício das mães, a prática do aborto tinha de ser bastante justificada, como no já mencionado caso de fazer a menstruação vir, porém, mesmo sem esse pretexto, outras justificativas morais eram elaboradas:

Eu tenho uma neta aqui pertinho eu ouvir dizer que ela tirou dois e eu chamo ela é de amaldiçoada, você de Deus você não vai ver nada, você adquire seus buchos quando acaba manda tirar, matar, você é uma criminosa, que tira não é criminoso não, criminosa é a mãe. (D.<sup>a</sup> EXPEDITA).

Vamos analisar aqui alguns aspectos da construção discursiva desta parteira: em primeiro lugar, ela trata o aborto como um pecado, a neta está amaldiçoada porque fez dois abortos. Em segundo lugar, a responsabilidade é toda delegada para a mulher que aborta.

---

<sup>291</sup> Gianna Beretta Molla nasceu em 04/10/1922 e morreu em 28/04/1962, em virtude de uma gravidez e de um parto complicado. Foi beatificada em 24/04/1994 e canonizada em 16/05/2004. O rápido processo de beatificação e canonização desta médica italiana demonstra a importância que a sua escolha teve para Igreja Católica como exemplo para as outras mulheres.

Foi ela quem engravidou; aqui não há nenhuma perspectiva da gravidez como responsabilidade compartilhada: os homens não participam destes dramas, quem “arruma o bucho” são as mulheres, portanto elas é que têm pagar de duas maneiras: ou tendo filhos que não podem criar ou fazendo o aborto pelo qual serão amaldiçoadas.

Em terceiro lugar, o deslocamento da responsabilidade de quem faz o aborto, parteira, médico ou enfermeira. Não importa quem realiza o aborto. Criminosa é a mãe que manda tirar. Aqui podemos concluir que, mesmo que esta parteira tenha porventura realizado algum aborto, ela não assume a responsabilidade pelo ato: a culpa é da mãe; quem ordenou o crime foi a mãe, e os outros só o executam. Embora este tipo de concepção seja predominante, alguns autores apresentaram alguns paradoxos intrigantes:

É interessante que, assim como em outros casos em que um médico ou uma parteira estão envolvidos, mesmo quando há indícios para se reconhecer que a mulher foi procurar o praticante de aborto, a acusação pesa sempre, em primeiro lugar e quase exclusivamente, sobre o praticante. Parece preferível acreditar nas versões que dizem que a mulher não sabia de nada e foi enganada pela parteira ou pelo médico. A mulher teria sofrido uma intervenção imposta ou mal explicada que, a contragosto, colocara fim à sua gravidez. Está muito presente a pressuposição de sua ingenuidade e do seu instinto materno, que testemunhariam contra a possibilidade de um aborto consciente.<sup>292</sup>

Como se pode observar, embora a parteira acima mencionada pense que a grande criminosa, no caso do aborto, é a mãe, não era assim que a justiça no início do século XX percebia as responsabilidades envolvidas em um caso de aborto. A opinião desta velha parteira, no entanto, reflete uma concepção tradicional e antiga e que ainda se mantém atualmente acerca da maternidade:

Quando falo em maternidade, não posso ignorar em primeiro lugar, uma de suas faces mais evidentes: a da responsabilidade feminina na reprodução humana, desde a responsabilidade pelos corpos gerados (seja na gravidez, no parto, na amamentação ou na continuidade da vida da criança) até o controle da concepção (os métodos contraceptivos existentes ainda são na maioria femininos).<sup>293</sup>

É preciso lembrar que, nos casos de aborto, as questões religiosas têm um

---

<sup>292</sup> ROHDEN, Fabíola. Op. Cit. 2003. p. 137.

<sup>293</sup> SCAVONE, Lucila. Op. Cit. p.37.

peso considerável não só nas decisões das mulheres, como também nas possíveis conseqüências advindas das decisões tomadas:

Segundo Ramos (1997), o aborto, no Brasil, é ato criminoso por interromper gestação não desejada, o que culmina em eliminar uma vida. É considerado pecado pelas religiões, isso porque a mulher é responsável pelas gerações de filhos, sendo esta a razão de sua existência. Através da maternidade, ela é designada por Deus para este fim, não lhe cabendo o direito de interromper a vida que está em seu ventre. Enfatiza que a mulher apresenta conflitos entre o lícito e o ilícito, pecado e não pecado, em contraposição a uma maternidade obrigada e imposta como sendo, para ela, uma realização, que lhe poderá proporcionar uma identidade social.<sup>294</sup>

Portanto, a decisão de abortar é sempre precedida e seguida de inúmeros conflitos éticos e religiosos por parte das mulheres envolvidas. As noções de pecado, do certo e do errado, de crime e do direito ou não sobre a vida do feto atormentam essas mulheres antes e depois do aborto; isso sem contar os aspectos legais envolvidos. Vale também sublinhar o fato de que, no meio dessa tormenta emocional e ética vivenciada por essas mulheres, a imagem do pai destas crianças é totalmente subliminar. Os homens, pais destas crianças indesejadas, praticamente desaparecem de cena, deixando no centro do palco mulheres atormentadas entre as imagens de uma maternidade idealizada e as realidades concretas com a quais elas têm que se defrontar.

No decorrer de nossa pesquisa, encontramos apenas uma parteira que assumiu claramente o fato de que ajudava mulheres a abortar. Por uma questão de sigilo, vamos chamá-la de Violeta:

Posso até ter pecado muito, mas Deus me perdoe, porque eu dava remédio, injeção e comprimido. Pra essas quengas que não queria família. Pegavam os filhos vinham aqui e eu vendia. Muitos.<sup>295</sup>

Como se pode observar mesmo ajudando estas mulheres a abortar e ganhando dinheiro com isso, já que vendia os remédios, esta velha parteira não perde a dimensão do pecado cometido, nem se exime de jogar a maior parte da culpa nas mulheres. Mesmo o termo

---

<sup>294</sup> NERY, Inês Sampaio. **O Aborto Provocado e a Questão de Gênero**. Teresina, Editora Gráfica da UFPI, 2002, p. 111.

<sup>295</sup> Entrevista com Violeta.

usado por ela para designar estas mulheres denuncia sua atitude: essas quengas. Quengas aqui tem o sentido de prostituta, de puta, no entanto, como ela mesma nos informou, nem todas as mulheres que compravam estes remédios eram prostitutas. Algumas eram mulheres solteiras que não poderiam arcar com uma gravidez e mesmo mulheres casadas a procuravam para livrar-se de uma gravidez inoportuna.

Portanto, seguindo uma lógica social longamente elaborada, toda a responsabilidade recai sobre as mulheres e, embora este seja um discurso masculino e de matriz patriarcal, ele foi incorporado pelas mulheres que passaram a assumir não só as responsabilidades acerca da gravidez, do parto, do aborto e da contracepção, como também de toda a culpa advinda destes processos: se ficam grávidas, abortam, gritam na hora do parto, não fazem o pré-natal, morrem no parto, tudo é culpa das mulheres.

Esta ideologia serve não somente para a submissão feminina, mas orienta procedimentos médicos e políticas públicas acerca da saúde da mulher, assim como ajuda a escamotear a negligência médica e a omissão do Estado, no que diz respeito ao atendimento da saúde feminina; para não falar na responsabilidade dos homens no que diz respeito à reprodução humana, sendo este um dos principais vetores da reprodução da pobreza e da explosão da gravidez na adolescência no Brasil atualmente.

Além desses pontos, pretendemos ainda analisar alguns dos rituais do parto vivenciados por estas comunidades; rituais que incluíam as rezas, a posição de parir, a participação dos maridos, os chás e alguns procedimentos que informam não só a influência do discurso médico nestas comunidades, como também a sobrevivência de algumas tradições no ato de partejar.

Rossilda pega o rumo de cada parto acompanhada de outra parteira, Angelina. Em espírito invocado, porque Angelina deixou este mundo há muito. O segredo dessa dupla de vivente e não vivente não conta. “Senão perde a valoridade”. Quando a hora chega, vencidas as nove luas, os homens são despachados para não fazer zoada. Parto é festa feminina. Vem vizinha de todo canto, comadre e não comadre. Enchem a casa, fazem café e mingau e se põem a contar causos e piadas para distrair a barriguda. Rindo um pouco, rezando outro tanto, de branco dos pés à cabeça, Rossilda vai ajeitando a criança, vigiando a dor. Quando se vê, “lá vem o menino escorregando pro mundo”. (A Floresta das Parteiras-Revista Época).

## **CAPÍTULO 4: RITUAIS DE VIDA NO SERTÃO DO CEARÁ**

### **4.1 O Espaço do Parto Domiciliar**

Neste capítulo, pretendemos abordar as diversas faces do ritual do parto domiciliar, começando pelo espaço onde estes ocorriam. Antes de irmos adiante, precisamos esclarecer alguns aspectos acerca do tipo de moradia predominante na região entre a população mais pobre, para que possamos dimensionar as dificuldades vivenciadas por parteiras e parturientes em seu cotidiano.

As casas eram construídas de taipa, cobertas por telhas e, o madeiramento do teto normalmente feito de troncos de carnaúbas. A maioria delas contava com cerca de três compartimentos: uma sala, o quarto e a cozinha. O teto costumava ser muito baixo e o chão de terra batida. O banheiro, quando havia, ficava localizado nos fundos da casa, separado do corpo principal. Na cozinha, localizava-se um fogão a lenha, onde se cozinhava em panelas de barro. Quem não possuía fogão a lenha, costumava cozinhar em fogareiros, abastecidos por carvão e querosene.

Em virtude destes costumes, as madeiras do teto e algumas paredes eram cobertas por uma camada escura e oleosa produzidas pelas fumaças do fogão e das lamparinas. Em relação à ventilação, as casas costumavam ter janelas na frente, na cozinha, no corredor e às vezes no quarto. Nem sempre, no entanto, os quartos tinham janelas.

Devemos anotar este fato. Tal configuração arquitetônica era explicada pelo costume que ditava que os quartos das moças não deveriam ter janelas, para impedir que elas fugissem à noite para encontrar com os namorados. Daí a existência destes quartos que mais pareciam celas conventuais, escuros, quentes, pela ausência de ventilação.

Estes quartos, onde muitas vezes não havia janelas, eram quartos pequenos, com o teto baixo, onde havia apenas uma cama, um baú para roupa, um cabide e um pequeno

móvel onde se colocava o urinol a ser usado durante a noite. Esta descrição, no entanto, diz respeito às casas onde a pobreza não era muito grande. Nas casas extremamente pobres, não havia cama, nem baú e muitas vezes nem o urinol. As pessoas dormiam de rede e penduravam suas poucas roupas em pregos fincados na parede. Guarda-roupa era um luxo para muito poucos.

Imagine-se, portanto, uma mulher em trabalho de parto dentro de um quarto escuro, quente, iluminado apenas por uma lamparina e onde procedimentos delicados deveriam ocorrer. Além disso, o tamanho do quarto e a altura do teto ajudavam a aumentar o desconforto, se este ficasse cheio de gente como às vezes acontecia durante o parto. Estamos apontando estas questões para não corrermos o risco de romantizar a situação em que ocorria a maior parte dos partos domiciliares. Não podemos formular a idéia de um parto tranqüilo, maravilhoso, sem problemas e idealizado.

Salientamos, entretanto, que, com todas estas dificuldades há pouco descritas, não podemos nos esquecer de que, mesmo pobre, escassamente mobiliado, sem o mínimo daquilo que consideraríamos como conforto, este era o ambiente familiar para estas mulheres. Eram a sua casa, o seu quarto, os seus poucos móveis, os seus objetos, e ao redor dela as suas vizinhas, irmãs, mãe, cunhadas, marido e a sua comadre parteira. Mesmo hoje, a Medicina já reconhece que estar próximo das coisas que carregam sua memória afetiva pode ser extremamente benéfico para os pacientes e algo que nenhuma tecnologia consegue substituir:

São estes os objetos que Violette Morin chama de objetos biográficos pois envelhecem com seu possuidor e se incorporam à sua vida: o relógio da família, a medalha do esportista, a máscara do etnólogo, o mapa-múndi do viajante. Cada um desses objetos representa uma experiência vivida. Penetrar na casa em questão é conhecer as aventuras afetivas de seus moradores. Daí vem a timidez que sentimos ao entrarmos em certos quartos em que os objetos nos revelam quem é seu dono.<sup>367</sup>

Para as mulheres do sertão do Ceará, estes objetos que carregavam suas biografias e sua afetividade podiam ser: sua máquina de costurar e bordar, a almofada de fazer

---

<sup>367</sup> BOSI, Ecléia. **Memória e Sociedade**. Lembranças de Velhos. São Paulo, Cia das Letras, 1994. p.441.

rendas, os poucos móveis, porém feitos com capricho pelo seu parente marceneiro, suas toalhas e colchas bordadas para seu enxoval, painéis de alumínio, seus quadros de santos, toalhinhas e seus bibelôs; enfim, todo um conjunto de pequenos objetos que definiam sua vida, seus afetos e as pequenas coisas de que podia se orgulhar.

Agora que esclarecemos o contexto domiciliar em que ocorria a maioria dos partos por nós mapeados, poderemos analisar alguns dos rituais de parto elaborados nestas comunidades. Entre os costumes presentes no sertão do Ceará estava aquele de mandar buscar a parteira somente depois que as contrações mais intensas começavam, ou seja, com o trabalho de parto já em andamento. Daí a afirmação, comum na região, de que parteira só era chamada de última hora.

Esta questão de mandar chamar a parteira já com o parto em andamento talvez possa ser creditada a uma série de fatores: o primeiro deles diz respeito à questão do tempo da parteira. As parteiras não viviam dedicadas exclusivamente ao ofício de partejar. Elas normalmente tinham outros afazeres, além de também serem mães e donas de casa. Não tinha sentido manter-se uma parteira ao lado de uma parturiente que mal iniciou o trabalho de parto. Além do mais, estas mulheres não se encontravam sozinhas, quase sempre estavam rodeadas de outras mulheres: vizinhas, parentes que ficavam auxiliando enquanto a parteira chegava.

Este procedimento de chamar a parteira na última hora, porém, podia provocar sofrimentos adicionais às mulheres, porque, muitas vezes, as parturientes moravam distante das parteiras. Além da distância propriamente dita, ainda havia o problema dos transportes e do acesso. Em quase nenhum caso, havia carros disponíveis para o transporte da parteira e, em alguns, se carro houvesse, os caminhos muitas vezes não permitiam sua passagem porque não havia estradas para o trânsito dos veículos.

Portanto, quase sempre, a parteira se deslocava ou a cavalo, de bicicleta, de carroça e em alguns casos mais raros e mais modernos, de motocicleta. O transporte a cavalo



era mais comum. Foi-nos relatado que muitas vezes este deslocamento era feito à noite, por veredas esburacadas e perigosas, e muitas vezes debaixo de chuva. Nestes casos, sempre havia o temor, por parte da parteira, de não chegar a tempo de auxiliar ou mesmo de salvar a mulher e o bebê.

Aliás, as dificuldades de deslocamento das parteiras são recorrentes nos relatos que narram os sofrimentos da profissão e foram anotados nas diversas regiões do País:

Assim, com as reais condições existentes, essas mulheres de rostos vincados e memória povoada de tantos nascimentos que até já perderam a conta, desenvolvem uma prática de cuidado embrenhando-se no mato, no sol, na chuva, atravessando rios, subindo e descendo serras, vencendo quilômetros a pé, cavalo, ou seja lá de que transporte for para ajudar suas comadres a dar à luz. Como cita Barros(1998), iluminam o caminho com lanternas, fazem previsões de olho nos ciclos da lua, invocam os santos de sua devoção, fazem remédios caseiros com plantas conhecidas, enfim são mulheres invisíveis no Brasil dos ricos, indispensável no país dos pobres.<sup>368</sup>

Como se pode observar, o primeiro obstáculo a ser transposto pelas parteiras no exercício de seu ofício era justamente chegar ao local onde seus serviços eram necessitados. Em vários dos nossos depoimentos, encontramos esta questão como a que acarretava mais sacrifícios para elas. Deslocar-se debaixo de chuva, no meio da noite, por estradas esburacadas, enlameadas e acompanhadas por homens desconhecidos, porque, na maior parte das vezes, quem se encarregava da tarefa de ir buscar a parteira era o marido da parturiente:

Era o marido da mulher, tudo isso a gente passa vergonha, né? Você sair mais um homem, num sabe nem quem é. (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Aqui esta parteira nos relata um dos problemas do trabalho de parteira, o fato de uma mulher, muitas vezes casada, sair de noite com um homem desconhecido, marido de outra mulher, para ajudar no trabalho de parto. Este era um problema de ordem moral, digamos assim, porque a violência não era bem o que estava em questão.

---

<sup>368</sup> DIAS, Maria Djair. Op. Cit. p.130.

Não era costume, no sertão do Ceará, mulheres casadas saírem de casa, ainda mais à noite, em companhia de outro homem que não fosse seu marido ou um dos homens de sua família. As parteiras, portanto, por deterem conhecimentos que as outras não detinham, acumulavam poderes que lhes permitiam ter comportamentos interditados às outras mulheres:

E eu uma vez fui fazer lá no finado Fransquim, duma mulher, o home vinha tão bebo de um jeito, vinha a cavalo(...) Fui mais o home no cavalo, na garupa do cavalo, morreno de medo mais fui, assisti com essa mulher, a gente sofre mia fia...( D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Portanto, além das questões morais, havia ainda as de segurança no transporte. Esta parteira, por exemplo, foi na garupa de um homem que cavalgava embriagado. Em outros relatos, encontramos parteiras que, embora transportadas de carro, corriam riscos assemelhados, porque os condutores vinham desesperados por socorro e a pressa com que dirigiam poderia provocar acidentes graves:

Cárminha, eu naquele dia, eu maginei muitas vezes, vou morrer naquele canto de cerca. Carminha ele era o home mais vexado do mundo, e numa coisa dessa ele corria demais, e eu dizia acolá nós vamu morrer. Nós cheguelo lá assim no clarear do dia. Na sala tava assim de gente, eu disse, Carminha a mulher já morreu, ela disse-morreu mesmo- quando eu cheguei lá num tinha morrido não, tava assim a cama arrudiada, a família dela, de homi, irmão,marido,tudo. (D.<sup>a</sup> TALITA ).

Neste relato, vemos uma síntese dos perigos a que se expunham as parteiras no exercício de seu ofício. Talvez o desespero do motorista que a transportou se explicasse pela situação desesperadora em que se encontrava a parturiente. A imagem da casa cheia de gente e da cama da parturiente rodeada por membros de sua família denota que tanto os vizinhos quanto os parentes esperavam por um desenlace fatal, que, felizmente, neste caso não ocorreu.

É preciso esclarecer, para quem não conhece a situação na região, que muitas vezes as casas em que as pessoas moravam eram afastadas de qualquer núcleo urbano, por menor que fosse. Além disso, na época das chuvas, era corriqueiro o transbordamento de

córregos, deixando as passagens praticamente intransitáveis, o que agravava ainda mais as condições de atendimento destas mulheres.

As mulheres que eram atendidas por estas parteiras, muitas vezes, moravam em casas isoladas em que até a vizinha mais próxima ficava a algumas centenas de metros. Encontramos nas nossas entrevistas inúmeros casos de mulheres que deram à luz sem auxílio de ninguém, porque, quando a parteira finalmente chegava, a criança já havia nascido, deixando para ela a tarefa de terminar o parto, cortar o cordão umbilical e fazer o asseio da parturiente.

## 4.2 Procedimentos

Quando eu vejo que ta alta a criança que num dou jeito, [depois do exame de toque], eu digo mia fia tá muito alto, vamo pro hospital, aí agora quando tá baixo é que dá certo eu pegar a criança. (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Um dos primeiros procedimentos das parteiras quando chegavam à residência da parturiente era realizar o exame de toque, para perceber não só a dilatação como também a posição da criança. Este exame era importantíssimo para a correta avaliação das perspectivas do parto. Neste depoimento, a parteira aponta um dos diagnósticos de parto complicado para ela. A criança estar alta significava que a posição em que se encontrava o bebê tornava praticamente impossível um parto normal sem ajuda de instrumentos, daí o recurso ao hospital. D.<sup>a</sup> Francina, a parteira há pouco mencionada, era uma parteira leiga, portanto, não conhecia alguns dos procedimentos que poderiam ser utilizados para viabilizar este tipo de parto:

A primeira coisa que eu fazia era fazer a assepsia na mulher. Eu só saía com tudo esterelizado, a bolsa era esterelizada, aí fazia o exame, butar a luva e lá dentro, falar como é que tava, saber se tem início o perine ou se era normal, aí começava a dilatar. (D.<sup>a</sup> EUNICE).

Este depoimento pertence à única parteira formada entre as entrevistadas. D.<sup>a</sup> Eunice demonstra a preocupação com a assepsia antes de examinar a mulher, menciona que até mesmo sua bolsa de trabalho era esterilizada; fala sobre as luvas que são colocadas antes do exame de toque. Encontramos esta preocupação com a assepsia entre quase todas as parteiras entrevistadas, mas notadamente entre aquelas que tiveram algum tipo de treinamento hospitalar. Aliás, a grande crítica que todas elas fazem às outras parteiras diz respeito ao problema do cuidado com a higiene, da necessidade das mãos e das unhas limpas.

Além disso, alguns procedimentos utilizados por algumas parteiras leigas também eram vistos com certo ceticismo pelas parteiras treinadas pelos médicos. Havia algumas parteiras que costumavam misturar fumo com azeite doce para passar na barriga da mulher:

Diz que faziam e eu cheguei em muitas casas de num agüentar o cheiro. (...) Eu acho que elas achavam que aquilo era um remédio. Que ajudava, cansei foi de dá meio banho em mulher que eu num agüentava, amorna a água, vamu tuma um banho, pra tirar isso, fiz isso muitas vezes. (D.<sup>a</sup> TALITA).

Como se vê, D.<sup>a</sup> Talita, uma parteira treinada pelos médicos, condenava veementemente um procedimento comum na região, mas que era visto por ela como uma grave violação das normas de assepsia que ela seguia. Por isso, uma vez que ela chegasse para atender uma parturiente que tivesse sendo atendida por uma parteira leiga e encontrasse a mulher besuntada de fumo com azeite doce, a primeira coisa que ela fazia era banhar a mulher, ou seja, restituí-la aos padrões de higiene da Medicina, nos quais ela fora treinada.

Esta questão do uso do azeite e do fumo foi mencionada por outra parteira, uma leiga, como tendo sido utilizado por parteiras mais antigas do que ela:

A cebola branca, misturada com o fumo e o azeite doce prá passar na barriga. [para ajudar a dilatar?] É, mais hoje tem mais isso não. A muié ficava fedorenta, um pouco fedorenta. (...) e azeite doce você sabe que ajudava a passar também. (D.<sup>a</sup> JOSEFA).

Esta mistura, cebola branca com fumo e azeite, formava uma pasta que era espalhada na barriga da mulher. Este procedimento era realizado porque se acreditava que ajudaria na dilatação; no entanto, quase todas as parteiras entrevistadas só mencionam este costume como algo feito apenas por parteiras mais antigas.

Não sabemos se efetivamente era o que ocorria ou se a condenação por parte das parteiras treinadas em hospitais começou a coibir o costume ou pelo menos a menção a ele. Percebemos que D.<sup>a</sup> Josefa usou o argumento dos médicos e das parteiras treinadas: a mulher ficava fedorenta, ou seja, suja, o que contrariava as normas de higiene defendidas por estes.

Destacamos nesta condenação do uso do azeite e do fumo o fato de que talvez aqui se perceba uma substituição das práticas tradicionais de ritual do parto pelas normas higiênicas protagonizadas pela Medicina. Ao condenar a prática do uso da massagem com azeite e fumo, tanto as parteiras treinadas quanto as leigas, já influenciadas pelo discurso médico, perdiam a dimensão do significado ritualístico e simbólico da massagem com óleo e só conseguiam enxergar a sujeira e o mau cheiro.

Em várias outras regiões do País, encontramos a menção à massagem com óleos variados nas barrigas das mulheres em trabalho de parto. Em todas elas os significados se assemelham: para acalmar a mulher, relaxar e mesmo para ajeitar a criança para a posição correta de nascer: as chamadas “puxações”:

Tradicionalmente os saberes das parteiras sobre os banhos de assento, as massagens, puxações, com ervas, folhas e cascas para o corpo e para cabeça constituem-se em fator preponderante. Segundo elas, assim o mal é dissipado através das “puxangarias”, o corpo da mulher ganha mais expressão e, portanto se torna mais saudável. O contato e aproximação física entre parturiente e parteira reconstitui a solidariedade. O tocar, o apalpar, sentir o corpo, se opõe a medicina formal que faz intervir a mediação instrumental e a distância social. As puxações com azeite de andiroba e óleo de copaíba são práticas comuns em grávidas a partir de 05 meses para ver como está o bebê ou para endireitá-lo quando não está na posição correta.

Segundo as parteiras o apalpar é fundamental para o controle de uma boa gestação.<sup>369</sup>

Ela ainda menciona outro procedimento, que era do besuntar as mãos das parteiras e a genitália das mulheres com azeite doce para facilitar na passagem da criança. Portanto, era uma forma de lubrificar tanto as mãos das parteiras quanto o canal de passagem, o que machucaria menos as mulheres.

Além das questões relativas à higiene, alguns outros aspectos diferenciavam as parteiras leigas das treinadas nos procedimentos iniciais tomados, tão logo começavam seu atendimento:

A mulher aqui ta muito doente e num tem quem intenda como é isso, ta bom, fui lá dentro, lavei minhas mãos, já pedi água, esterelizei tudo, aí vim olhar (...) ta bom, vamu vê, pus logo soro na mulher, aí apliquei mais umas injeçãozinha, para reforçar ela melhor. (D.<sup>a</sup> TALITA).

Neste depoimento, vemos as marcantes diferenças entre os procedimentos entre parteiras leigas e treinadas. D.<sup>a</sup> Talita chegou para atender esta parturiente que já estava sendo atendida por uma parteira leiga, que não havia conseguido fazer o parto porque a criança estava mal posicionada. Como a mulher já se encontrava exausta pelo longo sofrimento, D.<sup>a</sup> Talita lhe aplicou um soro para suprir sua alimentação e em seguida lhe deu as chamadas injeções de força, para que a mulher tivesse força para suportar o final do trabalho de parto, que, neste caso, foi bem-sucedido. Era justamente este instrumental- remédios, fórceps, luvas, injeções, além dos conhecimentos propriamente ditos- a fazer com que as parteiras treinadas em hospitais se sobrepusessem às parteiras leigas.

---

<sup>369</sup> BARROSO, Iraci de Carvalho. **Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais do Amapá-Histórias e Memória**. Dissertação de Mestrado em História. IFCH/Unicamp. Campinas, 2001, mimeo. p.48.

### 4.3 Posições do Parto

Vistos quais os primeiros procedimentos, deter-nos-emos agora em um ponto primordial dos partos domiciliares: a posição de parir. Nos hospitais, as mulheres são levadas a parir deitadas com as pernas suspensas em alças de ferro geladas e em uma posição que, além de desconfortável, não ajuda na expulsão da criança:

Na atualidade, com o movimento de humanização da assistência à mulher durante o parto, vêm sendo criados espaços de discussão a respeito das posições comumente adotadas pelas mulheres. Nos hospitais, os profissionais orientam que a mulher durante o parto deve ficar deitada de costas com as pernas para o ar, como barata de barriga para cima, posição conveniente ao obstetra, mas desconfortável e danosa à parturiente e à criança. A discussão permite um repensar dessa prática, pois oferece às mulheres possibilidades de escolher e ser encorajada a adotar outras posições nesse momento.<sup>370</sup>

Como vemos, a posição adotada na hora do parto é de suma importância para o conforto das mulheres. Além do mais, as formas encontradas pelas mulheres no momento de dar à luz refletem práticas culturais arraigadas em suas comunidades assim como as transformações sofridas por elas. O modelo de parto formulado também transparece na questão das posições escolhidas: se respeitoso dos desejos das mulheres ou se desconsiderando esses desejos. Nesta perspectiva, é que vamos agora analisar alguns dos rituais do parto domiciliar realizado pelas velhas parteiras.

Nos partos feitos em casa, além de dar à luz no seu quarto, na sua cama ou rede, rodeada por seus objetos familiares e muitas vezes ajudada pelo pai da criança, estas mulheres são estimuladas a parir nas posições que lhes sejam mais confortáveis e que ajudem na expulsão da criança. Por isso é muito comum a ocorrência do parto de cócoras, ou sentada, porque assim a própria gravidade ajuda na hora da expulsão, tanto do bebê quanto da placenta:

---

<sup>370</sup> DIAS, Maria Djair. Op. Cit. p.163.

Eu faço na rede. Uma vez fiz um parto com a mulher sentada nos joelhos do esposo. (D.<sup>a</sup> MARIA PEREIRA).

Tinha numa cadeira, fácil demais fazer numa cadeira, porque a criança desce para baixo e numa cama só desce o pescoço, o menino não vai nascer pelo pescoço.<sup>371</sup>(D.<sup>a</sup> ISALTINA, 56 anos).

De primeiro era uma cepa. Eu realizei alguns, mas acho que deitada é melhor, é mais jeitoso. Sentada no cepo é um espetáculo, é feio. Eu tive dois filhos de cócoras, sem ajuda de ninguém. ( D.<sup>a</sup> ANA JOSÉ).

Nestes três depoimentos, formas diferentes de parir e opiniões diferentes acerca de tais maneiras. No primeiro, uma imagem que fala mais do que mil palavras: dar à luz sentada no colo do marido, sendo amparada e acarinhada por ele, enquanto a parteira, sua “comadre”, a estimula, apóia. Muito diferente da realidade dos hospitais, onde, além de dar à luz longe de casa e em uma ambiente destinado à doença, muitas vezes as mulheres são atendidas por auxiliares ou enfermeiras grosseiras ou por médicos indiferentes ao seu sofrimento e à sua angústia. Isto quando não são abandonadas a parir sozinhas nas enfermarias lotadas de mulheres na mesma situação:

Logo após a admissão, ela vivencia o trabalho de parto e parto e ela é encaminhada para a sala de pré-parto. Na minha vivência profissional em hospitais públicos, a sala de pré-parto tem a circulação de vários profissionais plantonistas, muito raramente há a preocupação desses profissionais de se identificarem para as parturientes. São realizados procedimentos técnicos de modo impessoal. Não é permitida a presença de acompanhantes, o apoio e conforto ficaria, em tese, sob a responsabilidade de quem está assistindo. Não se estabelece a relação profissional-paciente, mesmo em um plantão de 12 horas, ela pode ser avaliada por diferentes profissionais. Em nenhum momento lhe é dada a oportunidade de manifestar seus medos, angústias ou desejos. A boa parturiente é aquela que menos reclama, grita, chora, aquela que, mesmo sentindo dor, e sem conhecer o profissional que “fará” seu parto, permanece resignada.<sup>372</sup>

Como essa autora demonstra, há uma diferença significativa no tratamento recebido pelas mulheres do parto domiciliar para o parto hospitalar. Observamos que, enquanto no primeiro caso ela dá à luz amparada pelo marido e pela sua parteira, em um espaço que lhe pertence, no segundo, ela encontra-se longe de todas as suas referências afetivas, rodeada de pessoas que não se constituem novas referências. É sintomático o fato de

---

371 Entrevista com D.<sup>a</sup> Isaltina Silva Sousa, 56anos, realizada em 15/03/2004, em Pedra Branca-CE.

372 FIGUEREDO PEREIRA, Adriana Lenho de. Op. Cit. pp.61 e 62.



que, para alguns autores, o espaço do hospital se constitua, para estas mulheres, como um lugar de exílio:

Nas entrevistas, no discurso das mulheres reconhecemos dois sentimentos freqüentes em relação à internação-solidão e muita saudade. Começamos a perceber estes sentimentos como os de uma pessoa exilada, que por algum motivo político, existencial etc, é obrigada se ausentar de sua família, de seu lar, de seu trabalho, enfim de suas raízes. Nesse caso, elas estavam se ausentando do país dos sãos para o país dos doentes.<sup>373</sup>

O segundo depoimento reporta-se a uma cadeira, mas era uma cadeira especial, com assento vazado, onde as mulheres se sentavam para parir. Como a própria parteira diz, a criança “desce para baixo”, ou seja, a gravidade ajuda no parto. O “cepo” mencionado no terceiro depoimento era uma espécie de banco vazado usado também pelas mulheres para o mesmo fim, mas o que é interessante neste relato é a opinião emitida pela parteira acerca desta posição. Ela praticamente repete o discurso médico, pois, ao dizer que deitada é mais jeitoso, ela quis dizer mais jeitoso para ela, a parteira.

Outro aspecto levantado por esta parteira é a questão moral, ao dizer que parir sentada é feio. Ela, mais uma vez, repete o discurso médico, pois o feio aí remete ao pudor e à moralidade. O parto de cócoras ou sentada expõe muito mais o corpo da mulher e mostra praticamente desde o começo do trabalho de parto. Daí a noção de espetáculo enunciado pela parteira.

Esta referência ao pudor e à moralidade das parteiras já foi comentada por outros autores como características detectadas em outras localidades:

O fato da parteira proteger a exposição do corpo da parturiente, sobretudo o órgão sexual, na hora do período expulsivo, é um indicativo do pudor da parteira com relação ao corpo.<sup>374</sup>

Como se pode observar por este trecho, as questões relativas à moralidade e ao

---

<sup>373</sup> GARCIA, Margareth Rose Gomes. Op. Cit. p. 79.

<sup>374</sup> FREITAS, Maria do Socorro. **Mãos que Aparam Vidas**: Um estudo sobre a prática das parteiras domiciliares de Caruaru. Dissertação em Sociologia. UFPB, João Pessoa, 1997, mimeo. pp. 83 e 84.

pudor eram de tal modo presentes nestas comunidades que não se permitia relaxamento nem mesmo na hora do parto.

É interessante perceber, no depoimento de D.<sup>a</sup> Ana, que, mesmo achando que o parto de cócoras era muito feio, nos seus próprios partos ela não se preocupou com esta norma. Ela pariu de cócoras, embora tenha tido o cuidado de dizer que pariu sozinha, sem ajuda de ninguém, ou seja, não deu “espetáculo”, não se expôs diante de outras pessoas.

Destacamos é fato de nestas variadas modalidades de se dar à luz e mesmo com as parteiras preferindo esta ou aquela forma, o que valia era a vontade da parturiente. Se a parturiente quisesse dar à luz deitada, ou sentada, era costume das parteiras respeitarem sua vontade:

[*D. Francisca e porque a senhora colocava as mulheres para ficar andando?*] Para facilitar na hora do bebê nascer, eu não gostava muito que tivesse sentada, podia estar estirada na rede, podia andar, porque tinha delas que gostavam de pegar nos punhos da rede e gente faz toda peleja para ver se aquela mulher sofre menos. Mas se ela quisesse está deitada, estava, se quisesse andar, andava, eu nunca gostei de forçar, eu deixava a vontade. (D.<sup>a</sup> FRANCISCA FREITAS).

Esta idéia de se respeitar a vontade da parturiente é um dos grandes diferenciais do parto domiciliar. Este respeito pela voz e pelos desejos das mulheres em trabalho de parto é apontado como uma das grandes características do parto humanizado promovido pelas parteiras e é uma prática encontrada em vários locais do País:

A posição do parto é realizado como a parturiente desejar, sentada, deitada, na rede, de cócoras, vertical, horizontal, enfim, da maneira mais confortável para a mulher. As parteiras que já viram como se faz partos *hospitalares*, afirmam que só existe uma posição para a parturiente e assim favorece o conforto do médico e não da parturiente.<sup>375</sup>

Apesar destas diferentes formas de se dar à luz, entretanto, maneira predominante encontrada em nossas entrevistas era a de se parir deitada, na cama, ou em uma rede. Embora este último jeito fosse considerado muito desconfortável por parte das

---

<sup>375</sup> BARROSO, Iraci de Carvalho. Op. Cit, pp.98 e 99.

parteiras:

(...) fui fazer um parto, primeiro filho, precisou fazer a episiotomia. Bom aí pra fazer uma episiotomia numa mulher numa rede, senhor Jesus da cruz, di noite, clareado *com* a lamparina viu. Aí eu falei para a mãe da mulher, mia filha vamu fazer uma caminha aqui no chão, vamu forrar, que aqui é um lugar bem prático para se fazer esse trabalho. Ah! Mas o pai é mei biruto num sabe. Aí vai deu um iscandulo, virou bicho comigo, (...) e virei pra ele e disse: olha Filandro, é o seguinte, eu estou fazendo isso, eu num tô humilhano sua filha não, é uma coisa que eu preciso fazer e tem que ser da maneira que tá aqui, se ela não tem uma cama, fiz uma caminha no chão, quando terminar aqui ela vai pra redinha dela. (D.<sup>a</sup> SOCORRO).

Neste depoimento, há uma situação emblemática de algumas dificuldades vivenciadas por parteiras e parturientes no momento do parto. Precisando fazer uma episiotomia na parturiente, D.<sup>a</sup> Socorro se deparou com adversas condições: a parturiente não tinha cama e era virtualmente impossível fazer uma episiotomia com segurança em uma paciente deitada em uma rede e ainda por cima, iluminada pela luz apenas de uma lamparina. Para resolver a situação, D.<sup>a</sup> Socorro improvisou uma cama no chão porque este lhe daria a superfície plana de que ela necessitava para executar o procedimento.

O pai da parturiente, no entanto, se exaltou com a parteira, entendendo que colocar sua filha no chão era uma forma de humilhação. É preciso esclarecer que, no sertão central do Ceará, durante praticamente todo o período em estudo, possuir uma cama era um símbolo de *status*. Somente os muito pobres não possuíam camas. Era muito comum que as pessoas comprassem camas e continuassem dormindo de rede. A cama ficava no quarto, enfeitada com uma bonita colcha, porém sem nenhum uso, servindo apenas para decorar o quarto e para simbolizar *status*. Neste contexto, o pai da parturiente entendeu que, como sua filha não tinha cama, ou seja, era muito pobre para possuir uma, a parteira resolveu humilhá-la, deitando-a ao chão. Daí ele ter sido extremamente agressivo com a parteira.

Outro destaque neste depoimento, D.<sup>a</sup> Socorro era uma parteira treinada em hospital, portanto, habilitada a fazer em casa um procedimento que só é comum nos hospitais: a episiotomia. As parteiras leigas não contavam com este recurso que ajuda na passagem do

bebê, especialmente no caso do primeiro filho. Ela nos relatou que possuía todo o instrumental, que trazia do hospital, até mesmo anestésias, como xilocaína e lidocaína, ela possuía na sua mala.

Outras parteiras também já tinham mencionado as dificuldades de se fazer o parto em uma rede:

Sentada na rede aí tinha a criança é muito ruim assisti uma mulher na rede, é muito ruim. (...) é muito melhor você fazer uma cama no chão, deitar ela do que você assistir uma mulher numa rede. (...) butei numa porta porque ela não quis ir pra rua e butei na porta. [em cima duma porta?] Duma porta, a gente num vai contar riqueza nem mentira. Conto a verdade né, eu já passei por muitas pobrezinhas, tinha delas que num tinha nem com que alimpar a criança (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Aqui mais uma vez, a associação entre não possuir uma cama e a pobreza da parturiente, como não havia cama e a mulher não quis ir para a “rua”- rua aqui entendida como procurar o hospital- a parteira deitou-a em cima de uma porta no chão. Percebemos que ela identificou esta situação como sinal da extrema pobreza da mulher, concluindo dizendo que muitas não tinham roupas nem sequer para limpar a criança.

Voltando ao depoimento de D.<sup>a</sup> Socorro, vemos outro aspecto destacado por ela, que nos aponta outra das dificuldades vivenciadas por estas mulheres: o problema da iluminação. No sertão central do Ceará, por todo esse período, um grande número de casas não possuía luz elétrica. À noite as casas eram iluminadas por lamparinas, uma espécie de lampião rústico feito de latas usadas de óleo, pavios de algodão e alimentados por querosene. Estas lamparinas produziam uma luz muito fraca e localizada, além de produzirem uma fumaça escura e fedorenta que costumava enegrecer as paredes das casas e o madeiramento do teto.

Como já comentamos no início deste capítulo, no entanto, apesar de todas estas dificuldades, estas mulheres estavam em seu elemento, em seu espaço e cercadas de todas aquelas coisas que constituíam seu referencial afetivo. Além da proximidade com o seu espaço cotidiano, sua casa, seus móveis, seu quarto, suas coisas, o parto domiciliar

possibilitou a elaboração de uma série de rituais que cumpriam diversas funções: acalmar, distrair e infundir coragem nas mulheres em trabalho de parto. Alguns desses rituais obedeciam a uma lógica, até mesmo científica, enquanto outros pareciam mais simpatias destinadas a acalmar a parturiente e carregavam também uma grande carga simbólica.

#### 4.4 Rituais

(...) mais para vestir uma blusa do esposo com a frente voltada para trás eu vestia.  
(...) para facilitar o parto.<sup>376</sup> (D.<sup>a</sup> ANA SILVA, 77 anos).

Aqui relatado um dos rituais simbólicos para ajudar na expulsão da placenta, o parto propriamente dito, porque, na terminologia das parteiras, quando se referem ao parto, elas estão se referindo à placenta. Muitas vezes não é o nascimento da criança que pode complicar a situação, mas o fato de a placenta ficar retida dentro do útero. Quando a placenta demorava a sair, era costume vestir a parturiente com uma peça de roupa do marido, no caso, uma camisa, para que a placenta saísse sem demora. Este ritual era uma forma simbólica de trazer a presença do marido e pai do bebê no momento mais crítico e perigoso do parto. Este ritual, com formato diferenciado, foi apontado por outros autores como presente em outras regiões do País:

Esse procedimento de colocar sobre o corpo da parturiente uma das peças do vestuário do marido, é uma forma simbólica de demonstrar que o parto é um momento majestoso e é fruto de uma relação sexual de um homem com uma mulher. (...) Enfim o colocar sobre o corpo da parturiente uma peça do vestuário do marido, representa o encontro entre dois corpos, que se juntaram para gerar um filho e é também uma forma simbólica de incluir o marido no momento da parturição.<sup>377</sup>

Outro costume relacionado à liberação da placenta era aquele de mandar a parturiente soprar dentro de uma garrafa:

Aí bota pra soprar, aí ela dá 3 assopro na garrafa, né, pra butar força né. Porque tem delas que num tem força. A gente ajuda, a gente bota força na barriga dela, às vez o parto tá alto a gente enfia a mão [ na barriga], bota força pro parto descer (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

<sup>376</sup> Entrevista com D. Ana Silva, 77 anos. Parteira desde os 30 anos, realizada em 17/11/1998, em Pedra Branca-CE.

<sup>377</sup> FREITAS, Maria do Socorro. Op. Cit. p. 114.

Este costume era muito utilizado, como se pode ver, para ajudar na saída da placenta. A parturiente ficava soprando forte na boca de uma garrafa para ajudar nas contrações abdominais que facilitassem a expulsão da placenta. Além do esforço da parturiente, a parteira também procurava ajudar, massageando a barriga da parturiente para ver se a placenta “descolava”. Este procedimento também foi encontrado em outras localidades:

O exercício de soprar é empregado para ajudar no descolamento, descida e expulsão da placenta, sendo realizado com as mãos unidas, formando duas conchas com os dedos entrelaçados e a mulher sopra forte no local do encontro dos polegares. Quando a puérpera não consegue fazer esses exercício, é aconselhada a soprar na boca de uma garrafa que exerce o mesmo efeito da técnica das mãos.<sup>378</sup>

Como discutiremos mais adiante, este era um dos momentos mais críticos do parto, porque a placenta que ficava retida dentro do útero provocava hemorragias intensas que poderiam levar a mulher à morte. Outro costume mencionado por algumas parteiras era o que envolvia as cordas:

É tem delas, eu num fiz isso não mais tem delas que bota assim uma corda no caibo pra muié butar força num sabe. Pra nascer a criança ligero, hoje não faz mais essas coisa não, ela deitada na cama e butava aquela corda num armador aquela coisa. (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Neste outro procedimento, a preocupação era o de dar forças para a parturiente. Estender uma corda onde ela pudesse segurar, puxar, usar como ponto de apoio, se fosse preciso se ajoelhar ou se acocorar para facilitar o nascimento. Aliás, esta preocupação com a força da parturiente foi uma constante nos depoimentos das parteiras, pois havia quase um consenso de que as mulheres não deveriam esgotar suas forças antes do término do parto. Daí a extrema preocupação com aqueles partos mais demorados.

Em quase todos os depoimentos, há constante afirmação de que os partos eram ligeiros, pelo menos a partir do momento em que as parteiras chegavam. Lembremo-nos de

---

<sup>378</sup> FREITAS, Maria do Socorro. Op. Cit. p. 167.

que, na maioria das vezes, as parteiras só eram chamadas quando o trabalho de parto já ia bem adiantado.

Portanto, se depois que a parteira chegasse o parto demorasse a acontecer é porque provavelmente havia problemas. E o procedimento comum era o de garantir que estas mulheres tivessem forças para suportar todo o trabalho de parto. Talvez por isso a recorrente preocupação das parteiras em infundir forças e o medo de que as mulheres já estivessem demasiado esgotadas para poderem ajudar.

O fato é que, mesmo que o parto demorasse a acontecer, a função da boa parteira era esperar:

(...) nunca judiei com mulher todas elas me quer bem. [o que é que é judiar da mulher?] Judiar é aquela coitada da mulher sofrendo e eu não quero que a mulher tenha menino sem ser na hora, amassar, machucar, forçar mesmo, não pode ser assim, tem que esperar. (D.<sup>a</sup> ANA SILVA).

Temos nesse depoimento uma concepção acerca do trabalho da parteira, pois elas não podiam apressar a natureza. Embora tivessem seus afazeres, elas consideravam uma violência, uma “judiação”, forçar uma mulher a apressar seu trabalho de parto. Quando elas avaliavam que ainda ia demorar bastante tempo para que a criança nascesse e elas morassem perto, era comum irem para casa e deixarem para voltar mais tarde. Se, porém, a sua residência estivesse muito distante, elas ficavam ao lado das parturientes durante dias e noites inteiros.

Esperar, respeitar o ritmo da natureza, é um dos principais traços do ofício das parteiras e já foi mencionado por outros autores:

Nesta experiência, as parteiras tradicionais adotam uma postura humanizada durante o momento do parto *ao fazer nada, fazer companhia, ficar perto, esperar com paciência, acariciar, oferecer um chá com bastante zelo*. Na verdade, *o fazer nada* significa fazer o que entendem ser necessário para o desenvolvimento do processo com o mínimo de interferência, de maneira pouco intervencionista, respeitando o caráter fisiológico e o próprio ritmo dos acontecimentos. *O fazer nada* quer dizer também criar condições que permitam à mulher sentir-se segura e confiante, ter paciência, estar junto, acolher, permitir que a parturiente possa viver o

prazer e a dor, segundo sua singularidade .<sup>379</sup>

Além do respeito ao ritmo da natureza, esperar o “tempo de nascer”, um dos mais importantes rituais destes partos domiciliares, sem dúvida alguma, eram as orações na hora do parto.

#### 4.5 O Ritual das Orações

O costume de rezar na hora do parto é um dos traços mais freqüentemente encontrados no ritual do parto domiciliar nas mais diferentes regiões:

Tal padrão parece persistir nas estratégias de cura. A relação da parteira com o santo é sem dúvida, de devoção, pois o santo a protege e protege sua clientela; cada parteira tem os santos de sua preferência, aos quais estão ligadas as invocações de suas rezas; também as promessas, as velas, os agradecimentos não são infreqüentes. O santo ora é uma entidade poderosa a quem se suplica, ora é como um pai ou mãe severa mas bondosa; é também um parceiro com quem se conversa, troca-se idéias, discute-se o cotidiano.<sup>380</sup>

Em nossa pesquisa, percebemos que as orações eram mais utilizadas pelas parteiras leigas do que pelas treinadas. Em quase todos os depoimentos por nós coletados entre as parteiras leigas, as orações eram uma constante, embora também tenhamos encontrado parteiras treinadas em hospitais ou por médicos que também se utilizassem das orações:

Fazia o exame de toque e rezava uma oração. No hospital as enfermeiras chamavam de chocalho das parteiras, porque a gente pendura no pescoço. (D.<sup>a</sup> EXPEDITA).

Eu rezava uma oraçãozinha comigo. [a senhora ainda lembra?] Não to quase esquecida, tô lembrada não mia fia. A gente rezava para Nossa Senhora do Bom Parto, pedino a Nossa Senhora que desse um bom parto pra aquela coitada que tava sofrendo muito. Que a gente não podia dar jeito Nossa Senhora ajudasse a gente pra ela ganhar ligeiro. (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Nestes dois depoimentos, dois costumes comuns em relação às orações na hora do parto. No primeiro depoimento, as orações eram dobradas e costuradas dentro de um pequeno envelope de tecido chamado breve. O breve era pendurado no pescoço da parturiente

---

<sup>379</sup> DIAS, Maria Djair. Op. Cit. pp. 157 e 158.

<sup>380</sup> GARNELO PEREIRA, Maria Luiza. **Fazendo Parto, Fazendo Vida: Doença, Reprodução e Percepção de Gênero na Amazônia**. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. PUC/SP. São Paulo, 1993, mimeo. p. 192.



para protegê-la na hora do parto. Por isso ele era chamado de chocalho das parteiras. Eram orações destinadas a Nossa Senhora do Bom Parto ou a São Raimundo Nonato<sup>381</sup>.

No segundo depoimento, um aspecto recorrente nas entrevistas: embora mencionem as orações, falem a que santos se destinavam e até comentem acerca do teor destas orações, a maioria das parteiras afirmava não lembrar do texto da oração. Este fato nos deu a impressão de que estas orações eram destinadas a ser pronunciadas apenas na hora dos partos, como se pronunciá-las em outras situações pudesse diminuir sua eficácia.

Esta crença de que as orações destinadas à a hora do parto perderiam sua força se proferidas em outro contexto já foi apontada por outros autores que analisaram o assunto em regiões diferentes:

Contudo, a maior parte das orações manipuladas pelas “mulheres de dom”, dos povoados rurais da região do Tocantins, é de uso exclusivo da prática de cada uma delas, cujos conteúdos se encontram selados em segredos. São orações, segundo elas, “inspiradas através da vontade divina para os guias” que as compõem segundo as especificidades dos males que pretendem tirar, amarrar ou cortar. Tais orações jamais são recitadas de forma audível, pois os guias não permitem sua revelação, é um segredo partilhado somente por aqueles que possuem o privilégio de transitar entre o mundo dos espíritos e encantados.<sup>382</sup>

Os santos a quem se recorriam eram: além de Nossa Senhora do Bom Parto, São Raimundo Nonato, São Bartolomeu e Santa Margarida. Aliás, além da Nossa Senhora do Bom Parto, a mesma Virgem Maria era invocada sob suas mais diferentes versões. Em quase todos os casos, rezava-se no início do trabalho de parto e na hora da expulsão da placenta. No primeiro caso, para que o trabalho de parto não prolongasse o sofrimento da mulher e no segundo para que a placenta fosse logo eliminada. Neste último caso, a oração a

---

<sup>381</sup> “São Raimundo Nonato nasceu em Portel, Espanha. Quando São Pedro Nolasco, a 10 de Agosto de 1218, dava início à Ordem das Mercês para redenção dos escravos, com rito solene na Catedral de Barcelona, da qual era cônego o amigo e conselheiro Raimundo de Penafort, entre os fiéis estava o moço de dezoito anos, Raimundo, chamado Nonato porque foi extraído do corpo da mãe morta no parto. Filho de família pobre, quando foi pastor de rebanhos. Vestiu o hábito dos mercedários aos vinte e quatro anos de idade, seguindo o exemplo do fundador, se dedicou à libertação dos escravos da Espanha ocupada pelos mouros e à pregação no meio deles. Pela sua difícil vinda à luz do mundo, São Raimundo Nonato é invocado como patrono e protetor das parturientes e das parteiras.” [www.acidigital.com](http://www.acidigital.com). p.1.

<sup>382</sup> MORAES PINTO, Benedita Celeste. Op. Cit. 2004, pp. 231 e 232.

Santa Margarida era a preferida:

(...) Esta oração é bastante difundida na prática das parteiras tradicionais. Segundo Cláudio Parciornik, essa santa é a patronessa das mulheres grávidas da Europa, e morreu por ter resistido às tentações de sedução do seu rei. Diante de tal recusa, recebeu chibatadas por todo o seu corpo e foi jogada na fogueira. Após sua morte, recebeu a coroa de mártir, e foi canonizada como mãe celeste de todos os viventes do Ocidente”. (...) “Minha Santa Margarida, não estou prenha e não estou parida, tira os pedaços de carne podre de dentro da minha barriga.”<sup>383</sup>

Esta oração dedicada a Santa Margarida é uma das mais populares entre as parteiras, e é sempre utilizada para auxiliar no delivramento da placenta. Note-se, no texto da oração, à menção a carne podre. Carne podre neste contexto é a placenta, que já não tem nenhuma serventia e encontra-se em estado de decomposição e por isso precisa ser eliminada de dentro do corpo da mulher, para que ela tenha plena recuperação de seu trabalho de parto.

Apesar de todo o segredo em torno destas orações, no entanto, conseguimos com que algumas parteiras nos declarassem o texto de sua oração predileta:

Primeira cantada do galo São Bartolomeu se levantou e o seu cajado, no seu cajado se encaminhou, na frente encontrou nosso senhor Jesus Cristo, vamu lá Bartolomeu, vim atrás de vós senhor, pra que Bartolomeu? Pra acudir fulana de tal que tá em grande aflição, aí ele responde, atrás Bartolomeu em casa que tu entrar mulher não morre de parto, criança não morre abafano, nenhuma da sua casa morrerá preso nem acorrentado, essa é a final e a pessoa reza 3 vez. (D.<sup>a</sup> LUIZA).

Como se pode observar, a oração a São Bartolomeu é bastante específica no seu pedido: em casa onde o Santo entrar não morrerá mulher de parto, nem criança abafada. Criança abafada tem o significado de criança sufocada, seja por estar com o cordão umbilical enrolado no pescoço, seja porque não consegue sair do útero da mãe. Daí a menção a quem ninguém morrerá preso ou acorrentado.

Estas duas imagens se referem aos laços que unem o destino da mãe ao destino do filho. Estes laços são fortes como correntes que, se não forem quebradas na hora do parto, libertando o filho do corpo da mãe, condenarão os dois à morte, acorrentados um ao

---

<sup>383</sup> FREITAS, Maria do Socorro. Op. Cit. pp.107 e 108.

outro. O recurso de repetir a oração por três vezes é muitas vezes utilizado como uma forma de potencializar o poder da oração em uma referência explícita à Santíssima Trindade:

Partindo dessa lógica, a maior representação sagrada do número três pode ser vista na representação da tríade divina: Pai, Filho e Espírito Santo. Aliás o três é visto em muitas culturas como um número harmonioso, que pode conter poderes mágicos. Dessa forma, a presença ou repetição do número três ou dos seus múltiplos sugere uma idéia de equilíbrio e purificação.<sup>384</sup>

Percebemos no texto da oração que quem confere este poder a São Bartolomeu é o próprio Jesus Cristo, ou seja, um dos membros da Santíssima Trindade.

Como já comentamos, as orações à Virgem Maria eram recorrentes em suas mais variadas faces: Nossa Senhora do Bom Parto, Nossa Senhora de Montserrat, Nossa Senhora da Conceição. Em todos os depoimentos por nós coletados, não conseguimos nenhuma das orações à Nossa Senhora do Bom Parto, mas conseguimos uma destinada à Nossa Senhora da Conceição:

Oh, minha Virgem da Conceição consola esse coração que vós consolai, cheio de pecado, carregado de maldade, oh, minha mãe, se eu tivesse minha mãe como minha advogada, não tenho medo nem pavor de nada, sois os olhos fechados, estrela do mar bendita, os anjos vão entregar, entregadores em Belém, em uma casinha de santos, mais santos para minha devoção, que estará na oração que rezar por um ano contínuo por muito pecador que seja, sua alma será salva. (D.<sup>a</sup> LUIZA).

Como podemos observar, a imagem da Virgem Maria é muito forte e muito recorrente nas orações na hora do parto. Notemos que, nesta oração, ela é invocada como mãe e como advogada, aquela que vai defender a causa do fiel diante de Deus e dos santos. Antes de discutirmos as implicações relacionadas à devoção aos santos, nos deteremos na imagem da Mãe. A grande força que a Virgem Maria imprime aos seus fiéis deriva justamente do papel da mãe sofredora cometida a ela. E é sobre esta imagem da mãe que falaremos agora. É preciso esclarecer que o culto da mãe não foi uma invenção do cristianismo.

---

<sup>384</sup> MORAES PINTO, Benedita Celeste. Op. Cit. 2004, p. 231.

Nas religiões das mais antigas civilizações, encontramos o culto do princípio feminino, que nada mais era que o culto da fertilidade e da continuidade da vida que, então como hoje, era privilégio das mulheres:

A Deusa Mãe, deusa única, foi cultuada, primordialmente, pelos mistérios que envolviam a concepção, a gestação e o nascimento. Mais tarde, apareceu dotada de inúmeras funções, que foram englobando outras necessidades vitais do homem, como alimentação e a fertilidade, que ela estendia aos animais e à natureza. Embora a Deusa fosse representada por numerosas divindades, a partir de suas múltiplas funções, ela sempre foi a única e, durante muitos milênios, reinou sozinha e, seguramente foi a religião da Mãe a primeira e mais antiga das religiões.<sup>385</sup>

Por todo o Oriente Próximo e pelo Mar Mediterrâneo, o “Culto da Mãe” foi sempre uma constante nas religiões das velhas civilizações: Ishtar entre os babilônios, Ísis entre os egípcios, Deméter entre os gregos, Ceres entre os romanos, Cibele na Ásia Menor, não importa o nome com os quais elas foram cultuadas, em todas estas deusas o que se cultuava era a fertilidade, o princípio feminino da vida, o poder da reprodução.

Na transição das sociedades pagãs para a sociedade dominada pelo cristianismo, no entanto, muitos dos costumes da Antigüidade greco-romana foram suprimidos ou adaptados para fins da nova religião triunfante. Entre estes costumes que tiveram que passar por adaptações encontrava-se o que fazer com o culto do princípio feminino herdado das sociedades pagãs.

Os cristãos, seguindo uma tradição herdada do Judaísmo, praticamente desde seus primórdios, sempre lutaram contra a influência das mulheres no seu meio. O grande argumento para a exclusão das mulheres dos lugares de projeção dentro da nova religião era sua “extrema carnalidade”:

Por outro lado, os Pais consideravam as mulheres carnis e sexuais por natureza. Os homens, espirituais, seriam tentados a cair no reino do físico quando na presença de mulheres, carnis. No intercuro sexual, a metáfora do espírito aprisionado na carne ganhava concretude no ato da penetração do corpo feminino.<sup>386</sup>

---

<sup>385</sup> BARROS, Maria Nazareth Alvim de. **As Deusas, As Bruxas e a Igreja: séculos de perseguição**. Rio de Janeiro; Record, Rosa dos Tempos, 2001, pp. 25 e 26.

<sup>386</sup> SALISBURY, Joyce. **Pais da Igreja, Virgens Independentes**. São Paulo, Ed. Página Aberta, 1995. p.43.

Como se pode observar havia um terror profundo envolvendo os primeiros “pais” da Igreja em relação à sexualidade feminina. Este terror foi contornado de duas maneiras: afastando as mulheres de qualquer perspectiva de poder na estrutura da Igreja e criando códigos rigorosos de comportamento a que todas as mulheres deveriam se submeter. Códigos que iam da submissão total aos homens, fossem eles pais, irmãos ou maridos, ao uso dos véus para esconder-se dos olhares masculinos, a reclusão em casa ou nos conventos e a total disciplina da sexualidade<sup>387</sup>. É nesta conjuntura que vai se inserir o surgimento do culto da Virgem Maria:

O Culto mariano acabou se desenvolvendo pela impossibilidade da Igreja de eliminá-lo. Os pais da Igreja perceberam que o cristianismo só seria aceito, dentro dos moldes católicos, se admitisse identificações com as crenças anteriores, sobrevivências de práticas e ritos populares. Sem abrir mão da liderança, o ponto mais importante para o catolicismo, eles fizeram concessões, onde rejeitaram, toleraram e/ou incorporaram algumas crenças, práticas e mesmo alguns ritos.<sup>388</sup>

Como se percebe, o culto da figura feminina que os cristãos tanto quiseram extirpar do seu meio não pôde ser excluída em virtude da força da crença popular na imagem da mãe. Aproveitando-se desta tradição antiga na região mediterrânea- aquela que privilegiava o culto da mãe- os cristãos também adotaram uma mãe para cultuar.

Só que esta mãe que foi elaborada para ser cultuada pelos cristãos era uma mãe moldada pelos desejos de homens que não aceitavam a submissão à Grande Mãe, poderosa, cruel, independente e carnal. A Mãe que estes homens se permitiram adorar era uma mãe asséptica, assexuada, privada de sua independência e de seu poder. A mãe que deu à luz sem prazer sexual e, portanto, foi privada da carnalidade feminina que tanto atemorizava os homens da Igreja.

---

<sup>387</sup> “Restavam as mulheres, o perigo, já que tudo girava em torno delas. A Igreja decidiu subjugar-las. Com esse fim, definiu claramente os pecados de que as mulheres, por sua constituição, tornavam-se culpadas. No momento em que Burchard compunha a lista dessas faltas específicas, a autoridade eclesiástica acentuava seu esforço para reger a instituição matrimonial. Impor uma moral do casamento, dirigir a consciência das mulheres: mesmo projeto, mesmo combate. Ele foi longo. Acabou por transferir aos padres o poder dos pais de entregar a mão de sua filha a um genro, e por interpor um confessor entre marido e esposa” DUBY, Georges. **Eva e os Padres**. São Paulo, Companhia das Letras, 2001, p.36.

<sup>388</sup> BARROS, Maria Nazareth Alvim de. Op.Cit. p.158.

Embora assexuada e despojada de sua carnalidade, no entanto, o poder da Virgem Maria feita mãe e advogada<sup>389</sup> de seus filhos manteve-se forte através dos séculos, tanto que sua imagem é entronizada como padroeira em milhares de cidades pelo mundo. E é sintomático o fato de que os maiores santuários católicos do mundo sejam aqueles dedicados a ela: Fátima e Lourdes. Daí que, na hora do parto, na hora em que mulheres arriscavam suas vidas para serem mães, sua imagem, sua intercessão, fosse a mais procurada.

O papel de Maria como intercessora dos homens junto a Deus, a Jesus ou aos santos consubstancia-se nas diferentes orações destinadas a ela: desde a Salve-Rainha<sup>390</sup> ou a Ave-Maria, passando por outras orações<sup>391</sup> menos conhecidas, em todas elas ela aparece como a mãe que implora misericórdia para seus filhos sofredores e pecadores. Além de interceder junto a Deus ou a Jesus pelos homens, Maria também é uma poderosa intermediária junto aos santos. E agora vamos comentar um pouco sobre a devoção aos santos, um costume tão comum aos fiéis do catolicismo:

(...) antes da Reforma, a relação das mulheres católicas com seus santos era comumente privada ou organizada de maneira informal. As ocasiões mais importantes de invocação dos santos eram a gravidez e, especialmente, o parto. Aí ante suas vizinhas e a parteira, a parturiente pedia à Virgem- ou mais frequentemente, a Santa Margarida, padroeira das mulheres grávidas- pelo conforto de Deus em suas dores e no perigo e que seu filho nascesse vivo.<sup>392</sup>

---

<sup>389</sup> “Maria é reverenciada na qualidade de advogada de todos os viventes que se arrependeram do pecado de terem satisfeito seus desejos sexuais, mas diante do arrependimento e sofrimento, Maria intercede, alivia e apressa o trabalho de parto, porque o produto dele é sagrado, é o filho de Deus””. FREITAS, Maria do Socorro. Op. Cit. p.107.

<sup>390</sup> “A oração Salve Rainha, é via de regra realizada no momento do trabalho de parto. Ela foi relatada por uma parteira rural e uma parteira urbana. ‘Salve Rainha! Mãe de Misericórdia, vida, doçura, esperança nossa, salve! A vós bradamos, os filhos degradados de Eva. A vós suspirando, gemendo e chorando neste vale de lágrimas. Eia, pois, advogada nossa, esses vossos olhos misericordiosos a nós volvei, e depois deste desterro, mostrai-nos Jesus, bendito fruto de vosso ventre, ó clemente, ó piedosa, ó doce sempre Virgem Maria. Rogai por nós, Santa mãe de Deus, para que sejamos dignos das promessas de Cristo’ Como podemos ver, nessa oração, Eva é reverenciada como a mãe dos filhos degradados, ou seja, a mãe de todos os viventes que satisfazem seus desejos sexuais. Aqui, podemos pensar a parturiente ocupando o lugar de Eva, sendo, portanto, pecadora, na idéia do parto como fruto de uma relação sexual de um homem com uma mulher, e das dores da contração do útero como um castigo”. FREITAS, Maria do Socorro. Op. Cit. pp. 106 e 107.

<sup>391</sup> “Oh!, Virgem Maria Mãe de Deus, alcançai de vosso amado filho, perdão, misericórdia. Oração cantada como refrão em terços no sertão do Ceará.

<sup>392</sup> DAVIS, Natalie Zamon. Op. Cit. 1990, p.71.

Este costume comentado por Natalie Davis acerca da França no início da época moderna pode ainda ser encontrado por todo o sertão do Ceará: o culto privado. Talvez por morarem em lugarejos afastados de núcleos urbanos, talvez porque em alguns núcleos não houvesse padres permanentemente, as pessoas que moravam na região pesquisada desenvolveram toda uma relação mais privada com seus santos de devoção: relações estas que vão do costume de se reunir a família e os amigos para rezar o terço, a elaboração das chamadas novenas, que é a organização de nove noites de terços em homenagem ao santo.

As novenas de maio em homenagem à Maria são ocasiões festivas no sertão do Ceará. Aliás, por todo o mês de maio, os católicos no sertão prestam as mais variadas homenagens a Maria: rezam, cantam, vestem-se de branco, realizam pequenas procissões com a imagem da Santa sendo levada de uma casa para outra. Entre as lembranças de infância de várias senhoras sertanejas as festas de maio em homenagem à Maria são sempre uma das lembranças mais marcantes:

A partir do dia 06 começam as caminhadas, sempre nas madrugadas, para os diversos bairros da cidade. Todos os fiéis se encontram na Igreja e daí saem em procissão, tendo à frente Nossa Senhora da Glória, que é conduzida num andor bem ornamentado com flores. Durante o trajeto é feita a liturgia do evangelho, até chegar no local determinado, são feitas paradas para que se possa fazer a leitura do evangelho, bem como a reflexão que fica a cargo de uma pessoa leiga integrante do grupo responsável pela organização da caminhada naquele dia, pois cada dia é um grupo diferente. Ao chegar no local determinado dá-se à celebração. A santa é deixada naquele local (uma escola, capela, creche) durante todo o dia, as pessoas do bairro revezam-se entre si para adorar Nossa Senhora da Glória. À noite a santa é levada para a Igreja Matriz, para celebração da novena.<sup>393</sup>

Embora a autora esteja se referindo à cidade de Mombaça, também localizada no Sertão Central do Ceará, precisamos sublinhar o fato de que, em Senador Pompeu, cuja padroeira é Nossa Senhora das Dores, estas procissões de madrugada com a imagem da Santa também costumam acontecer no mês de setembro, que é quando ocorre sua

---

<sup>393</sup> MOTA FÈLIX, Adriana Maria. **A Coexistência do Sagrado e do Profano na Festa de Nossa Senhora da Glória em Mombaça**. Monografia de Graduação em História, Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005, mimeo, p.53.

feira. É oportuno destacar que, entre as festas mais importantes vivenciadas por estas comunidades sertanejas, encontram-se justamente as festas dedicadas aos seus padroeiros<sup>394</sup>.

Entre as variadas manifestações deste culto privado aos santos e à Virgem, porém, nenhum é tão forte e tão recorrente como os santuários domésticos:

A relação com o sagrado está presente em praticamente todas as casas de pessoas que se autodenominam católicas, muito embora essas pessoas não participem ativamente de movimentos religiosos que a Igreja local promove. As imagens encontradas são, para essas pessoas um sinal da presença divina. E aí é que podemos ver como é importante este sinal que as pessoas determinam. É uma espécie de pacto que se faz de ajuda mútua, onde o santo e o devoto completam-se, e todos saem ganhando. Em algumas casas a presença de quadros com fotos de santos é algo sem limite- se é que existe limite quando se refere a crença. Percebemos que esse ato de ter o santuário, de fazer-se conhecido da comunidade, as pessoas ao adentrarem o recinto não tenham a menor dúvida da presença do divino na família, do entrosamento existente entre a comunidade familiar e o sagrado é muito comum. A presença dos mesmos garante uma proteção contra os males que pode ser acometido a qualquer membro da família.<sup>395</sup>

Aqui nesse trabalho, o autor comenta acerca do significado de um costume muito comum nas casas sertanejas: a organização dos chamados santuários domésticos. Em quase todas as casas sertanejas, encontramos, normalmente na sala, estes santuários: são quadros e mais quadros de santos pregados nas paredes, acompanhados de fitas abençoadas pelos padres, por orações de agradecimentos, por fotos daqueles que conseguiram algumas graças ou promessas alcançadas.

É claro que nestes santuários podemos encontrar aqueles santos mais populares na região: Santa Luzia, Nossa Senhora do Bom Parto, Nossa Senhora das Dores, São Francisco, São José, São João, Menino Jesus de Praga, São Sebastião, Imagens do Padre Cícero, fotos do Papa João Paulo II e, nos últimos tempos, fotos do Padre Marcelo Rossi.

---

<sup>394</sup> “A festa religiosa, em homenagem ao padroeiro, é uma celebração que tem seu caráter originalmente sagrado. Desta forma, mesmo sendo uma festa que se realiza todos os anos, ela não implica apenas em recordações, mas também em expectativas. Portanto, embora seja entendida como uma tradição, as festas religiosas sempre se realizam num clima de renovação espiritual, no qual cada camponês tem a oportunidade de comungar, com todos da comunidade, suas súplicas por melhores chuvas”.CHAVES, José Olivenor de Souza. **Atravessando Sertões: Memórias de Velhas e Velhos Camponeses do Baixo-Jaguaribe-Ceará**. Tese de Doutorado em História. UFPE, Recife, 2002, mimeo. p.164.

<sup>395</sup> DE LIMA, José Ailton Brasil. **Santuários e Oratórios Domésticos: Sinais de Resistência da Religiosidade Popular**. Monografia de Graduação em História, FECLASC/UECE-Quixadá., 2002, mimeo. p.34.



É importante lembrar que, quanto mais variado for o santuário, tanto mais conhecido ele será na comunidade, portanto mais visitado e de maior prestígio e de maior poder. Não nos esqueçamos de que, além da presença cotidiana dos santuários domésticos, o Estado do Ceará conta com dois grandes santuários católicos reconhecidos: a cidade de Canindé, onde fica o santuário a São Francisco<sup>396</sup>, e Juazeiro do Norte que, em novembro, se transforma em uma verdadeira Meca Nordestina para os romeiros do Padre Cícero. A devoção ao Padre Cícero e as peregrinações a Juazeiro se revestiram desde seus primórdios das marcas de um catolicismo eminentemente popular:

Além da visão do apocalipse, a “nova religião” oferecia aos crentes alívio dos sofrimentos terrenos. Em Outubro de 1891, alegava-se que 27 homens e mulheres que tinham vindo a Joazeiro provenientes dos estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará haviam sido “milagrosamente” curados: os aleijados andaram, os cegos passaram a enxergar e uma mulher estéril ficou grávida. Em consequência, Joazeiro- como muitos outros centros religiosos ortodoxos do Brasil- foi inundado de peregrinos, que lá iam em busca de remédios para os seus males temporais. Muitos iam fazer uma promessa, outros para pagar promessas anteriormente feitas.<sup>397</sup>

Além destes santuários já avalizados pela fé popular, outro santuário cearense encontra-se em processo de difusão: é o santuário construído pelo bispo de Quixadá, D. Adélio Tomasini. O Bispo construiu, em Quixadá, um santuário dedicado a Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão, que teria aparecido para um camponês no sítio onde foi erguido o templo.

Este foi construído em cima de uma colina bastante elevada, de onde se avista toda a cidade. Lá o Bispo edificou uma igreja muito bonita, cheia de vitrais e nichos onde

---

<sup>396</sup> “O lugar onde foi edificado o santuário de Canindé é sagrado para os peregrinos, não somente pelo fato de reunir pessoas para o culto, mas porque São Francisco está lá . É por isso que a cada ano aumenta a quantidade de pessoas que vão a esta cidade. São cerca de dois milhões e quinhentos mil romeiros, sendo que o período que compreende os dias 24 de Setembro a 04 de Outubro reúne o maior número de peregrinos. Quando chega a Canindé tudo se transforma para o romeiro. Ele está na Terra Santa e mais do que isto, pode vê São Francisco bem de pertinho. Nesse momento suas ligações com a vida temporal desaparecem para dar lugar a uma experiência extraordinária com o Transcendente” NASCIMENTO, Francisco do. **O Fenômeno das Romarias a São Francisco das Chagas de Canindé**. Monografia de Graduação em História, Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2006, mimeo, p.34.

<sup>397</sup> DELLA CAVA, Ralph. **Milagre em Joazeiro**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976. p. 80.

estão entronizados praticamente todas as padroeiras da América Latina: de Nossa Senhora Aparecida, padroeira do Brasil a Nossa Senhora de Guadalupe, padroeira do México; ou seja, o santuário construído em Quixadá é um monumento ao culto à Maria sob as suas mais diversas manifestações. Este santuário é alvo, nos últimos anos, de visitas por parte dos romeiros que se deslocam para Quixadá para orar no santuário dedicado a Nossa Senhora<sup>398</sup>.

Além destas orações dedicadas a Nossa Senhora ou a São Bartolomeu, uma outra oração também nos foi recitada por uma das parteiras:

É feito o meu corpo em nome de Deus e da Virgem Maria minha mãe, os 12 apóstolos e meus irmãos, que saia do meu corpo todos os males que me afligem, a fim de que meu corpo não seja preso e o meu sangue não seja derramado, o meu corpo tem circulado com as armas de São Jorge Guerreiro para que nossos inimigos visível e invisível tenha olhos e não vejam, e tenha boca e não me fale, tenha pé e não me alcance, andarei esse dia e essa noite tão linda como andou Jesus Cristo 09 meses no ventre da santíssima Virgem. (D.<sup>a</sup> VANDA).

Aqui uma oração destinada a São Jorge, o santo guerreiro. E mais uma vez encontramos a referência ao corpo preso e ao sangue derramado. Estas constantes referências sinalizam aquelas que eram as duas maiores preocupações das parteiras: não conseguir “libertar” a criança do corpo da mãe e a possibilidade da hemorragia. Como nos reportaremos mais adiante, estes eram os traumas maiores que poderiam ocorrer em um parto domiciliar.

Além do fato de se rezar na hora do parto e no momento da eliminação da placenta, encontramos em nossa pesquisa dois outros momentos de comunhão com o sagrado: a oração que precede a saída da parteira de casa e o caso dos pressentimentos.

---

<sup>398</sup> “O Santuário Rainha do Sertão, apesar de já possuir bastante elementos do catolicismo popular, ainda predomina o auto controle da Igreja institucionalizada, ou seja, do Bispo. Para tanto podemos confirmar a partir da observação que o maior número de fiéis que visitam o Santuário são nos dias instituídos pela Igreja, ou seja, na celebração da Semana Santa, na encenação da Via Sacra. No mês dedicado à Maria, quando é feita a procissão do “flambo” ou seja, a procissão das velas, que acontece no encerramento do mês mariano. A procissão do “flambo” sai do estacionamento, as pessoas seguem rezando, cantando, muitas vezes descalços, que termina ao chegar ao Santuário com a missa solene, logo em seguida acontece o arreamento da bandeira, onde é demonstrada mais uma vez a religiosidade popular em meio à celebração oficial, pois, as pessoas tentam de qualquer forma tocar naquele pano que contém a imagem de Maria, e assim prestar-lhe sua gratidão.” SOUSA, Francisca Roberta Silva de. **...E o Homem Faz a Devoção à Sua Imagem e Semelhança: Santuário Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão**. Monografia de Graduação em História. FECLESC/UECE. Quixadá, 2006, mimeo. p .44.

Uma das parteiras por nós entrevistada nos relatou um ritual de oração que ela cumpria sempre que era chamada para fazer um parto:

Não eu fazia assim uma promessa para que Nossa Senhora do Bom Parto, se esse parto for em paz, se Deus a mim ajudar que seja em paz, quando eu chegar em casa eu rezo 10 Pai Nosso, 10 Ave Maria, 10 Santa Maria, aí quando chegava da minha diligência eu fazia, só que nunca rezei dentro de casa. [rezava onde?] Era no terreiro. [Porque?] Porque para mim só servia se fosse no terreiro, rezava assim do lado de fora. Ainda hoje eu sou desse jeito. Só serve se for fora. Às vezes rezo uma novena em casa, uma coisa, uma comparação, mas se eu fizer uma promessa, minha promessa eu pago rezando lá ajoelhada, sem forrar o joelho, sem nada.<sup>399</sup> (D.<sup>a</sup> CLEONICE, 68 anos).

Neste relato alguns aspectos convém destacar: em primeiro lugar, a promessa para que o parto corresse tranqüilo, feita mesmo antes que ela saísse para atender a parturiente. Em segundo lugar, o fato de esta parteira só acreditar que suas orações teriam efeito se feitas ao ar livre. Aqui quase se pode inferir que, para se ter maior acesso à divindade, precisava se fazer primeiro uma comunhão com a natureza. A crença na prece ao ar livre, debaixo do céu, e tendo contato direto com a terra remete a crenças muito antigas nas forças da natureza. Note-se que ao se ajoelhar- para pagar suas promessas, D.<sup>a</sup> Cleonice faz questão do contato direto com a terra, sem nenhum obstáculo que se ponha entre seu corpo e o corpo da mãe-terra<sup>400</sup>.

Este ritual de rezar-se antes mesmo de sair de casa é outro dos traços místicos vivenciados pelas parteiras em diferentes regiões:

Observe-se ainda que, ao saírem de casa para fazer os partos, as parteiras invocam a Deus, Santos e Espíritos protetores para que as protejam durante a caminhada até a casa da parturiente. Às vezes para chegarem até a casa da parturiente precisam atravessar rios e florestas. Durante este percurso, as parteiras vão rezando e pedindo

---

<sup>399</sup> Entrevista com D. Cleonice Valter da Silva, 68 anos, parteira desde os 24 anos, realizada em 08/11/2004, em Dep. Irapuan Pinheiro-CE.

<sup>400</sup> “É perceptível que as parteiras da floresta têm uma ligação vital com a mãe natureza. As estórias que elas contam são marcadas pelos fenômenos da natureza ou permeadas pelas descrições das águas, da mata, dos animais. Elas não perderam seu sentido de ligação com o mundo vivo onde estão mergulhadas”. CARNEIRO, Livia Martins e VILELA, Maria Esther de A. “Parteiras da Floresta” In JUCÁ, Luiza e MOULIN, Nilson. (Org) **Parindo um Mundo Novo: Janete Capibaribe e as Parteiras do Amapá**, São Paulo, Cortez, 2002. p.80.

proteção para que o parto aconteça sem problema. Tudo isso faz parte do cerimonial de preparação para o parto.<sup>401</sup>

Outro aspecto que evidenciamos diz respeito ao pressentimento. Em alguns dos nossos depoimentos, encontramos parteiras que afirmavam sonhar com partos futuros, recebiam avisos ou que afirmavam ter visões do que ia acontecer no parto de determinada parturiente:

Já tinha feito muito parto dela também, aí foi feito do derradero parto dela, ela mandou me chamar, quando eu cheguei, ela tava deitada na cama, achano graça, naquela alegria, aí fechei os olho, sempre eu fazia, que eu fechei os olho assim, eu vi, tudo, tudo, que num ia dá certo num sabe. [*a senhora teve pressentimento?*] Tive, vi ela morta, vi tudo, tudo, pode crer como Deus no céu. [*e ela morreu de que?*] eclampse [*ah! Deu eclampse na hora do parto?*] Foi, e eu sabia que ia dá. [*Só pelo pressentimento?*] Só pelo pressentimento. [*Quando a senhora fazia um parto a senhora mais ou menos sabia o que ia acontecer?*] Sabia. Sabia, só bastou eu fechar meus olho eu sabia tudo que tava dentro da mulher, tudo, é mermo que eu ta veno essa parede aqui. (D.<sup>a</sup> FRANCINETE).

Neste depoimento, está um dos exemplos mais claros das visões e do pressentimento. D.<sup>a</sup> Francinete afirmava que “via” tudo o que ia acontecer no parto, assim que olhava para mulher. No caso ora mencionado, ela encaminhou a mulher para o hospital porque afirmava que não queria que ela morresse em suas mãos.

Esse tipo de crença era muito comum entre as parteiras: a convicção de que eram capazes de pressentir o bom ou mau andamento do parto. É fato que tal crença era mais comum entre as parteiras leigas. O que torna o relato de D.<sup>a</sup> Francinete mais interessante é que, embora ela tenha começado a partejar como leiga, posteriormente passou por vários treinamentos e se utilizava de vários procedimentos da Medicina erudita. Portanto, encontramos nesta parteira uma mistura deveras interessante entre os métodos da Medicina Científica e as práticas culturais da comunidade onde ela se encontrava.

No caso ora mencionado, talvez, D.<sup>a</sup> Francinete não tenha realmente visto a mulher morta, mas, em virtude do treinamento a que ela já havia se submetido, pode ter

---

<sup>401</sup> CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. Op. Cit. pp. 121 e 122.

detectado na aparência da mulher os sinais de uma possível eclâmpsia. E por conta desta percepção tratou de se proteger das acusações de imperícia e incompetência, encaminhando a parturiente ao hospital local.

Embora o diagnóstico da eclâmpsia da parturiente, porém, pudesse ter sido feito com base em indícios aparentes, importa é que, para ela e para a comunidade da qual ela fazia parte, os pressentimentos, as visões, a sensibilidade apurada para detectar problemas compunham qualidades necessárias de uma boa parteira. Portanto, ao anunciar que “via” tudo que ia ocorrer em um determinado parto, bastando para isso ver a mulher, o que D.<sup>a</sup> Francinete estava fazendo era referendar esta percepção da comunidade acerca das boas parteiras:

A percepção e as mãos dessas “benditas mulheres”-que chegam a desafiar, até certo ponto, as mais modernas técnicas obstétricas- se mutualizam na canalização de energias, algo que se solidifica com a prática e com as experiências do dia-a-dia. Um saber místico capaz de decifrar, em questão de segundos, num simples toque, o que a medicina em especialização, técnicas e instrumentos especificados demora mais para resolver. Claro quem em certas ocasiões suas previsões falham, uma vez que se guiam pela intuição, pela prática e pela experiência; mas é importante lembrar que os médicos, com técnicas obstétricas modernas, também estão passíveis de erros e enganos.<sup>402</sup>

#### 4.6 Remédios Populares

Além das rezas, outro dos rituais do parto domiciliar era a larga utilização das ervas em formato de chás e outras formas de medicamentos da chamada farmacopéia popular:

Os remédios caseiros ainda se constituem em principal alívio da dor e do sofrimento das camadas menos favorecidas. Segundo as parteiras, suas ervas, seus chás de folhas e raízes, salvam muitas vidas, além de ter custo irrisório, não fazem mal a saúde, pois os remédios industrializados *fazem bem para uma coisa e prejudicam outros órgãos da pessoa*. Nesse sentido, aconselham a população a tomar sempre “remédio do mato” porque faz bem é saudável.<sup>403</sup>

Como se pode perceber, a utilização das chamadas ervas medicinais é costume comum entre as parteiras das mais variadas partes do País; um costume amparado na

---

<sup>402</sup> PINTO, Benedita Celeste de Moraes. Op. Cit. 2001, p.324.

<sup>403</sup> BARROSO, Iraci de Carvalho. Op. Cit. p. 40.

tradição, mas, também, muitas vezes na falta de acesso aos chamados “remédios de farmácia”. Entre as parteiras por nós entrevistadas, encontramos diversas formas de utilização das ervas no tratamento das mulheres em trabalho de parto:

Mais, prá ganhar, o comum, o certo é o leite de gergelim pra aumentar as dor. O leite de gergelim com 03 a 05 carocim de pimenta do reino, agente faz, adoça aquele chá e dá pra pessoa (D.<sup>a</sup> LUIZA).

Estes dois medicamentos são os mais mencionados pelas parteiras: o chá de pimenta e o leite de gergelim<sup>404</sup>. Ambos eram ministrados às mulheres para aumentar as dores, ou seja, para apressar o trabalho de parto. Há um consenso de que, no parto normal, a dor é uma auxiliar do corpo, na medida em que são as dores que dão força para que a mulher possa expulsar o bebê. Sem dores para pressioná-la, a força de que a mulher precisa para parir não vem.

Nos hospitais é comum ministrar-se a chamada injeção de força para que as dores aumentem e o trabalho de parto possa prosseguir. Nos partos domiciliares, havia a crença de que o chá de pimenta e o chá de gergelim exerceriam esta função.

Além dos remédios para aumentar as dores, outros bastante mencionados eram aqueles que podiam estancar uma hemorragia:

Pra estancar, mangará da banana, do cacho. Faz o chá e dá. Se tiver o leite ainda é melhor, que ele tem o leite né. (...) Peraí meu fí eu tenho coco amarelo aqui. Vô já tirar umas casca. Peguei o coco, tirei a casca, fiz o chá, eu dei logo a ela, só bebeu uma vez. (...) e a hemorragia parou na hora. (D.<sup>a</sup> LUIZA).

Os chás para estancar hemorragias eram muito utilizados, porque este era um dos problemas que mais atemorizava mulheres e parteiras. No caso em foco, a parteira

---

<sup>404</sup> “Planta asiática, aclimada no Brasil, onde é cultivada no Nordeste, destacadamente em Pernambuco e Alagoas, e em Minas Gerais, na região de Montes Claros. As sementes depois de torradas servem para fazer bolos, muito apreciados pelo seu agradável sabor. O óleo de Gergelim é um produto de incontestável valor econômico. Sendo dotado de elevado poder nutritivo, tem larga aplicação na economia doméstica. Usado como laxativo. O óleo é considerado tônico nervino, empregando-se também contra o reumatismo, artrite e otalgias.” CRUZ, G. L. **Dicionário de Plantas Úteis do Brasil**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979, p.368.

ministrou o chá da casca do coco amarelo para sua filha, que teve uma hemorragia durante o resguardo. Segundo esta parteira, sua filha teria alagado o chão do banheiro com tanto sangue. Encontramos também relatos de mulheres que estancaram hemorragias com o chá feito com o mangará da banana.

Além do chá, um outro procedimento nos foi mencionado em caso de hemorragia:

Eu cheguei lá era uma hemorragia de ganhar menino que estava se acabando, aí eu digo: o que é isso aí comadre Maria, ela disse nada não comadre Izaltina, não tenha medo não que é água. Aí fui depressa lá em casa, na carreira, peguei um litro de manteiga, cheguei lá esquentei essa manteiga, aí dei a ela. Aí foi indo, foi indo até que a criança nasceu sozinha no meu poder. Eu chega me tremia, ela sentada e eu me tremendo ali, da hemorragia mais era grande. [*e parou com a manteiga da terra?*] Parou com a manteiga da terra. Ela bebeu e aí passou aquele treme-treme dela que a pobre estava com medo. (D.<sup>a</sup> ISALTINA).

D.<sup>a</sup> Isaltina nos relata aqui o primeiro parto realizado por ela. Um parto, como se vê, que já começou complicado com a mulher no meio de uma grande hemorragia. Na avaliação de D.<sup>a</sup> Isaltina o que parou com a hemorragia foi a manteiga-da-terra que ela ministrou para a mulher. A manteiga-da-terra é uma manteiga líquida muito utilizada no sertão do Ceará. Ela tem um teor de gordura muito alto e é por isso considerada muito forte. Talvez o efeito da manteiga tenha sido o de alimentar a mulher, o que lhe deu forças para concluir o trabalho de parto, que deve ser o que efetivamente suspendeu a hemorragia.

Percebamos que D.<sup>a</sup> Isaltina pensou que a parturiente tremia de medo, quando, provavelmente, esta devia estar entrando em choque pela perda de sangue. Quem tremia de medo efetivamente era D.<sup>a</sup> Isaltina, ainda inexperiente no ato de partejar e se vendo na iminência de assistir uma mulher morrendo em suas mãos.

Além dos chás ministrados na hora e logo após o parto, encontramos também alguns procedimentos que podiam ser realizados antes do parto acontecer:

Agora é bom antes de ganhar nenem , assim antes de seis meses, tirar o cumaru todinho e fazer aquele cozimento e tomar meio banho de noite, aí é bom. [E o cumaru serve para que?] Porque por exemplo se tiver, porque tem menino que fica encalsado de um lado ou de outro e ele já procura o rumo dele, de ficar apumado. (D.<sup>a</sup> ISALTINA).

Aqui, uma receita para provocar o bom posicionamento da criança. D.<sup>a</sup> Isaltina aconselha, preventivamente, o banho<sup>405</sup> com o cozimento do cumaru para que a criança não fique mal posicionada dentro da mãe. “Encalsada” tinha o significado de encravada debaixo das costelas da mãe. Nesta perspectiva, segundo D.<sup>a</sup> Isaltina, os banhos com cumaru levariam a criança “a procurar seu rumo”, ou seja, a se colocar na posição correta de nascer, o que facilitaria enormemente o trabalho da parteira e da parturiente, diminuindo os riscos para esta última.

Após o parto realizado, a principal preocupação das parteiras era com o asseio das parturientes e o corte do cordão umbilical:

E aí quando a gente termina, aí pegava ela virava de um lado prá outro e apertava as pernas. [ mas porque apertava as pernas?] prá ela não ficar toda aberta. Tinha que apertar de um lado e do outro prá fechar as carne da mulher. Aí assiava, trocava de camisola se tiver, se não tiver, trocava as roupa que tivesse, ajeitava por minha conta (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Aqui um costume interessante, antes do asseio propriamente dito, a preocupação da parteira é no sentido de “fechar as carnes” da mulher, como se, no trabalho de parto, o corpo ficasse aberto e, portanto, exposto aos malefícios, a obrigação da parteira seria fechar este corpo para protegê-lo. Daí apertar as pernas da mulher que tinham permanecido abertas durante o trabalho de parto para que as carnes fechassem. “Fechar as carnes da mulher” depois do parto é um costume encontrado em outras regiões do País:

---

<sup>405</sup> Esta questão dos banhos tem sido recorrente nos trabalhos de outros autores, embora haja mudanças no que diz respeito às plantas utilizadas, variando de acordo com a flora de cada região: “Além das puxações, os banhos são infalíveis, com casca de laranja da terra, folha de caju misgalhada numa bacia e colocada no sol é bom para a saúde da mulher. O banho de asseio com “pedra pume” raspada, casca de verônica; casca de cajueiro, casca de goiabeira e mangueira; outro banho recomendado é o de folha de algodão, folha de pirarucu de planta, é bom para as partes da mulher, esse banho além de deixar a mulher aseada, não a deixa ficar doente” BARROSO, Iraci de Carvalho. Op. Cit. p. 50.



É muito comum, principalmente no interior, as parteiras adotarem o procedimento de “puxar e pensar” a barriga da mulher logo após o parto. Diz Francisca Magave, parteira tradicional da comunidade de Flexal-Pracuúba/AP: *Eu sento nas cadeiras da mulher de um lado e de outro, amarro e penso*. Esse ato de sentar nas cadeiras (quadrís) significa fechar o corpo da mulher porque quando ela tem bebê há uma dilatação, portanto, é necessário voltar tudo ao normal. As puxações devem ocorrer durante 08 dias seguidamente<sup>406</sup>,

Feito isso, a parteira tratava de lavar a mulher com água morna e algumas gotas de álcool. O costume era se dar um meio banho, ou seja, banhar a parturiente da cintura para baixo. O uso da água morna foi um costume recorrente em praticamente todos os depoimentos. A utilização da água fria na higiene das parturientes só era permitida no fim do resguardo.

#### **4.7 Higiene Antes e Depois do Parto**

É importante ressaltar que, entre os costumes mais antigos desta região, estava aquele que ditava que as mulheres de resguardo não podiam tomar banho por 30 dias. Este costume sempre foi visto por médicos e enfermeiras como um padrão inaceitável e mais uma prova de como os rituais das parteiras leigas violavam as mais elementares regras de higiene.

Em todos os depoimentos por nós coletados, no entanto, sempre encontramos uma preocupação das parteiras com os asseios das mulheres. Na verdade o banho que elas passavam trinta dias para tomar era o banho com água fria e quando se molhava a cabeça. A orientação dada por todas as parteiras, entretanto, era a de que a região genital fosse lavada várias vezes ao dia com água morna e, pelo menos uma vez por dia, as mulheres tomassem um meio banho. Muitas vezes esse meio banho deveria ser feito com o cozimento da raiz de aroeira, que era uma forma de prevenir infecções:

É bom a gente fazer banho de assento, olha eu aconselho todas as mães que ganha nenê eu gosto de mandar elas fazer o cozimento da aroeira, botar uma colherzinha

---

<sup>406</sup> BARROSO, Iraci de Carvalho. Op. Cit. .pp. 48 e 49.

de vinagre branco dentro e em seguida uma bacia grande e bota e se assenta no banho de assento que é muito bom porque desinflama. (D.<sup>a</sup> ROSA ANA).

Cabia também à parteira trocar os lençóis da cama ou mudar a rede onde se realizou o parto para limpar todo o local dos restos do parto: água, sangue, placenta. Além de ajudar a mulher a banhar-se, deveria também trocar-lhe as roupas, por outras limpas e confortáveis, para que ela pudesse descansar confortavelmente do esforço e da dor despendidos durante o trabalho de parto.

Outra das preocupações da parteira após o parto era a questão do corte do cordão umbilical:

(...) media quatro dedo, aí amarrava, dois amarradim, aí pegava o umbiguim do bichin, aí dobrava e butava aquelas imbiguera. Pois é com quatro tira, agente quando tava esperano ganhar nénen, agente já fazia aqueles panin com quatro tira pra amarrar (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Aqui narrado por esta parteira, um costume típico entre elas: a medição para cortar o cordão umbilical, quase todas usavam a medida de três ou quatro dedos a partir do corpo da criança para se ter a medida correta de onde deveria se dar o corte. Mesmo porque, como se percebe, o umbigo teria que ser amarrado em dois pontos para não haver risco de hemorragia que matasse o bebê.

Depois de cortado o cordão, o umbigo deveria ser coberto por aquele que era um item importante do enxoval de um bebê: a umbigueira. Em praticamente todos os depoimentos, as parteiras reafirmam que desinfetavam a tesoura com álcool antes de procederem ao corte do umbigo do bebê. Em alguns casos, a parteira vinha banhar o bebê todos os dias até a queda do umbigo. Depois de caído, o umbigo costumava ser enterrado:

Quando ocorre a queda do coto umbilical, as mulheres guardam com bastante cuidado, pois o seu destino está ligado ao da criança. As parteiras de Serra Encantada e as mulheres com quem conversei a esse respeito, foram unânimes em falar sobre a importância de guardar em lugar seguro o umbigo da criança após a queda, para evitar que os ratos o encontrem e carreguem, trazendo má sorte à criança, pois ela poderá tornar-se um marginal quando crescer. Assim, o indicado era enterrar no local em que os animais (bois e cavalos) se alimentavam ou em um

rio, isto significa que a criança poderá ter fortuna e boa sorte quando se tornar adulto.<sup>407</sup>

Como se pode observar, a destinação do umbigo do bebê era de capital importância nessas comunidades, que acreditavam que o seu destino entrelaçava-se com o destino da criança. Aliás, o cuidado do corte do umbigo era fundamental para o bem-estar do bebê. Em nossas entrevistas encontramos um caso em que a imperícia da parteira nesse procedimento provocou uma tragédia:

Aí quando eu me virei assim olhei para a rede, a rede bem alvinha e tal, o sangue pingano assim no chão. Num sabe aquela rodona deste tamanho e o sangue pingano, eu chamei minha irmã, ela veio: que é? –Olha a rede da bichinha, traga ela aqui. Quando ela trouxe eu digo: Disinrola ela aí. Ela disinrolou, eu digo: ah! Aqui num vai ter jeito não. [cortou muito curto?] Cortou, cortou aqui no pé da barriga aqui sabe, amarrou e ficou o corpo puxano assim (D.<sup>a</sup> FRANCINETE).

A criança do relato acima morreu da hemorragia provocada pelo corte mal feito do cordão umbilical. A ironia triste desta história é que D.<sup>a</sup> Francinete era uma afamada parteira, mas, devido ao parto difícil pelo qual passou, não pôde supervisionar a parteira que a assistiu no corte do cordão de sua filha e por isso perdeu o bebê que tanto sofreu para dar à luz.

#### **4.8 Resguardo**

Depois do parto terminado, começava o período conhecido como resguardo, o tempo em que a mulher deveria se recuperar do esforço da gravidez e do parto. É sobre este período cheio de regras e interdições que vamos nos referir:

Oito dias deitada, só levantava da cama ou da rede com oito dias. (...) e tinha delas, que eu inda era menina nesse tempo, que era com ouvido tampado e com meias nos pés. Só levantava da cama ou da rede pra comer e quando comia se deitava de novo. (...) num podia ouvir zoada, dentro de casa tudo em silêncio, você jurava que tinha morrido gente naquela casa. (...) um mês mais de um mês, era assim ficar com o marido, porque dizem que é muito perigoso, hemorragia, dá inflamação, infecção às vezes né. (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

---

<sup>407</sup> DIAS, Maria Djair. Op. Cit. p.175.

Neste depoimento, temos um pequeno resumo de alguns costumes em torno do resguardo. Primeiro, a idéia de que as mulheres deveriam ficar de repouso absoluto durante oito dias; ou seja, até a queda do umbigo do bebê, as mulheres deveriam só levantar-se para comer e para fazer seu asseio.

A parteira faz referência ao costume de se tampar os ouvidos das mulheres e de elas calçarem meias durante o resguardo. As mulheres tampavam os ouvidos para abafar os possíveis barulhos da casa. Acreditava-se que uma mulher de resguardo necessitava de silêncio para se recuperar. Silêncio comparado ao de uma casa de luto. Talvez o silêncio fosse tido como necessário para que as mulheres não tivessem dores de cabeça, um dos sinais mais fortes da chamada “quebra de resguardo”.

O costume do uso de meias advinha não só da crença de que as mulheres precisavam de um aquecimento extra em virtude da perda de sangue, durante o parto e o resguardo, como também uma forma de lhe proporcionar mais calor e conforto quando precisassem se levantar da cama. As relações sexuais com o marido também estavam interditas durante cerca de 30 ou 40 dias, dependendo da dificuldade do parto. Todas as parteiras entrevistadas são muito precisas neste ponto: manter relações sexuais com o marido durante o resguardo poderia prejudicar enormemente a mulher.

Aliás, este costume da interdição das relações sexuais com o marido durante o resguardo foi apontado como um critério para a qualidade de marido que se tinha: um homem que não respeitasse esse resguardo, que procurasse manter relações sexuais com sua mulher durante este período, era considerado quase um animal. Por mais defeitos que tivesse um marido, respeitar o resguardo da esposa era um sinal de respeito e cortesia. Além de ser considerado desrespeitoso e descortês, um homem que violasse o resguardo da esposa também violava outro tabu na região: o costume de não manter relações sexuais com as mulheres menstruadas.

No interior do Ceará, homens e mulheres são educados no costume de que durante o período menstrual as relações sexuais devem ser evitadas. Este costume é defendido por questões higiênicas, pois considera-se sujo<sup>408</sup> ter relações sexuais enquanto a mulher sangra:

O sangue menstrual para estas mulheres não é o mesmo que circula por todo o corpo. Por isso, há repulsa por parte de certos homens e até mesmo de algumas mulheres em relação a esse sangue, considerado nas expressões populares como “fedorento”, “grosso”, “nojento”. Algumas parteiras recomendam, para a mulher não ter relação sexual neste período, além de “ser pecado” é perigoso, pode causar até impotência no homem. Este é o momento em que o útero está jogando para fora todas as suas impurezas, está se limpando. Por isso, tanto o homem quanto a mulher devem tomar cuidado.<sup>409</sup>

Se durante a menstruação as relações eram proibidas em razão da crença na sujeira do sangue, durante o resguardo, esta interdição ainda era maior porque o sangue do parto (os lóquios) era visto como ainda mais impuro do que o sangue menstrual. Daí a exigência (aprovada no sínodo de Trier, 1227) de que as mulheres devessem se “reconciliar com a Igreja” antes de voltar a frequentar os ritos religiosos<sup>410</sup>. Para as mulheres que morriam de parto, muitas vezes era negado o enterro no cemitério, devido ao seu estado de impureza.

Durante o resguardo, além do problema do sangramento, ainda deve-se levar em consideração o fato de que as mulheres estavam muito doloridas e inflamadas pelo parto, para suportar sem dores o ato sexual. Portanto, um homem que obrigasse sua mulher a manter relações sexuais com ele em pleno resguardo era encarado como alguém que não tinha a menor consideração pela esposa e um animal sem controle:

A continência sexual nesse período, mesmo que já tenha cessado o fluxo sangüíneo, é justificada pelos Itapuaenses como sendo necessária à mulher, que está ainda “aberta” e, por isso, não deve fazer algo que contribua para mantê-la assim; por essa razão, o ato sexual é aconselhado, como já vimos, durante a gravidez. As mulheres

---

<sup>408</sup> “Na Antiguidade tanto judeus quanto pagãos eram convencidos de que o sangue menstrual era venenoso. Mas enquanto para Fílon a menstruação prejudicava o sêmen e impedia a concepção, para o naturalista Plínio o velho (m. 79, d.C) o sexo com uma mulher menstruada era proibido porque os filhos concebidos durante a menstruação eram doentes ou tinham soro sangüíneo purulento ou então nasciam mortos (História natural 7, 15, 87)” RANKE-HEINEMANN, Uta. Op. Cit. p.34.

<sup>409</sup> BARROSO, Iraci de Carvalho. Op. Cit. p. 110.

<sup>410</sup> Sobre esta questão da impureza feminina pós-parto ver RANKE-HEINEMANN, Uta. Op. Cit.

costumam relatar casos em que outras saíram do resguardo grávidas (sinal evidente de que não cumpriram a proibição), condenando sempre o homem que não “respeitou” o resguardo de sua mulher.<sup>411</sup>

Outro ponto relativo ao resguardo diz respeito ao repouso. É importante que nos lembremos de que na região em estudo é um lugar onde as famílias precisam do trabalho de todos os seus membros. Homens, mulheres e crianças trabalham diuturnamente para que suas necessidades básicas sejam satisfeitas.

Portanto, para uma mulher jovem, dona de casa, com muitos filhos, ficar de resguardo sempre provocava um transtorno para a família, por isso o período do resguardo tinha que ser longamente planejado. Sem condições de pagar uma empregada, muitas vezes durante a gravidez, a mulher já procurava entre a sua parentela quem pudesse vir “tratar de seu resguardo”. Mais adiante, trataremos do significado da quebra do resguardo.

Era muito comum que, quando estivesse perto do parto, uma mulher de sua família viesse para sua casa para assumir seu lugar no comando da casa: uma prima, uma irmã solteira, uma tia, a mãe, a sogra, a cunhada. Estas mulheres vinham e passavam todo o mês de resguardo, não só fazendo todas as tarefas da casa como ainda ajudando a cuidar da mulher de resguardo e do bebê. Este procedimento só não era necessário caso a parturiente morasse com a mãe, com a sogra ou ela já tivesse filhas em idade de assumir o comando da casa no lugar da mãe.

Este costume se justificava a partir da realidade de uma região pobre, onde o capital que estas famílias tinham eram os inúmeros braços de sua parentela. Era comum, em famílias muito grandes, que se fizessem mutirões exclusivamente com membros da família para a execução de um trabalho de grande porte: construção de uma casa, plantação de um

---

<sup>411</sup> MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica. “Trabalhadeiras” e “Camarados” **Relações de Gênero, Simbolismo e Ritualização numa Comunidade Amazônica**. Belém, Centro de Filosofia e Ciências Humanas/UFPA, Editora Universitária/UFPA, 1993 p.149.

terreno, colheita de uma cultura, cozimento de produtos em larga escala, como na época das festas juninas, realização de uma festa, realização de uma farinhada.<sup>412</sup>

Além do planejamento sobre quem realizaria o trabalho no lugar da mãe, havia que se planejar a alimentação, porque, além do repouso do corpo, as mulheres também precisavam de uma dieta bem diferente daquela que elas estavam acostumadas no dia-a-dia:

As comida agente dava galinha nesse tempo, era galinha pé duro. As mulher tinha história dum pirão. Pode comer arroz, macarrão. (...) agente botava chiquero bem grande de galinha para comer. [pro resguardo o mês todinho?] O mês todin comeno galinha, quem tinha criação comia criação também, quem num tinha era galinha. (D.<sup>a</sup> FRANCINA).

Aqui neste depoimento, aparece descrita uma tradição corrente no sertão no quesito alimentação de mulheres de resguardo: o pirão de galinha caipira. As mulheres de resguardo estavam proibidas de comer uma série de alimentos e precisavam se alimentar bem, não só pelo esforço do parto, mas também porque estavam amamentando. Não podiam correr o risco de comer o que aparecesse de última hora, por isso, tão logo ficavam grávidas, começavam a planejar a alimentação de seu resguardo.

Quase todas as mulheres sertanejas possuíam seu galinheiro no fundo do quintal. Criar galinhas era uma forma de conseguir ovos frescos todos os dias, não só para sua família como também podiam ser negociados com a venda mais próxima, ou com algum vizinho em troca de outra coisa. As galinhas raramente eram consumidas, pois matava-se galinha somente em ocasiões especiais ou para tratar de algum doente em casa. No dia-a-dia, a carne que era consumida era a carne salgada, de charque, ou toucinho de porco salgado, ou peixe pescado nos rios próximos, ou a carne de caça silvestre- tatus, preás, gambás, aves silvestres- como a avoante, por exemplo.

---

<sup>412</sup> A farinhada é um trabalho, mas também é uma festa. Uma festa que começava com a colheita da mandioca e continuava na casa de farinha, onde a mandioca era descarregada, raspada, moída, peneirada e torrada até virar farinha. Além da farinha, fabricava-se a goma para fazer tapioca, faziam-se os bolos e beijos de mandioca e espremia-se a manipueira, um líquido extraído da mandioca e que era usado para fabricar molhos de pimenta. Todas as etapas do trabalho em uma casa de farinha eram divididas em etapas como em uma moderna linha de produção e também eram divididos por gênero e por faixa etária. A farinhada era um momento não só de produção mas também de sociabilidade da família e dos vizinhos que se envolviam.

Portanto, para garantir a boa alimentação no pós-parto, assim que se apercebiam grávidas, as mulheres tratavam de aumentar seu plantel de galinhas, para que, durante todos os trinta dias do resguardo, elas pudessem se alimentar de galinha. Acreditava-se que o pirão feito de farinha de mandioca e do caldo da galinha gorda era um alimento forte o suficiente para recompor as forças das mulheres sem lhes agredir o organismo. É preciso lembrar que muitos alimentos estavam interditados às mulheres de resguardo:

De primeiro era só pirão de carne de galinha, carne de criação, carne de gado, não comia carne de porco e outras carnes não é, feijão passava um bocado de dia sem comer, e assim mesmo tinha mulher que passava quase um mês (D.<sup>a</sup> ANA JOSÉ).

Neste depoimento, alguns dos alimentos proibidos às mulheres de resguardo: carne de porco, feijão. Os dois alimentos, segundo nossa informação, seriam desaconselhados porque seriam muito fortes e poderiam fazer mal ao organismo debilitado das mulheres. A carne de “criação” a que esta depoente se refere é a carne de carneiro ou de bode e as outras carnes mencionadas eram as carnes de caça de animais silvestres.

Além destes ora mencionados, outros alimentos também estavam vetados, como é o caso de todas as frutas cítricas: limão, abacaxi. Etc. Estas frutas seriam vetadas por dificultarem o processo de cicatrização. Outro grupo de alimentos também era vedado porque eram “reimosos”, ou seja, eram alimentos que poderiam prejudicar o processo de cicatrização e recuperação do organismo debilitado pelo parto: caso do coco, de certos tipos de peixe, como a curimatã, frutos do mar, e algumas frutas como, manga, graviola, ata. Uma ave como pato, por exemplo, era vista como veneno puro para quem estava de resguardo.

Esta preocupação com a alimentação das mulheres no resguardo era tão grande que em algumas regiões era comum, logo após o parto, as mulheres tomarem o chamado caldo-de-caridade:

Assim, em geral, é feito o preparo do caldo da caridade, um alimento considerado energético, oferecido com o propósito de ajudar a restaurar as forças da mulher após o gasto de energia ocorrido ao longo de todo o trabalho desenvolvido. O caldo é



preparado com três caroços de pimenta-do-reino, sal, manteiga ou óleo, alho, cebola, farinha de mandioca *cerçada* (peneirada) e água. Algumas pessoas acrescentam um ovo inteiro para dar mais *sustância*. Levam ao fogo para cozinhar, formando um pirão de consistência bem fina e bastante saboroso. Em muitos casos, é a primeira alimentação até a parteira preparar uma refeição propriamente dita.<sup>413</sup>

Na raiz de todas estas interdições encontrava-se uma dupla preocupação: a primeira informava que um resguardo bem-conduzido permitiria que a saúde das mulheres fosse preservada. Encontramos vários depoimentos apontando que as mulheres antes eram mais saudáveis, entre outros motivos, em virtude de resguardos bem-feitos e bem cuidados. A outra preocupação dizia respeito à “quebra do resguardo”:

O povo diz que quebrar o resguardo é assim comparação a mulher está de resguardo, tem ganhado a criança. Aí havia uma briga perto daquela mulher que está de dieta com poucos dias de resguardo. Aí aquela mulher toma aquele susto, as vez dá um tremor, fica toda se batendo, assim que nem aquele calafrio assim bem forte. Aí dizem que ali ‘é um resguardo quebrado. As vez chega a dar febre. Minha mãe sempre dizia que a mulher que quebrava o resguardo, assim que ela desse esses calafrios a gente tinha que bater óleo doce, e chá de cravo e dar para a mãe beber, pra não ficar sentindo dor de cabeça, porque aí atacava logo uma dor de cabeça. (D.<sup>a</sup> ROSA ANA).

Neste depoimento, está muito bem descrito o que seria, na concepção predominante na região, a chamada quebra de resguardo. Um susto muito grande, uma raiva, uma emoção muito forte poderiam desencadear reações físicas, como calafrios, convulsões, dores de cabeça. Esses seriam os sintomas da quebra de resguardo. Alimentar-se de comidas proibidas, fazer esforços físicos violentos, manter relações sexuais, outras formas de se quebrar o resguardo; ou seja, tudo aquilo, fosse físico ou emocional, que não permitisse que as mulheres pudessem se recuperar a contento do esforço do parto.

Havia também uma crença arraigada de que a quebra do resguardo arruinaria a saúde de uma mulher para o resto da vida. Nos casos mais graves, dizia-se que as mulheres enlouqueciam. Provavelmente, mulheres acometidas de depressão pós-parto em uma época e

---

<sup>413</sup> DIAS, Maria Djair. Op. Cit. p.174.

em uma região em que as pessoas nem sequer sonhavam que tal estado existia, podiam ser diagnosticadas pela sabedoria popular como casos clássicos de quebra de resguardo.

É importante salientar que a quebra de resguardo era encarada com muita seriedade por estas comunidades porque, como já mencionamos, este acontecimento poderia transformar uma mulher saudável em uma doente para o resto da vida. Em uma região pobre e carente, onde o trabalho era fundamental para a sobrevivência das famílias e onde as pessoas eram valorizadas por sua capacidade de trabalho, uma pessoa doente era um fardo a ser carregado. E se esta pessoa fosse uma mulher jovem com filhos para criar, muito pior...

Em quase todas as comunidades sertanejas do Ceará, as mulheres eram valorizadas por sua honradez sexual, por sua possibilidade de ter filhos e por sua capacidade de trabalho. Mais do que beleza, simpatia ou inteligência, as mulheres valiam por sua sexualidade disciplinada, as chamadas “mulheres sérias”, sua fertilidade; quanto mais filhos melhor e, sobretudo, por serem “trabalhadeiras”. O maior elogio que se podia fazer a uma mulher era afirmar que ela não tinha medo do trabalho.

As mulheres nestas comunidades trabalhavam incansavelmente, do nascer ao por do sol, praticamente sem pausa para descanso. Uma mulher doente, sem saúde, era para estas comunidades uma mulher imprestável, daí o verdadeiro pavor destas mulheres de perderem a saúde. Por isso, até hoje, no discurso da maioria delas a saúde aparece como valor fundamental, mais do que dinheiro, conforto ou quaisquer benesses materiais. As implicações de um resguardo bem-conduzido e os desdobramentos da sua quebra serão analisados com maior profundidade no próximo capítulo, quando trataremos desses temas a partir das vivências cotidianas das parturientes entrevistadas.

**Do fundo da floresta, as parteiras vão surgindo tímidas, silenciosas. As mãos da vida se agarram, os pés do caminho se plantam em círculo no útero da mata quando agradecem à divindade ao amanhecer. Assim como a criança, o dia nasce sem outra força que não seja a da natureza. Surge em hora precisa, sem que ninguém tenha que arrancá-lo do ventre da noite. Elas erguem as velas pedindo iluminação no ofício. Invocam a terra, o rio e a floresta. É uma conversa de comadres, uma prosa ao pé do ouvido. A imagem primitiva parece falar a uma sociedade surda-esquecida do cordão umbilical com algo maior que o mundo forjado dentro do mundo. Velas recordam as chamas em que muitas parteiras foram calcinadas na “Santa Inquisição”. (A Floresta das Parteiras-Revista Época).**

## **CAPÍTULO 5: PARTURIENTES NO SERTÃO DO CEARÁ**

Ao longo do nosso trabalho, temos analisamos as parteiras, tanto da perspectiva histórica quanto antropológica. Avaliamos suas histórias de vida, seu relacionamento com os médicos e os rituais de parto que elas comandaram, no entanto, sentimos a necessidade de incorporar outras personagens no nosso estudo: as parturientes que fizeram uso dos serviços destas parteiras.

Neste capítulo, apresentaremos os depoimentos de mulheres que deram à luz no sertão do Ceará, no período focalizado. Entrevistamos dois grupos de mulheres: aquelas que tiveram seus filhos apenas com ajuda das parteiras e as que, além dos partos domiciliares, também deram à luz no hospital. Neste conjunto de depoimentos, encontramos vários aspectos já mencionados ao longo do trabalho, como também algumas novas questões que ajudam a iluminar as condições, muitas vezes difíceis, partilhadas tanto pelas parteiras como pelas parturientes.

Um dos ângulos que destacamos diz respeito a certas características presentes no cotidiano destas mulheres, entre as quais podemos apontar aquela mais marcante no dia-a-dia das comunidades sertanejas: a valorização do trabalho.

### **5.1 A Cultura do Cotidiano**

Um dos aspectos recorrentes nestes depoimentos diz respeito ao trabalho. Já comentamos como a exaltação do trabalho significava uma grande virtude para homens e mulheres nestas comunidades. Nos relatos que recolhemos, este aspecto se fez muito presente, e é acerca desta “ética” do trabalho que discorreremos agora:

Trabalhei na cozinha, trabalhei lavando roupa, lavei muita roupa, engomei muita. Eu ia para o rio de manhãzinha, cedo antes de 05 horas. Quando eu chegava do rio aquela roupa já vinha ensombrada, eu colocava para enxugar um pouco, enquanto eu comia um bocado. Aquela roupa acabava de enxugar eu engomava até

Quando era 04 horas da madrugada eu me levantava, terminava de engomar aquela roupa.(D.<sup>a</sup> MARIA MOREIRA, 85 anos).<sup>231</sup>

Aqui um relato preciso do trabalho exaustivo a que se submetiam algumas mulheres para sobreviver. No caso de D.<sup>a</sup> Maria, o trabalho se fez mais necessário em razão da sua viuvez. Mesmo aquelas que não eram viúvas, no entanto, viviam submetidas a um regime de trabalho duro e cotidiano. Nas famílias humildes, o trabalho das mulheres e crianças era de fundamental importância para a manutenção do grupo familiar. A relevância do labor para a família é destacada por alguns autores que estudaram o sertão do Ceará:

A família constituiu-se, pois em uma unidade de produção fundamental, tendo em vista que as próprias necessidades impostas pelo viver no sertão reforçam os laços de solidariedade familiar. Assim, estando normalmente voltado para a subsistência da família, o trabalho na agricultura emergiu na lembrança dos depoentes como sendo uma atividade de caráter familiar, na qual todos estavam inseridos desde a infância.<sup>232</sup>

Entre quase todas as nossas entrevistadas as lembranças do trabalho<sup>233</sup> são uma constante: na roça, a lavagem de roupa, os trabalhos de costura, as tarefas de casa, os inúmeros filhos. Esta rotina já começava na infância, quando as crianças assumiam algumas responsabilidades da família:

Desde 06 anos de idade que eu trabalhava, quando minha mãe morreu me deixou com 06 anos, a gente tinha tudo de lavoura, milho, arroz, ela me colocava em cima de um banco para mim pilar arroz para o povo da casa tudinho comer e trabalhar, trabalhar junto com meu pai na roça.(D.<sup>a</sup> ENEDINA, 66 anos).<sup>234</sup>

No relato de D.<sup>a</sup> Enedina, um retrato da realidade destas comunidades, pois, desde muito cedo, as crianças eram ensinadas a contribuir com a sobrevivência da família.

---

<sup>231</sup> Entrevista com D. Maria Moreira da Silva. 85 anos, realizada em 05/07/2005, em Senador Pompeu-CE.

<sup>232</sup> SOUZA CHAVES, José Olivenor. Op. Cit. p.80.

<sup>233</sup> “O trabalho manual, mecânico, intelectual, ocupou boa parte da vida dos nossos entrevistados, ele tem, para cada um deles, uma dupla significação: 1) Envolve uma série de movimentos do corpo penetrando fundamente na vida psicológica. Há o período de adestramento, cheio de exigências e receios; depois, uma longa fase de práticas, que se acaba confundindo com o próprio cotidiano do indivíduo adulto. 2) Simultaneamente com seu caráter corpóreo, subjetivo, o trabalho significa a inserção obrigatória do sujeito no sistema de relações econômicas e sociais. Ele é um *emprego*, não só como fonte salarial, mas também como lugar na hierarquia de uma sociedade feita de classes e de grupos de *status*” BOSI, Ecléa., Op. Cit. p.471.

<sup>234</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Enedina Alves Machado, 66 anos, realizada em 08/07/2005, em Senador Pompeu-CE

Começavam prestando pequenos serviços: distribuir sementes durante o plantio, pilar arroz, milho ou café; alimentar os animais, ir buscar água no rio com a ajuda de um jumento, auxiliar a mãe na lavagem da roupa, lavar louças, recolher os ovos no galinheiro, uma série de pequenas tarefas distribuídas ao longo do dia, mas que eram de fundamental importância para o bem-estar familiar.

Todos nestas comunidades aprendiam desde muito cedo a idéia de que a sobrevivência dependia de muito trabalho e todos tinham que mourejar. Daí por que a preguiça ou o ócio não eram bem-vistos no seio destas comunidades. Homens e mulheres que não tivessem capacidade de trabalho não eram valorizados como bons maridos ou boas esposas em potencial. Dizia-se que moças preguiçosas não conseguiriam casar, porque nenhum homem sério gostaria de ter uma mulher que não fosse trabalhadora.

Esta inclinação para o trabalho como qualidade indispensável para uma boa esposa, entre os pobres, é uma elaboração ideológica já assentada na tradição desde o século XIX:

Rodolpho Teófilo, embora não prescindia dessa moral cristã, tem, no entanto, uma conotação bem mais pragmática, reafirmadora da unidade familiar como unidade econômica. Quando narra a decisão de João das Neves de casar-se e a escolha que faz, refere-se à mulher escolhida, comparando-a com o significado que as bestas de cargas têm para o sertanejo, nos seguintes termos: “A mulher de pobre deveria se como o quartal dele, forte e manteúda.”<sup>235</sup>

Esta concepção da mulher forte e trabalhadora, portanto, como critério para a escolha de uma boa esposa, estava profundamente entranhada nas comunidades sertanejas do Ceará. Inclusive porque era do trabalho destas mulheres que dependeria uma parte substancial da manutenção do grupo familiar. O papel das mulheres das camadas populares na qualidade de co-responsáveis pela manutenção da família já foi amplamente discutido por outros autores noutros contextos:

---

<sup>235</sup> BARBOSA, Ivone Cordeiro. **Sertão**: Um Lugar Incomum: O Sertão do Ceará na Literatura do século XIX Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Fortaleza, CE: Secretária de Cultura e Desporto do Estado, 2000, p. 133.

Por fim a dona-de-casa se esforça em trazer para a família uns “trocados”, obtidos principalmente com tarefas domésticas: faxinas e lavagens de roupa, sistematicamente cumpridas pelas “lavadeiras por peças” dos lavadouros, serviços de recados e entregas (a entregadora do pão é uma figura bastante conhecida), pequenas vendas de porta em porta, aproveitando o menor cantinho da calçada e mais ínfima diferença de preço.<sup>236</sup>

Convém lembrar que nestas sociedades camponesas o dinheiro em espécie era muito raro. Na maioria dos casos, estas pessoas trabalhavam plantando e colhendo os produtos para sua subsistência e o pouco dinheiro que conseguiam ganhar ia para a compra de produtos que elas não produziam, como o sal e o querosene, por exemplo. Na concepção destas pessoas, desde que o trabalho fosse realizado e a natureza ajudasse enviando as chuvas necessárias, a pobreza em que viviam se transformava em fartura:

Antigamente esse povo morava lá na fazenda, era morador, era trabalhador rural, não tinha condições, só vivia daqueles legumes, ninguém vendia, era tudo para guardar para comer. [Essas pessoas tinham pouco dinheiro?] Mais tinha barriga cheia, criava uma criação, criava uma cabecinha de gado, até o morador podia criar. (D.<sup>a</sup> BÁRBARA, 73 anos).<sup>237</sup>

É por esse motivo que as festas juninas são tão importantes no Nordeste. Realizadas no final do mês de junho, ou seja, no final do período do “inverno” nordestino, se este fosse bem-sucedido, são quase uma comemoração pelo fim da colheita de milho e feijão e, portanto, uma época de fartura, de barriga cheia e alegria.

Além dos produtos de subsistência-mandioca, milho, feijão- algumas destas famílias também possuíam sua vaca-que fornecia o leite, o queijo e a manteiga, suas cabras, seu porco, ou porca com os leitões, seus jumentos-usados para transporte de água e de lenha e suas galinhas. Era em torno destes poucos e preciosos bens que se estruturava a economia familiar e se fazia ética do trabalho incansável.

---

<sup>236</sup> PERROT, Michelle. Op. Cit.. p.144.

<sup>237</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Bárbara Cisne de Medeiros, 73 anos, realizada em 10/11/2005, em Senador Pompeu-CE.

E é justamente por causa da necessidade deste trabalho incessante que a questão da saúde e da doença se revestia de importância fundamental para estas comunidades:

Ao narrarem as experiências vividas durante a epidemia de malária, os camponeses apresentaram uma relação direta entre a doença e o trabalho, na medida em que ressaltavam um conjunto de limitações relativas à capacidade vital daqueles que contraíram a doença. Desse modo, relatam sobremaneira a incapacidade que sentiam para desempenhar as atividades cotidianas tendo em vista estarem acometidas por um mal estar acentuado que provocava, entre outros sintomas, dores de cabeça e a perda do apetite...<sup>238</sup>

Olivenor Chaves comenta sobre como a epidemia de malária foi lembrada por velhos camponeses da região do Baixo Jaguaribe no Ceará. Note-se que a principal preocupação em relação à doença dizia respeito ao fato da mesma incapacitar as pessoas para o trabalho. Encontramos este mesmo tipo de preocupação na região por nós analisada. A possibilidade de ficar incapacitada para o trabalho levava a uma sobrevalorização da saúde dos indivíduos, principalmente das mulheres. Em vários depoimentos percebemos esta preocupação com a questão da saúde:

Olhe, eu tive sete filhos, eu nunca fui operada, eu nunca levei ponto, eu nunca tive desejo, foi assim eu sempre fui uma mulher abençoada por Deus com minha saúde, agora eu não tenho mais saúde não. (D.<sup>a</sup> ANTONIETA, 58 anos).<sup>239</sup>

[A senhora não teve nenhuma ruptura, nesses 05 partos?] Não até hoje graças a Deus eu nunca fiz perine, eu sou uma mulher muito sadia, eu nunca tomei comprimido para evitar ter filhos, hoje em dia várias mulheres são doentes porque tomam muita coisa, eu nunca tomei graças a Deus.<sup>240</sup> (D.<sup>a</sup> MARIA ZULENE, 56 anos).

Entre as várias mulheres entrevistadas, encontramos sempre estes relatos, que apontam, na visão delas, o que era ser uma mulher sadia: nunca foram operadas, ou seja, nunca foram submetidas a uma cesariana, nem foram ponteadas ou sofreram uma

---

<sup>238</sup> SOUZA CHAVES, José Olivenor. Op. Cit. p. 272.

<sup>239</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Antonieta Rodrigues do Nascimento, 58 anos, realizada em 14/06/2005, em Senador Pompeu-CE.

<sup>240</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Maria Zulene da Silva Anjo, 56 anos, realizada em 12/06/2005, em Senador Pompeu-CE.



episiotomia; não tiveram rupturas genitais provocadas pela passagem da criança e, por isso, nunca tiveram que fazer sutura de períneo. Em alguns casos, como vemos, é feita a relação entre o uso de anticoncepcional e o fato de as mulheres atualmente “serem doentes”.

É importante salientar o tipo de percepção que estas mulheres têm da doença:

De maneira geral, pude perceber na convivência com essas mulheres em relação às narrativas de suas experiências que compõem suas histórias de vida que sua visão de saúde-doença é construída culturalmente, com base nos significados compartilhados pelos membros da comunidade. A maneira como compreendem saúde e doença está baseada nas experiências mais próximas vividas pessoalmente ou por integrantes da família, vizinhos e amigos.<sup>241</sup>

Na perspectiva em que esta autora situa, percebemos que no universo cultural delas o fato de não ser uma mulher doente estava profundamente vinculado aos procedimentos de sua gravidez, parto, puerpério e de sua vida sexual: não ter sido operada, ou “cortada”, como chamam, e o orgulho de não terem sido acometidas pelas doenças, hoje, comuns entre as mulheres, como as doenças ginecológicas, por exemplo.

Muitas delas nos relataram que nunca tiveram sequer infecções ginecológicas. O interessante é perceber que para estas mulheres sua saúde estava diretamente vinculada à sua faina reprodutiva, ou seja, quanto mais filhos tinham, melhor para sua saúde. Observe-se como a benção de Deus, para sua saúde, mencionada por D.<sup>a</sup> Antonieta, está diretamente ligada aos sete filhos que teve.

Como contraposição a esta maneira de ver, percebemos que, em quase todas as mulheres entrevistadas, se manifestaram na velhice as seqüelas de uma vida marcada por muito trabalho e pelo excesso de filhos: muitas são hipertensas, diabéticas, cardiopatas, sofrem de problemas nos ossos, na coluna e na visão. Note-se como D.<sup>a</sup> Antonieta, apesar de mencionar ter sido abençoada por Deus com sua saúde, reconhece que hoje esta saúde não existe mais.

---

<sup>241</sup> DIAS, Maria Djair. Op. Cit. p.139.

Mesmo doentes e limitadas por estas doenças, entretanto, estas mulheres não se esquecem da memória de um tempo em que suas vidas eram regidas por um trabalho incessante:

(...) ainda hoje mesmo eu sou assim doida como estou dizendo a você, que eu estava com 16 dias que eu fiz a cirurgia desses olhos que eu fiz dos dois, e eu doida para fazer as coisas e as meninas: não,não. Aí tem hora que eu me animei, porque é ruim demais a gente sem fazer as coisas. <sup>242</sup> ( D.<sup>a</sup> MARIA DE FÁTIMA, 48 anos).

Para mulheres educadas na ética do trabalho cotidiano e na crença de que para sobreviver todos tinham que trabalhar, a impossibilidade de fazê-lo, por questões de saúde, é como um decreto de sua inutilidade. Em vários depoimentos, escutamos algumas afirmarem: *agora eu não presto mais para nada!* Uma das velhas parteiras por nós entrevistada falou num misto de troça e tristeza: *Naquela época eu era Francisca, hoje em dia eu não sei se sou cisco.*<sup>243</sup> Por isso muitas se angustiam para se manterem ativas e ocupadas. A atividade na velhice, longamente discutida por aqueles que trabalham com a chamada terceira idade, para as mulheres sertanejas sempre foi uma questão de senso comum; para elas, parar de trabalhar é como morrer.

Esta preocupação com a saúde e com a perspectiva da inutilidade era angustiante para mulheres jovens e com filhos pequenos, daí a sua preocupação e de seus membros familiares com as possíveis seqüelas dos partos. Era com vistas à plena recuperação das mulheres que muitos cuidados eram tomados durante a gravidez e o resguardo, porém, antes de falarmos sobre as questões referentes ao resguardo, vamos analisar as relações constituídas entre as parturientes e suas parteiras.

---

<sup>242</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Maria de Fátima de Andrade Campos, 48 anos, realizada em 06/07/2005, em Senador Pompeu-CE.

<sup>243</sup> Entrevista com D. Francisca Alves de Freitas e Silva. 77 anos, parteira desde os 26 anos, realizada em 08/11/2004, em Dep. Irapuan Pinheiro-CE.

## 5.2 Parteiras e Parturientes: relações delicadas

Em quase todos os depoimentos que colhemos, observamos que as parturientes tinham um relacionamento de profunda amizade e gratidão com suas parteiras. No início deste trabalho, falávamos que a solidariedade entre as mulheres era um das marcas desta relação, no entanto, só viemos a perceber o quanto esta solidariedade era forte ao ouvir os seus depoimentos emocionados:

Não, não passou remédio nenhum, porque não precisou de nada eu voltei com muita saúde e não precisou de nada. A minha parteira era ótima se eu sentisse qualquer coisa, ela dizia: a minha filha vai ficar boa. Eu tinha tanta fé nela e em Deus. [*Ela animava o parto?*] Ave Maria, ela era muito boa. A Paulina passava 24 horas comigo, depois do parto. Depois ela vinha todo dia, ela vinha mim dar meu banho todo dia. (...) só meio banho com água quebrada a frieza. [água morna] (D.<sup>a</sup>MARIA MOREIRA).

Neste depoimento, vemos um resumo do que encontramos em quase todas as entrevistas: as parteiras eram vistas como pessoas muito boas e de muita força, daí a menção à fé. Para estas mulheres, era muito importante confiar em suas parteiras, acreditar que elas fariam o que era melhor para seu pronto restabelecimento. D.<sup>a</sup> Maria fez referência a uma das parteiras mais afamadas da região: D.<sup>a</sup> Paulina. Consta que D.<sup>a</sup> Paulina teria realizado partos até uma idade bastante avançada, e em vários depoimentos ela é mencionada quase como uma figura lendária. É uma pena que não tenhamos podido entrevistá-la pois ela faleceu há alguns anos.

Esta solidariedade e a confiança existentes entre parteiras e parturientes são registradas como marca distintiva desta relação em variadas regiões do País:

À guisa de conclusão, podemos dizer que os laços afetivos entre a parteira e a gestante são muito fortes e significativos, o papel de mãe e o de parteira se entrelaçam, a solidariedade feminina se expressa nessa relação. O ganho simbólico do trabalho da parteira está, no afeto, na confiança, na gratidão da gestante para com

ela, no fortalecimento de crença que é missionária divina e ainda, como resultado da sua dedicação, a parteira assegura o reconhecimento social de sua função.<sup>244</sup>

Outra questão diz respeito à assistência dada pelas parteiras após o momento do parto, ou seja, o trabalho da parteira não se restringia apenas ao ato de partejar propriamente dito, mas também ao apoio pós-parto. Neste relato, vemos como D.<sup>a</sup> Paulina voltava várias vezes à casa da parturiente para auxiliá-la na higiene pessoal. Além de cuidar da mãe, a parteira também costumava banhar o bebê até a queda do umbigo:

Por ocasião do parto a parteira se desloca para a casa da parturiente. O marido da última é quem vai buscar a parteira; é com ele que costumam ser combinados os acertos referentes ao trabalho a ser feito. A escolha da parteira costuma ser da mulher (quando é possível escolher) e em geral é fundada nas relações de parentesco. A parteira deve permanecer na casa da parturiente, entre oito e dez dias. Neste período em geral é auxiliada por outras mulheres, parentes ou comadres da parida.<sup>245</sup>

Encontramos depoimentos que mencionam a parteira prestando assistência antes do parto, em uma espécie de pré-natal, dando conselhos que poderiam facilitar a parturição:

Agora quando a gente completava 08 meses, passava para os 08 meses, ela dizia assim: olha toda noite você manda o chico trazer o fedegoso que é uma planta, aí você faz o chá do fedegoso e do jilim, pega coloca tudo dentro e toma toda noite que é para não dar problema na placenta, porque tem muita mulher que termina, aí pelem, tiram pedaço por pedaço, a mulher sofre outra dor.<sup>246</sup>(D.<sup>a</sup>LUIZA GALDINO, 75 anos).

Neste depoimento de D.<sup>a</sup> Luiza, divisamos a preocupação prévia da parteira com um dos maiores riscos do parto domiciliar: o problema da placenta colada, que, como já comentamos, era responsável pela maior parte das mortes das parturientes. Daí a receita da parteira para evitar a possibilidade da placenta colada.

Outra preocupação, além da placenta colada, era a ruptura genital na hora da passagem da criança:

---

<sup>244</sup> FREITAS, Maria do Socorro. Op. Cit. p. 77.

<sup>245</sup> PEREIRA, Maria Luiza Garnelo Op. Cit. p.124.

<sup>246</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Luiza Galdino. 75 anos, realizada em 11/06/2005, em Senador Pompeu-CE.

Muito, da primeira eu batia bem o óleo doce com pouquinho de açúcar, quando ficava bem unidinho eu tomava.<sup>247</sup>(D.<sup>a</sup> MARIA GEISA, 71 anos).

(...) o moleque pesou 4,5kg. (...) não teve ruptura, ela tinha muito cuidado, Ave Maria na saída da criança, ela tinha o maior cuidado para a criança não romper à força. (D.<sup>a</sup> LUIZA GALDINO).

D.<sup>a</sup> Geisa, em seu depoimento, afirmou que todos os seus filhos, ela teve nove, pesavam entre quatro e quatro quilos e meio, sendo que um deles chegou a pesar cinco quilos e meio. Nunca em nenhum destes partos, ocorridos todos em casa, ela teve rupturas. Ela creditava esta situação ao óleo-doce que tomava antes do parto.

Segundo seu depoimento, o óleo-doce tomado com açúcar todas as noites, mais ou menos dois meses antes do parto, servia para “afrouxar as carnes” e, portanto, facilitar a passagem da criança. Segundo ela, este remédio foi prescrito por uma parteira ainda quando de seu primeiro parto, que ocorreu quando tinha 15 anos; ou seja, um parto que, pelos padrões da Medicina moderna, é considerado um parto de risco, distócico.

No que diz respeito ao relacionamento entre parteiras e parturientes, um outro ponto foi levantado por nós-o motivo pelo qual as parteiras leigas foram chamadas de “cachimbeiras”:

Porque eu não sei, porque a comadre Paulina nem fumar não fumava, nem bebia, a única coisa que ela tomava era café e merendava e pronto (D.<sup>a</sup> MARIA MOREIRA).

É porque todas elas gostavam de fumar em cachimbo, e tinha um negócio que quando elas chegavam elas faziam uma coisa que a gente nem gosta mais é preciso dizer elas tinham um negócio de fumar cachimbo e apanhar aquele cuspe com a mão e passar em cima da barriga da mulher (D.<sup>a</sup> ENEDINA).

Nestes relatos encontramos algumas respostas para a nossa pergunta: Por que as parteiras leigas eram chamadas de “cachimbeiras”? Algumas parturientes relatavam não saber o motivo de tal denominação, haja vista que suas parteiras não fumavam. Outras parturientes declararam que algumas parteiras fumavam cigarro ou cachimbo. O que nos

---

<sup>247</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Maria Geisa da Cruz Magalhães, 71 anos, realizada em 11/11/2005, em Senador Pompeu-CE.

parece mais ou menos claro é que as parteiras leigas adquiriram este cognome pelos motivos apontados no segundo depoimento.

Já encontramos várias referências a esta prática de espalhar fumo nas barrigas das mulheres em trabalho de parto, embora não tenhamos encontrado quem nos explicasse o objetivo deste procedimento, aliás, olhado com horror pelas parteiras treinadas nos hospitais. Até mesmo a parturiente que nos relatou esta prática parecia bastante constrangida em fazê-lo, como se soubesse que não era aceita por muita gente.

O que nos parece mais ou menos claro é que a prática de massagear com fumo a barriga das mulheres era um costume comum das parteiras mais antigas, aquelas que trabalhavam em um período anterior à década de 1960. Talvez pelo fato de algumas destas parteiras fumarem cachimbo, o termo “cachimbeira” denominou todas as parteiras leigas, mesmo aquelas que não fumavam.

Outra questão suscitada diz respeito ao pagamento pelos serviços das parteiras:

Não a gente dava um agrado porque a gente mesmo queria, mas elas mesmas não cobravam nada, elas vinham de livre e espontânea vontade.<sup>248</sup> (D.<sup>a</sup> LUCIMAR, 61anos).

Toda vida eu pagava. (...) em dinheiro. [Tinha o preço fixo ou a pessoa dava o que podia?] Não, tinha o preço.<sup>249</sup> (D.<sup>a</sup> LINDALVA, 58 anos)

Nestes relatos encontramos duas situações acerca do pagamento das parteiras. No primeiro depoimento, o “agrado”, que como o nome já diz não é pagamento, é uma demonstração de gratidão pelo bom serviço prestado. Este “agrado”, como é costume no sertão do Ceará tanto poderia ser uma módica quantia em dinheiro como também pequenos bens que auxiliassem a sobrevivência da pessoa: Uma galinha, duas dúzias de ovos, alguns

---

<sup>248</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Maria Lucimar do Nascimento Nery, 61 anos, realizada em 08/11/2005, em Senador Pompeu-CE.

<sup>249</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Lindalva Araújo, 58 anos, realizada em 06/11/2005, em Senador Pompeu-CE.

litros de feijão, alguns quilos de batata, algumas espigas de milho, alguns jerimuns, queijos, garrafas de manteiga da terra:

Atuando, constantemente, sozinhas, de forma independente, e direta com sua clientela, suas práticas caracterizam-se principalmente pela solidariedade, afetividade e confiança. Os ofícios que desempenham jamais lhes rendem recompensa financeira relevante; recebem aquilo que a posse das pessoas permite: “algum dinheiro”, “serimbabos”, farinha, frutas e, acima de tudo, a gratidão daqueles que ajudam<sup>250</sup>.

Como se pode observar, o pagamento pelo trabalho das parteiras, em várias partes do País, se inseria no âmbito da gratidão e dos presentes em espécie. Ainda hoje, no sertão de Ceará, e “agradam-se” pessoas amigas com este tipo de presente, que denota afeição pois se presentearia a pessoa não com uma coisa comprada em loja, mas por algo produzido por quem regala, o que torna a oferta ainda mais afetiva e pessoal.

No segundo depoimento, o pagamento é citado por meio não só do dinheiro especificamente, mas também pela existência de uma tabela prévia que definia o valor da retribuição. Pudemos observar que a primeira forma de pagamento era realizada para as parteiras leigas e a segunda normalmente destinada às parteiras treinadas nos hospitais.

Percebemos que as primeiras tratavam seus serviços como um dom sagrado, portanto, se abstinham de estipular um preço específico para eles, esperando receber aquilo que suas clientes pudessem lhes oferecer. Enquanto isso, para as outras, o trabalho era uma profissão reconhecida e que, portanto, demandava pagamento em dinheiro. Provavelmente por isso existia uma tabela específica para o pagamento destes serviços.

Quer fossem pagas em dinheiro ou apenas recebessem um agrado, porém, o tratamento recebido pelas parteiras nas casas das suas parturientes era o mesmo: hospitaleiro e cuidadoso:

Depois do parto a minha mãe ia botava a merenda dela na mesa, café e tudo, quando ela merendava lá era que ela ia fumar, ela não trazia o cigarro para dentro de casa. (D.<sup>a</sup> LUIZA GALDINO).

---

<sup>250</sup> MORAES PINTO, Benedita Celeste de. Op. Cit. ,2004, p. 93.

Não, mais as que assistiam comigo nunca vi elas beber, às vezes a gente oferecia, porque toda vida agente guardava aquele litro de cachaça ali já para quando fosse ganhar nenê, eu oferecia para elas, as que foram me atender nunca aceitaram não.(D.<sup>a</sup> ENEDINA).

São dois aspectos da recepção às parteiras que denotam o profundo respeito a elas. No sertão do Ceará, uma das formas mais corriqueiras de receber com honra uma pessoa em casa era oferecer uma mesa farta. Em uma região marcada pela pobreza e pela fome, oferecer mesa farta para seus convidados era uma das melhores maneiras de homenageá-los:

Nas festas de casamento se esbanjava comida. Se o sertão era uma região pobre em relação a outras do Brasil, se pautava por uma economia de subsistência e não recebia os lucros de exportações, essa pobreza, vigorosa para certos grupos sociais, não estava presente para os ricos que esbanjavam comida numa festa onde a ostentação deveria emudecer os rivais. Comia-se muito e durante muitos dias.<sup>251</sup>

Se para a elite, a exibição de uma mesa farta era sinônimo de ostentação, para os mais pobres também significava um modo de demonstrar que a família não era miserável, estando acima daqueles que passavam fome.

Este tipo de mentalidade é que levava as pessoas a elaborar os padrões estéticos reinantes no sertão cearense até meados do século XX. A estética predominante nestas localidades informava que ser belo era ser gordo e “corado”. Quanto mais gorda uma pessoa estivesse, mais bela ela era considerada, porque aquilo significava que suas finanças iam bem e que sua mesa era abundante. O inverso também era considerado como indicativo de bem ou de mal-estar: quanto mais magra, maiores os sintomas de pobreza.

Portanto, seguindo esta razão, a mesa da merenda sertaneja tinha que ser farta, contendo café, leite, tapioca, beijus, batatas-doces, carne assada na brasa, pamonhas, ovos. Logo, uma das preocupações da família da parturiente era preparar uma boa merenda para a parteira que tinha vindo ajudar a dona da casa.

---

<sup>251</sup> FALCI, Miriam Knox. Mulheres do Sertão Nordeste. In DEL PRIORE, Mary Del (Org.) **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1997. p..260



Além da farta alimentação, não se descuidavam de abastecer a parteira de café, principalmente se o parto atravessasse a noite toda, e de bebida. Mesmo que a parteira não aceitasse a bebida, costumava-se reservar um pouco de cachaça para oferecer à parteira caso ela quisesse beber depois do parto. Cumpre-nos salientar o fato de que, em quase todas as nossas entrevistas não encontramos menção a parteiras que bebiam, apenas algumas referências àquelas que fumavam após o parto realizado.

### 5.3 O Pudor

Um dos fatos recorrentes no depoimento de algumas parturientes é o sentimento de vergonha. Vergonha entendida como pudor, pejo, ou seja, ligada às questões sexuais. Como já mencionamos, a sexualidade era tratada como um tabu entre estas populações do sertão do Ceará:

Até mesmo o banho das meninas era feito de uma forma disciplinada. O corpo que é um “santuário divino” não poderia estar completamente exposto. Para tanto, o guarda-roupa de cada uma mantinha camisolas especiais para o banho.<sup>252</sup>

Neste relato, um costume presente em um colégio de freiras, freqüentado pela elite de Quixadá, Sertão Central do Ceará. Embora se refira a um estabelecimento para moças da elite, no entanto, este costume refletia as questões morais referentes ao corpo e à sexualidade, presentes na região, e que perpassavam todas as classes sociais.

A preocupação com que as meninas tomassem banho de camisola estava diretamente relacionada ao fato de que elas não deveriam exibir o corpo para as colegas nos banheiros do Colégio. Além deste costume vivenciado no colégio de freiras, outros costumes

---

<sup>252</sup> SILVA ALENCAR, Maria Emília. “**Marias Cheias de Graça:** A Formação de Mulheres no Colégio Sagrado Coração de Jesus dos anos 30 aos anos 60 do século XX. Monografia de Especialização em História do Ceará. FECLSC/UECE. Quixadá, 2000, mimeo. p..63.

da sociedade de então também apontavam para a extrema preocupação com a moralidade e a repressão sexual:

A moral sexual era muito rígida e as “moças de família” não podiam nem conversar com aquelas, que devido a um “mau passo”, como se dizia na época, eram logo rejeitadas pela sociedade e relegadas à condição de prostitutas pela força das circunstâncias.<sup>253</sup>

Portanto, como podemos observar a partir do trecho ora relatado, as questões sexuais eram tão encobertas, que até o contato entre as “moças” e aquelas que tinham perdido a virgindade era vedado. Esse afastamento era justificado não só pela crença no chamado “contágio moral”, mas também pela possibilidade de que as moças com experiência sexual pudessem informar as donzelas acerca de aspectos do ato sexual. Raramente se falava sobre sexo e, quando se mencionava o assunto, fazia-se de forma muito reservada, e nunca na presença de crianças e de donzelas. Desta situação, decorria o fato de que as mulheres só aprendiam algo referente ao tema relativo à reprodução pouco antes de casar:

“[*Casou bem novinha?*] Bem novinha, não tinha experiência nenhuma, porque naquela época as mães não conversavam nada com a gente não. E se elas iam conversar com as colegas, a gente não podia nem passar perto, para não atrapalhar, não é como hoje que as mães são abertas com as filhas, contam tudo, muitas vezes as filhas sabem até mais do que as mães, porque estudam e nos estudos mesmo elas aprendem. A minha irmã no mesmo dia em que fui casar ela foi comigo tomar banho e me contando direitinho como era porque eu não sabia direito nada. D.<sup>a</sup> MARIA LUCIMAR).

Este depoimento de D.<sup>a</sup> Lucimar é o retrato fiel da situação vivenciada pelas mulheres da região, em assuntos relativos a sexo e sexualidade. Quase sempre chegavam ao casamento sem informações sobre o ato sexual ou com informações truncadas e eivadas de incorreções. Nas famílias mais cuidadosas, ainda se designava uma das mulheres casadas da família: uma irmã, uma tia, uma prima, uma cunhada para instruir a noiva no dia do casamento sobre o que deveria ocorrer na noite de núpcias. Quase nunca as mães

---

<sup>253</sup> PINHEIRO, Marlene Alves. **Sociedade e Cultura Senadoreense na Década de 60**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2001, mimeo.p. 53.

desempenhavam este papel, em razão da profunda vergonha sentida pelas mães de tocarem neste assunto com suas filhas. Em outras famílias mais rígidas, no entanto, nem esse cuidado era tomado, e as noivas, muitas vezes quase meninas, com 13 ou 14 anos, chegavam ao leito nupcial na mais completa ignorância.

Observamos que alguns temas aparecem com frequência em quase todas as entrevistas. Decorre de uma cultura em que a moral é muito particular e muitas vezes rígida. As mulheres revelam situações e comportamentos peculiares de um momento muito radical na vida delas.

Como resultado destas situações, observamos que estas mulheres, mesmo depois de casadas, e com uma vida sexual ativa, carregavam profunda vergonha de falar de questões sexuais, reproduzindo assim os modelos de suas mães. Este comportamento transparece em alguns relatos sobre a experiência de seus partos:

Porque eu tinha vergonha, de primeiro, as mulheres tinham vergonha se acanhavam com certas coisas. Hoje, não é agravando as mais senhoras, as mulheres não tem mais vergonha não. Porque eu sou uma pessoa que sou casada, mais qualquer hora da noite, qualquer pessoa pode entrar na minha casa que eu estou aqui, bem coberta com os meu lençol. [*Quer dizer que a senhora não queria que sua mãe fizesse o parto porque a senhora tinha vergonha?*] Eu tinha, eu me acanhava. Eu dizia mamãe não precisa a senhora fazer parto, é bastante a senhora estar aqui comigo para eu está ouvindo sua fala mas deixe minha comadre fazer o parto (D.<sup>a</sup> MARIA MOREIRA).

No relato de D.<sup>a</sup> Maria Moreira, vários aspectos desta questão do pudor. Em primeiro lugar, ela reconhece a mudança dos costumes, da mesma forma que D.<sup>a</sup> Lucimar, ao comentar que hoje as moças têm muito mais conhecimentos sobre as questões sexuais do que suas mães.

Só que, enquanto D.<sup>a</sup> Lucimar acha que estes conhecimentos decorrem da educação e da abertura dos costumes, D.<sup>a</sup> Maria acredita que as mudanças dos costumes são resultado do que ela denominou de “perda da vergonha” por parte das mulheres. Para D.<sup>a</sup> Maria, hoje, só quem ainda mantém a vergonha são as mais “senhoras”, ou seja, as mulheres

de sua geração. As mulheres mais jovens teriam perdido esta qualidade, provavelmente por não terem mais tanto pudor para falar sobre assuntos sexuais.

Dois outros aspectos mencionados neste depoimento ajudam a esclarecer um pouco mais o sentimento de pudor. A mãe de D.<sup>a</sup> Maria era parteira, no entanto recusou-se a ser atendida pela própria mãe, por vergonha. Como já mencionado, os assuntos sexuais eram raramente mencionados nas conversas entre mães e filhas. No caso de D.<sup>a</sup> Maria, ela preferiu ser atendida por uma estranha a permitir que sua mãe fizesse o seu parto. A mãe foi posta na posição de dar apenas assistência emocional, enquanto outra parteira comandava o processo.

Outro ponto relatado neste depoimento diz respeito à exposição do corpo. Observemos que D.<sup>a</sup> Maria nos relata que não importa a que horas pessoas possam visitá-la em sua casa, sempre a encontrarão coberta e composta. Este dado nos remete ao pudor em expor o corpo. As mulheres da geração de D.<sup>a</sup> Maria foram educadas por uma moral que fazia sentirem vergonha do próprio corpo e para não expô-lo nunca. Daí que quase todas se vestiam com vestidos ou saias abaixo dos joelhos, blusas ou vestidos de mangas e de golas bem abotoadas e com roupas de baixo compostas de anáguas, combinações e calcinhas bem-vestidas.

O sentimento de pudor não permite relaxamento nem na hora de dormir, pois quase todas usam camisolas compridas e bem fechadas e, durante quase toda sua vida de casadas, mantiveram relações sexuais com seus maridos parcialmente vestidas e na mais completa escuridão. Era comum o orgulho de mulheres mais velhas relatando que, casadas por mais de 30, 40 anos, nunca teriam se mostrado completamente nuas para seus maridos. Este fato era usado como medida de seu pudor e de sua vergonha, o que também servia como medida de sua honradez sexual, entendida como manter a virgindade até casar e a fidelidade após o casamento.

Nunca é demais lembrar o fato de que, no sertão do Ceará, a honradez sexual das mulheres sempre foi vista como um dos critérios de honra para uma família, principalmente para os homens da família.

Este problema da vergonha em relação às questões sexuais, além de tornar difícil o diálogo entre mães e filhas e entre maridos e mulheres, também fazia com que as mulheres passassem por sofrimentos desnecessários:

(...) eu estou dizendo que do primeiro eu quase morro. Que tinha umas velhinha já de idade, rezando, rezando por mim e o meu cabelo era tão molhadinho de suor, chega você pensava que eu tinha tomado um banho. Dava dores que eu só faltava morrer, mas eu nunca dei um gemido, porque eu pensava assim: a casa cheia de moça, cheia de gente, o gemido não vai ajudar eu ter esse filho e eu ficava morta de vergonha, porque tem gente que chora, que grita, eu nunca gritei, eu nunca nem gemi alto para ninguém ouvir. (D.<sup>a</sup> MARIA LUCIMAR).

Aqui, um retrato dramático do autocontrole rígido das mulheres por uma moral que impedia externar emoções e expor qualquer menção ligada à sexualidade. D.<sup>a</sup> Lucimar sofreu bastante quando do nascimento de seu primeiro filho, no entanto, apesar das dores, do longo trabalho de parto, ela se controlou ao máximo para não gritar, nem sequer gemer alto.

Toda esta contenção dolorosa era realizada exclusivamente pelo pejo, em razão da vergonha. D.<sup>a</sup> Lucimar recusava-se a expor seu sofrimento de mulher em trabalho de parto em uma casa cheia de donzelas, que não deveriam ter contato nenhum com este tipo de assunto. Percebemos que a primeira preocupação dela era com as moças, somente depois, mencionou as outras pessoas que também se encontravam na casa.

#### **5.4 A Participação dos Maridos**

Em quase todos os relatos que recolhemos, tanto entre as parteiras como entre as parturientes, encontramos sempre várias referências à participação dos maridos nos trabalhos de parturição de suas esposas:

(...) ele fazendo e o meu marido do outro lado e pronto, ele assistia. (...) Junto com a Paulina, e esse outro ele assistiu o médico tirar, meu marido era uma pessoa que não sei não, para mim ele era muito bom, tudo no mundo que eu sofresse na minha vida ele queria sofrer comigo, era um bom marido, ele era uma pessoa importante, ele foi pedreiro nesse lugar por muito tempo.(D.<sup>a</sup> MARIA MOREIRA).

No relato de D.<sup>a</sup> Maria Moreira, alguns dos aspectos que encontramos em outros depoimentos. D.<sup>a</sup> Maria teve seus dois filhos em casa, o primeiro com a parteira, D.<sup>a</sup> Paulina, e o segundo, em razão de algumas complicações, com o médico chamado à sua casa. Em ambos os partos, o seu marido estava ao seu lado. Percebemos o carinho como ela se refere ao marido. Em vários depoimentos encontramos esta profunda afetividade de algumas mulheres em relação aos seus parceiros.

Em uma região de grande pobreza, entre pessoas que lutavam com muitas dificuldades para sobreviver, uma parceria conjugal bem ajustada podia significar a diferença entre uma pobreza mais digna e uma miséria muito grande.

Note-se que D.<sup>a</sup> Maria se refere ao marido como uma pessoa muito importante em sua comunidade, afinal ele era um pedreiro. Ser um pedreiro nesta comunidade significava mais dinheiro, mais prestígio e mais liberdade. Um pedreiro não estava submetido ao controle de um senhor de terras nem dependia dos caprichos da natureza para sobreviver. Além do mais, pedreiro era uma profissão especializada, portanto, mais bem remunerada. Um bom pedreiro nestas comunidades podia ganhar um dinheiro que possibilitasse manter sua família com dignidade.

O próprio fato de D.<sup>a</sup> Maria ter podido ser atendida em casa por um médico confere a medida do prestígio de seu marido. O facultativo foi chamado, sem dúvida, porque seu marido pedreiro podia pagar por este serviço. Esta fala de D.<sup>a</sup> Maria acerca da importância de seu marido, certamente, se refere ao seu eficiente papel de provedor:

O trabalho define a primeira marca da masculinidade, na medida em que, no plano social, viabiliza a saída da própria família. Aparentemente, o trabalho confere ao homem um status de independência que se limita ao âmbito financeiro. Uma de suas funções é dissolver o vínculo com a família, tornando-o, sob pretexto da

independência, indivíduo comprometido com uma obsessão “produtiva” e com a reprodução de valores da ordem capitalista<sup>254</sup>.

É importante salientar o fato de que, ao valorizar a profissão do marido, D.<sup>a</sup> Maria também nos informava de que, certamente, seu parceiro era um eficiente provedor: ou seja, não deixava que nada faltasse à família, cumprindo assim seu papel de homem perante a sociedade. Note-se que, segundo o autor há pouco mencionado, é preciso que os homens consigam libertar-se de sua família de origem, para que, ao fundarem a própria família, possam afirmar-se como homens. E essa transição só é possível mediante o exercício de um trabalho remunerado.

Outra referência de D.<sup>a</sup> Maria dá idéia desta parceria conjugal bem-sucedida: de tudo o que ela sofria o marido queria sofrer com ela, vivenciado na prática as promessas do casamento católico: na saúde e na doença, na pobreza e na riqueza... Em outros relatos vislumbramos alguns *flashes* destas parcerias bem afinadas:

Porque meu marido era bom para mim, não era beberrão, era eu mesmo e pronto. Quando eu chegava da roça ele dizia: vá se deitar e deixa isso daí que eu cuido. Quando eu saía grávida, uns dois meses eu escondia porque ele não deixava eu ir para roça, pro modo as veia não quebrar, ele dizia: vá para casa mulher, se o povo lhe ver aqui na roça, aí eu dizia: Zé eu devo satisfação só a você e aquele lá de cima, e a mais ninguém. (D.<sup>a</sup> MARIA DA SAÚDE, 81 anos).<sup>255</sup>

Aqui, alguns aspectos que denotam sob que critérios se estruturavam casamentos bem-sucedidos nestas comunidades. Em primeiro lugar a bebida, pois um bom marido jamais deveria ser um alcoólatra<sup>256</sup>, um bêbado que gastasse os poucos recursos da família em aguardente e com isso arriscasse a manutenção do grupo familiar:

Graças a Deus eu sou muito feliz na minha vida, primeiramente o meu marido não bebe, os meus filhos não bebem. O que pega é para dentro de casa. Nós somos aposentados o que eu pego é para dentro de casa, porque só em você ver um filho

---

<sup>254</sup> NOLASCO, Sócrates. **O Mito da Masculinidade**. Rio de Janeiro, Rocco, 1993. p. 51.

<sup>255</sup> Entrevista com D. Maria de Saúde Lima, 81 anos, realizada em 07/11/2005, em Senador Pompeu-CE.

<sup>256</sup> “O alcoolismo aparece como uma degeneração para o masculino como a prostituição o era para o feminino, o álcool afastava o homem de seu papel de provedor-trabalho, como a prostituição inviabilizava a mãe-esposa, com a sua sexualidade regrada” MATOS, Maria Izilda. **Meu Lar é o Botequim**. São Paulo, 1996, mimeo. p.18.

chegar em casa alegre e satisfeito e não ter bebida, eu detesto a bebida, eu nem gosto desses refrigerantes, eu tenho raiva<sup>257</sup>. (D.<sup>a</sup> MARIA ELISA, 64 anos).

Como se pode ver pelo depoimento de D.<sup>a</sup> Elisa, um dos critérios de um bom marido era o fato de ele não ser chegado a bebida, possibilitando, portanto, que todos os seus rendimentos fossem revertidos para o sustento da família. A frase “O que pega é para dentro de casa” denota a satisfação desta mulher em ter um marido que não esbanjava os recursos da família com bebedeiras. A raiva de bebida mencionada por ela deve ser decorrente da crença de que um marido alcoólatra é uma profunda desgraça para uma família. Além do fato de que estas mulheres eram educadas na crença de que mulheres não deviam beber:

No Ceará estado famoso pela sua produção de aguardente, os botequins, as bodegas, proliferavam, principalmente nos bairros populares, onde, nos fins de tarde e nos finais de semana, os homens se reuniam para beber, jogar sinuca, contar “causos”. Para os garotos, começar a trabalhar e poder participar das rodas de botequim marcava a transição para a vida adulta, embora alguns desses garotos não tivessem 14 ou 16 anos. Troca de experiências, de notícias, espaço de lazer especificamente masculino, o espaço do botequim era, por isso, desaconselhado para as mulheres. No Ceará, nenhuma moça ou mulher que pretendesse manter o respeito podia frequentar o botequim. Às vezes até o ato de passar em frente a ele em horas de movimento podia colocar as mulheres em situação delicada, em virtude da onda de assobios, gracejos, cantadas, lançadas pelos homens acomodados no botequim. Da mesma forma que frequentar o botequim, o ato de beber também era socialmente desaconselhado para mulheres<sup>258</sup>

Outro aspecto que aparece no depoimento de D.<sup>a</sup> Maria é o cuidado do marido em poupar a parceira do trabalho em excesso na roça, principalmente quando estava grávida. Nota-se a preocupação com a opinião dos vizinhos que soubessem que, mesmo grávida, o marido a enviava para trabalhar na roça.

Este zelo também transparecia na quebra das veias em decorrência do excesso de peso. “A quebra das veias”, mencionada aqui, ocorre quando havia rompimentos internos dos vasos sanguíneos e a pele das mulheres, principalmente nas pernas, ficava cheia de

---

<sup>257</sup> Entrevista com D. Maria Eliza Soares Silva, 64 anos, realizada em 13/06/2005, em Senador Pompeu-CE.

<sup>258</sup> SOUSA, Noélia Alves de. Op. Cit. pp. 157 e 158.



marcas roxas e de protuberâncias que, nos casos mais graves, formavam verdadeiros nós, as chamadas varizes, que às vezes até derivavam para tromboflebites.

Havia uma crença de que um dos motivos causadores dessa “quebra das veias” era carregar muito peso, especialmente durante a gravidez. Era muito comum, nestas comunidades sertanejas, o fato de mulheres na meia-idade, com um número razoável de filhos, terem as pernas devastadas pelas varizes. Muitas tiveram que fazer cirurgias para resolver o problema. Portanto, a preocupação do marido de D.<sup>a</sup> Maria era a esse respeito, e poupar a mulher de trabalho excessivo na gravidez significava garantir-lhe um futuro mais saudável.

Em uma região onde somente muito trabalho por parte de todos asseguraria a manutenção da família, o critério de um bom marido estava diretamente relacionado a homens que, embora não pudessem prescindir do trabalho cotidiano de suas esposas, também não comprometiam a saúde delas, ou seja, homens que encaravam suas mulheres como fundamentais para o sucesso da família e as tratavam com respeito em decorrência dessa função. Daí que, embora não prescindisse do trabalho da esposa na roça ao seu lado, o marido de D.<sup>a</sup> Maria também sabia que a esposa deveria ser poupada na gravidez e no resguardo, para que mantivesse a saúde e pudesse continuar sendo a companheira de que precisava para si e os seus filhos.

Se esse tipo de consideração pela esposa era um critério de bom marido, percebemos em nossa pesquisa que a contraposição destas características desenhava o perfil do mau marido:

O resguardo era uma coisa mais difícil do mundo porque com 24 horas que eu me levantava, tinha que tomar conta da luta. [ *a senhora não tinha muito resguardo não?*] Não porque tinha muita luta para fazer e o marido era muito grosseiro também, mais graças a Deus deu tudo certo. (...) era raiva todo dia. [ *muita coisa para fazer?*] Muita coisa para fazer e o marido grosseiro, hoje ainda é mas eu rebato. (D.<sup>a</sup> LINDALVA, 58 anos).

A pessoa ter 12 filhos com 12 partos colados não é brincadeira não e se pelo menos fosse um marido bom que agradecesse tudo isso, eu não estou arrependida de ter

tido os meus filhos não, mas devido eu ser casada com quem sou, de já ter feito o que fez comigo eu me arrependida. (D.<sup>a</sup> FRANCISCA PEDROZA, 68 anos).<sup>259</sup>

Nestas duas falas, a síntese, para estas mulheres, do que significava um mau marido. No primeiro caso, um marido que não providenciava o conforto básico do descanso durante o resguardo; ou seja, um marido que explorava em demasia a capacidade de trabalho de sua mulher. Além do descanso físico, também não proporcionava descanso emocional; irritava esta mulher, fazia raiva. D.<sup>a</sup> Lindalva nos relatou que chegou a sofrer de muitas dores de cabeça durante o resguardo em virtude da raiva que sentia do marido. Dores de cabeça eram dos sintomas mais comuns da chamada quebra de resguardo.

No segundo depoimento, um caso ainda mais nítido do descaso do marido: D.<sup>a</sup> Francisca teve 12 filhos e em todos teve o problema da placenta colada. A desconsideração do marido por este esforço e toda esta provação foi apontada, por ela, como motivo de arrependimento pelos filhos que teve, não pelo fato de haver gerado estes filhos, como fez questão de frisar, mas em virtude do tratamento recebido do marido; um tratamento tão desrespeitoso e pouco afetivo que fez com que D.<sup>a</sup> Francisca assumisse este sentimento de pesar em uma sociedade que considera a maternidade algo sagrado.

Em todos os depoimentos que recolhemos, os filhos sempre são mencionados como uma benção divina. Apesar da pobreza, das dificuldades para criá-los, estas mulheres sempre se puseram como abençoadas por terem dado à luz estas crianças. Portanto, é possível dimensionar os sofrimentos vivenciados por D.<sup>a</sup> Francisca, ao assumir publicamente o fato de que os filhos, para ela, não foram uma benção, mas uma fonte de sofrimento, não pelas crianças em si, mas em virtude do descaso e da falta de cuidados de seu marido.

Estas declarações, embora tristes, se apresentaram como grandes exceções nos depoimentos que coletamos. Em vários dos relatos ouvidos o que encontramos foi a prática

---

<sup>259</sup> Entrevista com D.<sup>a</sup> Francisca Pedroza Lima, 68 anos. Realizada em 09/11/2005, em Senador Pompeu-CE.

dos maridos assistindo ao parto de suas mulheres, não só emprestando apoio emocional, mas também ajudando efetivamente no trabalho de parto junto com a parteira:

As vezes era uma cunhada minha, o Chico não ficava todos não, ele ficou no primeiro eu via que as lágrimas dele chega corria para cima de mim. (...)Tive seis filhos na cama, o resto foi em cepo. E uma foi o Chico me segurando e a parteira e um bocado de pano debaixo deu, assim de lado da cama (D.<sup>a</sup> MARIA LUCIMAR).

Aqui um exemplo, entre os muitos recolhidos, maridos não só se solidarizando com as dores de suas mulheres, mas também ajudando no trabalho de parto: amparando as mulheres quando estas pariam no banco ou em outras posições que não fosse deitada. Muitas vezes as mulheres ficavam parcialmente sentadas na cama, enquanto o marido a apoiava pelas costas, facilitando assim não só o trabalho de parto como a intervenção da parteira. Eram eles, na maioria das vezes, que iam buscar as parteiras ou o médico, caso fosse necessário, eram eles é que providenciavam transporte em caso de remoção da mulher para o hospital. E eles, na maior parte dos casos, ficavam com as mulheres na hora do parto. O marido na cena do parto era um acontecimento muito comum nesta região.

O homem ausente do que ocorre com sua mulher e sem poder tomar decisões para o bem-estar dela, muitas vezes, só foi vivenciado por estes homens quando, por alguma contingência, suas mulheres tiveram que dar à luz em algum hospital. Ao enfrentar a rotina e os procedimentos do parto hospitalar, eles se depararam com situações que fugiram de seu controle e para as quais não estavam preparados. Para muitos deles, esta perda de controle foi uma experiência chocante:

Porque eu já morava na rua e já que estava na rua eu fui para o hospital. Mais aí passei 03 dias lá mais não descansava de jeito nenhum. Na última noite para amanhecer o dia que eu me operei, eu ensopei um lençol de sangue e nada dela nascer. [ *E a senhora esperando este tempo todinho?*] Esse tempo todinho e Chico já desesperado dizendo que ia me tirar para Quixeramobim. Aí foi que o Dr. Antonio disse não Felipe, se sua mulher não descansar hoje à noite, amanhã cedo eu opero ela. (D.<sup>a</sup> MARIA LUCIMAR).

Neste depoimento, encontramos alguns aspectos da mudança da atuação do marido quando sua mulher foi dar à luz em um hospital. D.<sup>a</sup> Maria Lucimar tinha tido até então todos os filhos em casa com parteira e sendo acompanhada por membros da família, inclusive o marido.

Na época do nascimento de sua filha caçula em 1979, no entanto, D.<sup>a</sup> Maria Lucimar já morava na sede do Município de Senador Pompeu. Ela se lembra de que morava na “rua”. Rua significava a cidade, o centro urbano do Município. D.<sup>a</sup> Maria Lucimar foi internada no hospital da cidade para ter sua última filha. Passou três dias em trabalho de parto e não conseguia ter a criança e a equipe médica não tomou a decisão de providenciar logo a cesariana. O marido, que a acompanhou praticamente em todos os partos, amparando-a, segurando-a, chorando por sua dor, desta vez foi excluído de qualquer decisão acerca do destino da mulher e de seu filho.

Depois de três dias de angústia, este homem, desesperado, ameaçou retirar a mulher do hospital e removê-la para o hospital do município vizinho, na tentativa extrema de salvá-la do que ele considerava a morte certa: permanecer em um hospital que, mesmo vendo a impossibilidade do parto normal, não tomava outra providência senão deixá-la morrer.

Mesmo com as ameaças do marido, D.<sup>a</sup> Maria Lucimar só foi operada após grande hemorragia e depois do rompimento da bolsa d'água, e sua filha, quando nasceu, apresentava um quadro de anoxia, toda roxa e praticamente morta. Para homens como seu Francisco, acostumado a estar ao lado de sua mulher na hora do parto, auxiliando no que pudesse e livre para tomar as decisões necessárias para preservar a vida da mulher e de seu filho; a experiência de impotência a que eles eram submetidos, quando as mulheres eram subordinadas às normas e rotinas do hospital, deve ter sido devastadora.

Em todo nosso trabalho de pesquisa encontramos apenas uma parteira que não concordava com o marido na cena do parto:

Ah! Um dia um que deu uma bronca comigo, disse: Porque num posso ficar? Eu disse: Porque eu acho chato, pra que nun senta aqui bem pertim era até o primeiro filho. Aí eu disse: não. É porque eu não gosto mesmo, fica já ta aqui, há uma pessoa me acompanhando (...) que tava comigo e também a sogra estava de lado, vendo o trabalho, então, mais mesmo assim eu depois manerei e deixei ele ficar. Ele rezou muita oração, eu disse: Ajude pode rezar, mais eu chateada demais, achando aquilo muito chato, sinceramente (D.<sup>a</sup> MARIA DO SOCORRO).

Como podemos observar, havia toda uma tradição na região da presença do marido durante o parto de sua esposa. Nas entrevistas que fizemos, percebemos que os maridos só não assistiam quando eles mesmos assim decidiam. Vemos aqui um conflito entre a parteira e o marido porque este esperava assistir ao parto de seu primeiro filho, D.<sup>a</sup> Maria do Socorro justificou sua resistência aos maridos na cena do parto como uma questão de pudor dela, parteira. Ela nos disse que ficava profundamente envergonhada de fazer os procedimentos do parto na presença do marido. No caso em foco, ela cedeu embora tenha relegado o marido à tarefa de rezar pela esposa, ou seja, de prestar uma ajuda simbólica.

Em outras regiões, também encontramos essa resistência à presença do marido por parte de algumas parteiras:

O marido costuma ser excluído do cenário do parto; as informantes são unânimes em dizer que a presença do homem atrapalha; ele só deve ser admitido como ajudante quando da ausência de outras mulheres, ou em situações de partos complicados que exijam força física (como por exemplo carregar a parturiente, ou mais raramente, empurrar a barriga de uma mulher que perdeu “as forças”, isto é, não têm contrações fortes o suficiente no período expulsivo.<sup>260</sup>

Analisadas estas ocorrências sobre a participação dos maridos no ritual da parição de suas mulheres, trataremos agora de uma dos aspectos mais importantes destes rituais: o resguardo. Já comentamos algumas características dos costumes do resguardo na região, mas agora mencionaremos estes costumes da perspectiva das parturientes que os vivenciaram.

---

<sup>260</sup> PEREIRA, Maria Luiza Garnelo. Op. Cit. pp. 124 e 125.

## 5.5 A Experiência do Resguardo

Os depoimentos do qual iremos tratar a seguir dizem respeito às variadas experiências vivenciadas no resguardo por estas mulheres. Quando tratamos do resguardo anteriormente, nos detivemos no exame das variadas tradições reinantes na região acerca desse costume. Aqui vamos relatar o modo como estas mulheres passaram por esta experiência e em que medida tal prática se aproximava ou se afastava das tradições reinantes:

A gente é que cumpria aquele resguardo, a gente via as pessoas mais velhas fazendo, passava, olhe de primeiro era horrível, passava 15 dias sem tomar banho, só fazendo asseio, aí com 15 dias tomava o banho morno, aí depois de tomar o banho morno, ficava se assiando, só tomava outro banho com 30 dias. Toda vida a gente arranjava uma pessoa para passar 08 dias, 10 dias, conforme fosse, só comia galinha caipira, colocada e engordada no chiqueiro, era tudo limpo para poder comer: pirão, arroz, essas coisas, coisas pesadas a gente não comia não. [carne de porco?] Não só se fosse uma carne de gado ou carne de criação. (...) só comia mais era galinha, era o suficiente, a gente colocava até 25 galinhas dentro do chiqueiro para comer, porque naquele tempo a gente tinha fartura em casa, porque hoje em dia a gente procura uma galinha caipira até para comprar é difícil, naquele tempo era bom. (D.<sup>a</sup> ENEDINA).

Aqui, no depoimento de D.<sup>a</sup> Enedina, uma experiência de resguardo clássico na região. Em primeiro lugar, a prática mencionada como fruto da observação da experiência das mais velhas, pois cumpria-se o resguardo como suas mães e suas avós ensinavam. Depois a ausência do banho completo durante 15 dias. Note-se que D.<sup>a</sup> Enedina qualifica este de um costume horrível, mas, mesmo assim, ela o seguiu religiosamente. As mulheres deveriam sofrer muito mesmo esta privação porque a região é extremamente quente e uma pessoa passar 15 dias tomando banho apenas na parte inferior do corpo, o chamado meio-banho ou asseio deveria ser extremamente desagradável.

Este aspecto do asseio das mulheres no pós-parto era de fundamental importância para o controle da incidência de infecções:

Apesar da precariedade na assistência ao parto e nascimento nas zonas rurais e periferia das cidades, e a precária condição de higiene a que as puérperas são submetidas com as orientações das parteiras de só tomarem banhos após 2, 3 dias ou

mais dias pós-parto, não foi evidenciada nenhuma ocorrência de infecção puerperal ou qualquer outra patologia pelas depoentes; isto talvez se justifique pelo fato de elas fazerem banhos de assento várias vezes por dia<sup>261</sup>

Como a autora comenta, embora as mulheres levassem vários dias para tomar um banho completo, mesmo assim, as infecções puerperais praticamente não ocorriam. Em nosso trabalho de campo, praticamente não encontramos nenhuma referência a mortes por infecção puerperal. Isso talvez seja explicado pela utilização dos meios-banhos e dos banhos de assento, porque embora passassem de até 15 dias sem se banhar, estas mulheres se asseavam várias vezes por dia com água morna misturada com álcool ou ervas, como a aroeira, por exemplo:

É bom a gente fazer o banho de assento, olha eu aconselho todas as mães que ganha nenê, eu gosto de mandar elas fazer o cozimento da aroeira, botar uma colherzinha de vinagre branco dentro e em seguida uma bacia grande e bota e se assentar no banho de assento que é muito bom porque desinflama. Aroeira é muito bom. ( D.<sup>a</sup> ROSA ANA ).

Depois D.<sup>a</sup> Enedina mencionou outro costume comum da região, o de providenciar uma pessoa para vir ajudar nas tarefas domésticas, haja vista que as mulheres de resguardo deveriam ser poupadas de trabalhos pesados. O cuidado com as mulheres de resguardo e o fato de poupá-las da quantidade de trabalho a que elas eram submetidas no dia-a-dia encontravam-se entre as tradições vivenciadas em outras regiões:

Mergulho novamente no passado e lá, não visualizo só interdições. Como disse a Dna. Amábile, não podia comer de tudo, mas também não podia fazer muito esforço. Seria idealização minha pensar que elas interrompiam a árdua lida cotidiana. Mas havia um afrouxamento no papel de esposa-mãe-mão-de-obra. Eram alvo das atenções da parteira e depois da sogra e delas obtinham uma certa licença, naquele mundo de trabalho. Reafirmo, o resguardo não as eximia da batalha diária, mas as desobrigava de alguns serviços, para os quais podia contar com a ajuda da sogra ou das vizinhas, sem ter que justificar-se ou ser chamada de ociosa.<sup>262</sup>

---

<sup>261</sup> CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. Op. Cit. p.144.

<sup>262</sup> RÉCHIA, Karen Christine. Op. Cit. Pp. 96 e 97.

Como podemos observar, embora não fossem totalmente poupadas do trabalho, as mulheres poderiam ao menos ser aliviadas de maior carga de tarefas cotidianas, o que de qualquer forma significava uma bem-vinda pausa em uma vida de labuta incessante.

O costume da preparação do chiqueiro de galinhas para a alimentação da parturiente também era tradição na região. Note-se que D.<sup>a</sup> Enedina menciona as galinhas para opinar sobre as dificuldades da vida de hoje em relação às daquele tempo. Menciona a fartura para se contrapor a uma época em que se precisa de dinheiro para adquirir os artigos de primeira necessidade.

O bom daquele tempo, nas lembranças de D.<sup>a</sup> Enedina era que se podia consumir alimentos, sem precisar do dinheiro para isso, necessitando tão-só de usar a moeda mais utilizada do período: a capacidade de trabalho. Este relato de D.<sup>a</sup> Enedina, embora tenha sido também o de outras parturientes, não foi o de todas. D.<sup>a</sup> Enedina e outros componentes da pesquisa, narram uma experiência mais ou menos clássica, um modelo do resguardo ideal.

Nem todas as mulheres dessa região, porém, tinham condições de ter um resguardo desse tipo. Para muitas, assoberbadas por dificuldades que mulheres como D.<sup>a</sup> Enedina não vivenciaram, a experiência do resguardo ideal era uma impossibilidade. Na pobreza compartilhada por todas as nossas entrevistadas, havia aquelas que eram mais pobres do que as outras e a experiência do seu resguardo refletia sua dura realidade:

Não, eu comia tudo, o primeiro menino ela disse: olha comadre você vai comer tudo, é o feijão, é a carne, é o que aparecer na mesa você vai comer, agora o que você não comer, do outro resguardo que você tiver não coma não. Ela dizia também: olhe, comadre, você pode lavar os cueiros do nenê, que tem a pia, você pode lavar sua louça, minha mãe morava bem pertinho de mim ela cuidava da comida. (...) Assim eu fiz, eu arrumava minha cozinha, a minha mãe dizia: minha filha deixe estar que eu faço. Eu disse: não, mãezinha, hoje eu tenho a senhora, amanhã eu não sei, aí eu cuidava da cozinha mais ela, eu lavava os panos do nenê, olhe eu não varria de jeito nenhum, porque a mulher que está parida se ela varrer casa e se abaixar é sujeito uma queda de útero. (D.<sup>a</sup> LUIZA GALDINO).

Neste depoimento estão consignadas algumas adaptações do modelo de resguardo da região, em decorrência das condições de vida da parturiente. Note-se que a



própria parteira aconselha D.<sup>a</sup> Luiza a alimentar-se daquilo que aparecer, ou seja, não há aqui o chiqueiro de galinhas previamente preparado para alimentar a parturiente durante o resguardo. A única restrição alimentar<sup>263</sup> feita pela parteira é de que o alimento que for vetado agora deverá ser vetado em todos os outros resguardos. Talvez, na perspectiva da parteira, fosse uma adaptação do organismo: se a mulher comesse um alimento que normalmente não se comia no seu primeiro resguardo, no futuro este alimento poderia ser ingerido sem susto. Caso contrário, este deveria ser vedado.

A outra parte diz respeito às atividades domésticas da parturiente, ficando mais ou menos claro que ela não podia contar com uma pessoa permanente para cuidar destas tarefas, quando muito, com a ajuda parcial de sua mãe. A parteira, então, a orienta sobre o que ela poderia fazer já nos primeiros dias do resguardo.

Observe-se que, mesmo o auxílio da mãe foi aceito de forma comedida, porque no futuro ela não sabia se poderia contar com esse auxílio. Então, era melhor se acostumar a realizar suas tarefas sem nenhuma ajuda. Mesmo buscando certa autonomia, porém, esta mulher se preocupava com alguns cuidados de seu resguardo: declara que não varria a casa porque este tipo de atividade poderia provocar uma queda de útero e, portanto, comprometer a sua saúde.

Essa preocupação com a saúde, como já mencionamos, estava subjacente aos cuidados no resguardo:

(...) porque elas tomavam muito cuidado, mais a dieta, era outra vida. Já hoje, eu tiro pela Eliane, que tiveram os filhos quando chegava do hospital já era tomando banho com a água do pote, eu dizia: Eliane!, aí ela dizia: ah! Mamãe é uma ilusão, tomava banho, comia pau e pedra. Como é que a gente está de resguardo e a mulher faz um serviço daquele. Agora eu tomava banho morno com as costas fechadas durante 15 dias. Aí todo dia a gente se asseava, colocava álcool no cozimento, tudo

---

<sup>263</sup> As questões referentes às restrições alimentares são uma constante na prescrição das regras de um resguardo bem conduzido: “Durante o primeiro período do resguardo, a mulher recebe uma alimentação especial, que contrasta tanto no que se refere ao número de refeições diárias, como à quantidade e aos tipos de alimentos, como é consumido habitualmente pela população de Itapuá. (...) Geralmente a mulher consome uma galinha por dia, nessa primeira semana, sendo a metade em cada parte do dia. Para atender a esse consumo, toda mulher em Itapuá, logo que confirma sua gravidez, começa a fazer uma criação especial de galinhas, ao lado das que cria normalmente, que se destina apenas ao seu resguardo” MAUËS, Maria Angélica Mota. Op. Cit. .p. 146.

morno, só para o meio banho. Aí com mais 15 dias tomava o banho frio. No outro dia parece que a gente estava bem curada. Aí depois de 40 dias podia fazer tudo. Aí eu digo que a dieta era essa e a saúde era essa. Mas hoje quando vem do hospital, já vem tomando banho, a Eliane até jerimum de leite come. Eu dizia: Eliane não coma isso porque faz mal, elas não tiveram resguardo, e são tão sadias graças a Deus. (D.<sup>a</sup> ANTONIETA).

Neste relato, encontramos alguns aspectos interessantes a comentar, o primeiro dos quais é a preocupação da mãe com as filhas que não seguem os rituais do resguardo que ela considerava corretos: o banho e a alimentação, por exemplo. A outra coisa é a menção ao uso do álcool na água do asseio, ou seja, havia uma preocupação não só de limpeza, como também de assepsia neste meio-banho que as mulheres tomavam durante o resguardo. E, por último, um paradoxo: a preocupação da mãe em relação ao resguardo de suas filhas era a preocupação com os possíveis danos à saúde delas. Embora reconheça, no entanto, que suas filhas tiveram resguardos extravagantes para os seus padrões, ela não deixou de mencionar que isso não afetou a saúde delas, embora, na visão dela, isso tenha sido uma graça divina.

Além da menção ao uso do álcool no banho durante o resguardo, encontramos outras substâncias que costumavam ser ingeridas pelas mulheres durante o resguardo:

Não, eu tomava chá durante o resguardo que a mamãe fazia. [chá de quê?] Chá de sena, sena com óleo, porque eu sentia muitas dores de cabeça, porque eu quebrei o resguardo<sup>264</sup>(D.<sup>a</sup> ANTONIA LOURDES, 71 anos).

Não. Tinha aquela água inglesa, quando eu tinha raiva que me dava dor de cabeça, eu tomava um copo e a dor de cabeça já passava. A água Inglesa tira a dor de cabeça e desce.( D.<sup>a</sup> MARIA DA SAÚDE).

E sempre também nos meus resguardos não faltava zinebra, cachaça, porque elas diziam que quando a gente recebesse um susto, queimasse a cachaça e bebesse que era bom. (D.<sup>a</sup> MARIA LUCIMAR).

Nestes três depoimentos, vemos as substâncias que as mulheres eram aconselhadas a tomar para resolver um problema muito preocupante: a quebra do resguardo.

No primeiro depoimento, a referência a um chá que se tomava quando ocorria esta quebra, no

---

<sup>264</sup> Entrevista com D. Antonia Lourdes Moreno de Souza, 71 anos, realizada em 05/11/2005, em Senador Pompeu-CE.

segundo depoimento a menção à água inglesa<sup>265</sup>, um medicamento muito popular e que era recomendado para recuperação de doenças infecciosas e febris. Por último a utilização da aguardente com o mesmo objetivo: resolver o problema da quebra do resguardo.

A quebra do resguardo acontecia, segundo os depoimentos, quando as mulheres nesta circunstância passavam por situações de estresse emocional ou físico: uma raiva muito grande, um medo considerável, trabalho físico excessivo, relações sexuais na época do resguardo. Em todos estes casos, o resguardo seria quebrado e os sintomas mais apontados para esta quebra eram intensas dores de cabeça e às vezes havia a suspensão do sangramento. Caso isso acontecesse, era preciso tomar providências urgentes para tentar sanar a situação, pois segundo a crença predominante na região, uma quebra de resguardo que não fosse devidamente tratada poderia arruinar uma mulher para o resto de sua vida:

*Quebrar o resguardo é algo temido por todas as mulheres com quem conversei nesse período de pesquisa, diante das complicações, as mais velhas da família ou amigas e comadres são chamadas para ajudar à mulher. Nesse período, ocorre uma enorme vulnerabilidade das mulheres puérperas tanto em suas condições físicas como emocionais, sobretudo aquelas *marinheiras de primeira viagem* que fazem uma passagem de categoria social, ou seja, de mulher para mulher-mãe, um movimento que se processa marcado por inúmeras mudanças no curso da vida.*<sup>266</sup>

Mesmo aquelas que tentaram reverter a situação com o uso dos medicamentos consagrados pela tradição, costumavam se queixar que sofriam suas seqüelas para o resto da vida. E como já comentamos anteriormente, uma mulher jovem com a saúde arruinada era a pior desgraça que podia acontecer para estas famílias que dependiam do trabalho cotidiano das mesmas. Daí a preocupação quase religiosa que as famílias tinham com suas mulheres grávidas e de resguardo. Os cuidados que pudessem lhes ser ministrado dentro dos limites de

---

<sup>265</sup> “A Água Inglesa é fórmula excelente e clássica que todos os fabricantes de produtos farmacêuticos se vêm na obrigação de preparar, apresentando-a com pequenas variantes e peculiaridades, embora contendo os mesmos componentes primordiais: a quinina, o álcool, plantas de propriedades tônicas e anti-febris. A Água Inglesa é um aperiente, febrífugo e tônico bem indicado nas doenças febris arrastadas, nas anemias e nas convalescenças de doenças infecciosas e febris” Anúncio do Laboratório Silva Araújo. Revista da Associação Brasileira de Farmácia, 1936.

<sup>266</sup> DIAS, Maria Djair. Op. Cit. Pp. 175 e 176.

sua realidade deveriam ser aplicados, e para isso muitas vezes se recorria a solidariedade dos vizinhos:

Só eu e Deus, Deus e eu e uma filha de Deus que aparecia, cuidava deles pequenos, outra chegava varria a casa, outra chegava lavava um prato, toda vida eu soube viver entre os meus vizinhos. Graças a Deus eu não tenho intriga com ninguém, Deus me livre. Aí quando chegava juntava tudo que era de roupa, tudinho, duas, três e lavava. Quando vinha, vinha já tudo passadinha e no outro dia já era outra. (D.<sup>a</sup> FRANCISCA PEDROZA).

Neste relato a descrição de um resguardo difícil, D.<sup>a</sup> Francisca não tinha família por perto que a auxiliasse. Seu marido, segundo seu depoimento, não a tratava muito bem. Esta mulher, portanto estava impossibilitada de ter o resguardo clássico que tantas outras mulheres da região tinham o direito de esperar. No entanto, mesmo nestas difíceis condições, D.<sup>a</sup> Francisca contou com o apoio e solidariedade de suas vizinhas que sabiam de sua situação de abandono, mas sabiam também que nenhuma mulher deveria ficar entregue à própria sorte durante este período crucial de sua vida<sup>267</sup>.

Ao assumir as tarefas domésticas de sua casa-limpeza, lavagem da roupa, cuidado com as crianças e até mesmo com a parturiente debilitada por um parto difícil-o que estas vizinhas fizeram foi proporcionar o descanso físico e emocional de que D. Francisca precisava para se recuperar de forma saudável e assumir suas tarefas. Estas mulheres acreditavam que toda mulher recém-parida precisava de paz e descanso para recuperar-se plenamente e se ela não tinha nem família, nem um marido que providenciasse estas condições, a comunidade das mulheres da vizinhança assumiu esta função de forma bastante eficiente.

É interessante mencionar que a quadra do resguardo era um tempo em que as mulheres destas comunidades podiam ser justificadamente liberadas de sua faina diária e, portanto, era percebida como uma bem-vinda pausa dos trabalhos a que eram submetidas. Em pelo menos dois depoimentos, encontramos esta referência do resguardo como um tempo

---

<sup>267</sup> “Gostaria de voltar à questão da solidariedade que, como coloquei no primeiro capítulo, estava imbricada nas relações de vizinhança, calcada no “auxílio mútuo”, devido à própria necessidade de sobrevivência. Para reforçar esta solidariedade, há que se gestar espaços de sociabilidade” RÉCHIA, Karen Christine. Op. Cit. p. 99.

bom, porque proporcionava descanso físico e também alguns cuidados emocionais que em seu cotidiano normal elas não costumavam ter:

Era, a gente tinha aquela criança normal, e ela achava bom fazer aquele pirão, matava uma galinha caipira, é por isso que eu queria ter muitos filhos e filhas, para mim comer pirão. (D.<sup>a</sup> ANTONIETA).

Era pirão de carne de galinha, aquela galinha bem torradinha ali. Aí furava aquele pirãozinho cheio de manteiga. Para que melhor, você deitada numa cama só comendo e contando os caibros da casa. Aquilo eu dava graças a Deus quando tomava cria. (D.<sup>a</sup> ISALTINA).

Como se pode perceber por estes dois depoimentos, o tempo do resguardo era visto por estas mulheres como de relaxamento e descanso de seu afanoso cotidiano. Além do descanso da labuta, a própria alimentação mais rica e mais bem cuidada estimulava as mulheres a verem o período dessa quarentena como uma época de bonança e fartura.

Além de serem estimuladas pela experiência de um resguardo confortável, a faina reprodutiva delas se justificava pela percepção da maternidade não só como um destino natural das mulheres, mas, sobretudo, como uma forma de se garantir para a velhice. Muitos filhos nesta sociedade poderiam representar a diferença entre ter uma velhice bem amparada ou uma velhice desamparada. Mesmo porque, no universo cultural destas sociedades, cuidar dos pais velhos e doentes é percebido como um dever quase sagrado dos filhos. Nada é dividido com tanto preconceito ou horror do que filhos que abandonam seus pais na velhice:

Aí ela disse que se sentia orgulhosa de possuir daquele tanto de filho [18], quando ela adoecia nunca faltava uma perna para ela deitar a cabeça, além dela está na cama ou na rede mais tinha uma pessoa ao lado segurando ela e ali dando assistência da melhor maneira que pudesse. Aí se ela tivesse só um filho ou dois será que ela tinha aquela assistência? Tinha não. Agora só é difícil para a época de hoje para a gente ter muitos filhos por causa dos anos que está fraco para criar e a criação hoje está muito difícil, mas muitas coisas eu dou valor é mãe que tenha muitos filhos. (D.<sup>a</sup> ROSA ANA ).

Neste depoimento, encontramos claramente o modo como estas comunidades percebiam o número de filhos como uma garantia de assistência na doença e na velhice. Prole extensa significava muitos braços para o cuidado dos pais doentes. Como diz esta depoente:

nunca faltava uma perna para ela deitar a cabeça e uma mão que ela pudesse segurar, no entanto, há o reconhecimento de que este tipo de modelo familiar não é mais possível: as dificuldades para criar muitos filhos não possibilitam mais que uma mulher tenha 12 ou 18 rebentos como nos anos anteriores.

## **5.6 Complicações do Parto.**

Apesar de vários dos depoimentos recolhidos em nossa pesquisa não mencionarem muito os problemas e as complicações sofridas por essas mulheres em sua parturição, a verdade é que eles existiram. Embora o parto domiciliar apresentasse algumas vantagens, não podemos nos deixar levar por uma crença de que tudo se passava sem nenhum problema, sem trauma qualquer. Abordaremos agora certas complicações que ocorreram com algumas de nossas entrevistadas:

O meu último menino eu inchei tanto, que dentro dos oito meses foi preciso me internar. Eu passava a noite andando pelo meio da casa, aí mandei chamar ela [a parteira], aí eu dizia mas comadre eu estou inchada demais aí ela diz mas comadre você vai para o hospital, tem que ir para um hospital, vai ficar repousando até desinchar. (D.<sup>a</sup> LUIZA GALDINO).

No depoimento de D.<sup>a</sup> Luiza Galdino, uma das complicações mais comuns, o problema do inchaço provocado pela retenção de água no organismo. Este tipo de complicação era provavelmente provocado pelo aumento da pressão e por uma dieta não balanceada.

A parteira em foco aconselhou-a a ir para o hospital afim que ela repousasse, mas, sobretudo para que tivesse um acompanhamento em relação à pressão e à dieta. Esse inchaço em D.<sup>a</sup> Luiza poderia provocar uma eclâmpsia na hora do parto e matar a parturiente, principalmente se a parturição fosse domiciliar. Percebe-se, portanto, que a preocupação da parteira estava diretamente relacionada à possibilidade de atender aquele parto com a parturiente em condições tão complicadas. D.<sup>a</sup> Luiza internou-se, resolvendo o problema do

inchaço e veio a ter seu filho em casa assistida pela mesma parteira que a aconselhou a se institucionalizar.

Além do problema do inchaço que poderia provocar eclampsia, uma outra complicação bastante comum era a posição da criança:

Porque uma que veio não sabia e eu ia morrer a mingua, quando outra chegou e disse como é que essa menina pode nascer, essa menina está dentro das costelas gente, aí ela começou a rezar e eu não sei se era fé aí quando deu fé a nenê se buliu, procurou o normal, procurou mesmo, aí ela disse bem eu não posso pegar essa menina porque só tenho uma mão, ver quem vem pegar, aí nasceu. (D.<sup>a</sup> MARIA DA SAÚDE).

Neste depoimento, outra das complicações muito comuns: a criança mal posicionada. Em várias das nossas depoentes, encontramos referência a este tipo especial de problema: crianças atravessadas, de pé, sentadas, crianças cujo cordão umbilical vinha primeiro.

Em vários desses casos, dependendo da parteira que assistia, eram promovidas as chamadas versões; Ou seja, através de uma série de procedimentos manuais, as parteiras conseguiam mudar a posição da criança, possibilitando o nascimento via parto normal. Em outros casos, como quando o cordão vinha primeiro, o procedimento era encaminhar ao hospital o mais rápido possível.

No caso de D.<sup>a</sup> Maria encontramos duas complicações: em primeiro lugar, o mau posicionamento da criança e em segundo lugar o fato de que a parteira que a socorria não ter reconhecido logo o problema. Observe-se o fato de que precisou outra parteira chegar para saber por que a criança não conseguia nascer. Mesmo reconhecendo, porém, o problema, esta outra parteira não sabia ou não podia fazer uma versão e a única coisa que ela fez foi rezar. Para sorte de D.<sup>a</sup> Maria a criança se mexeu e colocou-se em posição de nascer e o nascimento desenrolou-se, a partir daí, normalmente.

Estes casos de crianças mal posicionadas eram apontados com um dos exemplos de partos traumáticos não somente para a parturiente, como também para a parteira e, sobretudo, para a família da mulher, que esperava o desenlace de um parto muitas

vezes longo e doloroso. Sem contar com a probabilidade de que, quanto mais o parto se estendia, maiores os riscos de um final trágico para a criança, para a mãe ou para ambos.

Em vários depoimentos, encontramos referências de que, quando o parto se estendia demais e as esperanças do final feliz iam diminuindo, a casa da parturiente começava a se encher de gente. Pessoas da família e vizinhos começavam a chegar, não só para saber como iam as coisas, como também para prestar solidariedade à família em caso de o pior acontecer.

As mulheres se punham a rezar e outras entravam no quarto da parturiente para tentar ajudar. Os homens muitas vezes iam em busca de outra parteira ou de um médico, conforme o caso, para tentar resolver a situação. O drama de uma mulher sofrendo durante longas horas sem conseguir ter o filho e correndo risco de vida comovia toda a vizinhança.

Outro dos problemas vivenciados por elas diz respeito à inépcia de algumas parteiras. Embora em quase todos os nossos depoimentos tenhamos encontrado apenas elogios e gratidão dessas parturientes em relação às parteiras que as atenderam, encontramos, também, embora em menor escala, depoimentos que nos relataram alguns procedimentos irresponsáveis ou inábeis de algumas parteiras:

Porque eu passei oito dias e a mulher só me judiando: eu fiquei toda ferida, toda inflamada. Passava cuspe de fumo, cebola, que eu já não agüentava mais de tanta catinga. (...) Ali ela não fez uma higiene não tinha nem uma água quente e eu perdendo sangue. (D.<sup>a</sup> BÁRBARA).

Como se pode observar no depoimento de D.<sup>a</sup> Bárbara, nem todas as parteiras procediam com o mesmo cuidado e com a mesma responsabilidade para com suas parturientes. No caso dessa parteira mencionada por D.<sup>a</sup> Bárbara, ela se viu diante de um caso difícil: a criança de D.<sup>a</sup> Bárbara estava atravessada, havia risco de eclampsia, como depois se confirmou, e, além de tudo isso, D.<sup>a</sup> Bárbara ainda estava com hemorragia. A maioria das parteiras por nós entrevistadas e outras mencionadas pelas parturientes teriam recuado diante



de um caso assim e teriam aconselhado remover a parturiente para o hospital mais próximo ou, o que foi feito depois, teriam chamado o médico em casa para atender este caso especial.

Esta parteira, porém, que era leiga, característica explicitada pela utilização de fumo e cebola na parturiente e pela falta de medidas higiênicas básicas, arriscou-se a assistir um parto para o qual não tinha competência. Como resultado desta sua opção temerária, temos uma mulher sofrendo inutilmente por oito dias, a qual teve o seu corpo machucado por manipulações inábeis e que, por isso, desenvolveu uma inflamação; uma parturiente com hemorragia intensa e que sofreu um ataque de eclampse logo depois do parto.

Portanto, como se pode concluir, D.<sup>a</sup> Bárbara passou por todo esse sofrimento e essas complicações pela decisão irresponsável de uma parteira que não soube reconhecer os limites de seus conhecimentos e de sua capacidade de intervenção.

É de suma importância destacar esses aspectos, para que não se pense que todas as parteiras tinham um procedimento correto e também responsável para com suas parturientes. Embora, como já mencionamos, esse tipo de atitude fosse a mais comum, encontramos, como em todas as profissões, parteiras que não tinham certas posições profissionais e, por isso, tomavam decisões equivocadas e impensadas que, se não matavam suas pacientes, faziam com que elas passassem por sofrimentos desnecessários.

Outro problema mais ou menos comum era o das placentas coladas:

Não para nascer nem tanto, demorava mais para sair o parto, o Dr. era quem vinha para tirar o parto, ah! Minha filha, de um filho que eu tenho eu levei vela na mão. [ por que o parto não saía? ] não de jeito nenhum, ele nasceu no dia 01 de Novembro de 68, mas eu sofri, desse aí eu sofri, sofri sem medida, mas os outros eu sofria mas nem tanto, mais os outros partos quase todos eram colados. (D.<sup>a</sup> FRANCISCA PEDROZA).

Aqui nesse depoimento de D.<sup>a</sup> Francisca, o relato de uma das complicações mais temidas por parteiras e parturientes: o não-delivramento da placenta. Nos primeiros depoimentos que recolhemos encontramos sempre a menção ao parto que não saía e ficamos um pouco confusa: como assim, o parto não saía? -perguntávamos. E fomos devidamente

esclarecida quando nossas depoentes nos explicaram que o parto a que elas se referiam era a placenta que tinha de ser eliminada do corpo materno logo após o nascimento, e que, se isso não ocorre, a mãe morre de hemorragia:

Quando a mulher dá à luz, o cordão umbilical é cortado, a criança é agasalhada e ambas descansam, iniciando-se o período de delivramento da placenta. Para as parteiras de Serra Encantada, esse é um momento considerado perigoso, sobretudo quando ocorre uma demora na saída *do resto do parto*, ou seja, quando o período de expulsão da placenta não se completa minutos depois do nascimento e surge a presença de sangramento que pode caracterizar hemorragia como complicação dessa fase.<sup>268</sup>

Em todos os depoimentos que coletamos, deparamos com esta preocupação, tanto entre as parteiras quanto entre as parturientes, com a eliminação da placenta. Inclusive uma das características mais valorizadas entre algumas parteiras treinadas era justamente a capacidade destas de retirar a placenta, caso este órgão vascular não saísse normalmente.

No caso de D.<sup>a</sup> Francisca, vemos como passava ela por esse terrível sofrimento em todos os seus partos. Em todos os filhos que teve, 12 ao todo, sua placenta nunca saiu de forma natural. Embora em muitos desses partos ela tenha sido assistida por parteiras, em todos eles um médico tinha de ser chamado para fazer a retirada da placenta, um procedimento muito doloroso a ser feito em uma mulher já exausta pelo trabalho de parto e pela hemorragia adiantada.

É denotativo da falta de recursos ou do descaso dessas pessoas o fato de que uma mulher com esse tipo de histórico ainda se arriscasse a ter filhos em casa e sem auxílio médico. Consideramos a história de D.<sup>a</sup> Francisca verdadeiramente miraculosa, na medida em que ela conseguiu sobreviver a 12 partos nessas condições. Fazemos tal afirmação porque, nas poucas referências que encontramos em nossos depoimentos sobre a mortalidade materna no parto, a placenta colada era de longe a causa maior dessa mortalidade.

---

<sup>268</sup> DIAS, Maria Djair. Op. Cit. p.167.

## 5.7 Mortalidade Materna

Uma das preocupações do nosso trabalho dizia respeito à ocorrência da morte no parto. Tanto para as parteiras como para as parturientes, perguntávamos acerca da mortalidade no parto, e uma das coisas que achamos mais surpreendente foi que, ao contrário do que esperávamos, quase não havia referência tanto em um grupo quanto em outro acerca da mortalidade materna:

Falar a verdade é preciso eu não me lembrava nem que ia morrer de jeito nenhum e ninguém ouvia falar também. *[Então não era muito comum por aqui mulher morrer de parto?]* Não eu não conheço não, porque eu acho que quando a mulher está naquela hora, Deus está por perto, sei não eu nunca pensei que tivesse morrido gente por aqui não, porque tem vez porque se for para morrer morre no hospital. (D.<sup>a</sup> LINDALVA ).

Neste relato, está explícito um dos aspectos mais comuns quando se fala acerca da mortalidade materna na região. Quase todos os depoimentos são muito vagos a respeito desse fato. Não sabemos se porque realmente a mortalidade era tão baixa que não provocava impacto ou porque o índice de óbito, embora baixo, era tão traumático que a memória das pessoas optou por apagá-la. Agora neste depoimento talvez esteja contido um dos motivos pelo qual a memória da mortalidade materna seja esmaecida ou apagada: a fatalidade do destino.

O depoimento de D.<sup>a</sup> Lindalva é muito claro quando diz que na hora do parto Deus está do lado, velando pela mulher e quando chega a hora de morrer, morre-se mesmo no hospital; ou seja, talvez o fato de as mulheres morrerem de parto fosse visto com uma perspectiva meio que fatalista: morreu porque chegou a hora de morrer. Não foi porque teve em casa e faltaram recursos, mas porque era a hora dela. A mortalidade materna assim não deixaria uma lembrança mais viva na memória das comunidades porque não seria percebida

como uma tragédia que poderia ser evitada mediante alguns procedimentos, mas como o destino daquela mulher, e que nada poderia evitar o desenrolar da sina.

Por isso, nestas comunidades, a maior preocupação das grávidas não era com pré-natal, procedimento desconhecido pela maioria delas, ou consultas médicas a que, além do mais, elas nem teriam acesso, mas com o ato de conseguir uma boa parteira e rezar por uma “boa hora”. A boa hora que estas mulheres pediam e esperavam é que na hora do parto não ocorresse nenhuma distocia que submetesse a risco a vida delas e de seus bebês. A hora do parto era um momento de mediação delas, seus santos e sua fé. Suas comadres parteiras estavam lá apenas para auxiliá-las nos procedimentos necessários ao bom termo do evento.

Apesar dessas crenças bastante arraigadas na região, todavia, em alguns depoimentos, começamos a perceber as relações que se estabelecem entre a morte no parto e os cuidados que se deve ter com as parturientes:

Foi, ela morreu depois de ter nenê, teve o nenê depois ficou boazinha e depois eu disse olhe a Ana não está boa não, vai lá dentro buscar um chá para ela, um caldo, aí quando chegou eu disse de novo: a Ana não está bem não, ela está pálida, mas ela pediu chorando para levar ela para a rua e não levaram. O médico já tinha dito para ela que ela não era para ter família tão cedo, porque a senhora está muito fraca, não está nem com 06 meses, você já pegou menino, esse marido está doido” ( D<sup>a</sup> MARIA DA SAÚDE ).

Neste depoimento, vemos explícita a percepção de que algumas mortes maternas eram provocadas por descuido ou negligência das pessoas. Segundo esta depoente, a parturiente em foco já teria sido avisada por um médico de que não poderia ter filhos tão cedo porque estava muito debilitada. Seis meses depois do último parto, no entanto, esta mulher encontrava-se grávida de novo e foi a óbito logo após este parto. Não sabemos efetivamente do que esta parturiente morreu, mas, pelos sintomas apresentados, provavelmente uma hemorragia interna pode tê-la levado a trânsito depois do nascimento do bebê.

Percebemos também duas outras situações: em primeiro lugar a opinião do médico sobre a atitude do marido da paciente ora focalizada. A referência do médico à loucura do marido denota uma percepção deste acerca dos costumes locais. Na região *locus* do estudo, é costume deixar que o homem, no caso, o marido, regule as relações sexuais entre o casal, isto é, é o marido quem resolve quando o casal deve manter relações sexuais, cabendo às esposas tão-somente se submeter.

As ocasiões em que as mulheres podiam se negar a estas resoluções dos maridos ocorriam apenas durante o resguardo e nos dias de seu ciclo menstrual. Excetuando-se estas duas situações, as mulheres deviam se submeter às vontades e desejos de seus maridos. Portanto, mesmo sabendo que uma gravidez significaria um risco muito grande para sua saúde, esta mulher provavelmente não teve como se negar ao marido e engravidou novamente.

A outra situação mencionada neste depoimento é o pedido da mulher para que a levassem para a rua. Como adiantamos, a rua, neste contexto, significava a sede do município, ou seja, o local onde teria um hospital para socorrê-la. Portanto, mesmo tendo dado à luz em casa com o auxílio da parteira, esta parturiente tinha a dimensão de que o problema que a acometia só teria possibilidade de ser resolvido no hospital. Talvez na sua avaliação o médico que a havia avisado dos riscos da gravidez pudesse salvá-la. Ela não foi levada para o hospital. Nossa depoente não sabia por que nada foi feito nesse sentido e esta parturiente veio a falecer rapidamente.

É interessante perceber que embora a mortalidade materna não fosse muito visível na região examinada, porque, como comentamos, no início da nossa pesquisa quase não conseguíamos rastrear nenhuma morte, à medida que avançamos na pesquisa, a memória acerca desta mortalidade começou a aflorar:

Morreu de mais. Uma vizinha minha, ela morreu em Março, quando foi em Junho, morreu outra, morreu assim duas em seguida uma perto da outra. Não essa não teve

nenê de jeito nenhum, ela tinha tido 10 filhos nos 11 ela morreu, a outra tinha 05 nos 06 morreu. Não ela morreu de hemorragia. (D.<sup>a</sup> FRANCISCA PEDROZA ).

No depoimento de D.<sup>a</sup> Francisca, percebemos vários aspectos importantes acerca dos passamentos maternos. O primeiro aspecto diz respeito não só à lembrança de como era mais ou menos comum o óbito no parto, como também a referência à proximidade das mortes.

Era recorrente na região a crença de que um trespasse no parto nunca acontecia de forma isolada. Quando acontecia de uma mulher falecer de parto, todas as grávidas da localidade ficavam apreensivas porque se acreditava que aquele tipo de fenômeno não ocorreria somente uma vez; que a uma morte no parto poderiam se seguir outras muito próximas era um tipo de crença bastante comum na região.

Note-se como D.<sup>a</sup> Francisca guardou até mesmo as datas das mortes: uma em março a outra em junho, ou seja, apenas três meses de diferença entre uma e outra. Este tipo de lembrança deixa perceber como esses acontecimentos foram traumáticos na localidade, especialmente para uma mulher como D.<sup>a</sup> Francisca, que vivia grávida e cujos partos eram sempre marcados pela ocorrência da placenta colada.

Outros pontos dignos de nota neste depoimento são: a faina reprodutiva destas mulheres e o motivo da morte de ambas. Nos dois casos mencionados por D.<sup>a</sup> Francisca, as mulheres focalizadas já tinham passado por sucessivos partos: dez em um caso, cinco no outro. Portanto, eram acostumadas a ter filhos em casa, provavelmente um por ano. A outra circunstância diz respeito ao motivo do óbito: nos dois casos a hemorragia foi a causa.

Em quase todos os eventos mencionados pelas depoentes acerca da mortalidade materna, esta é a razão recorrente: as hemorragias. Praticamente não encontramos outros motivos que tenham provocado o óbito destas mulheres. Nos casos mencionados por D.<sup>a</sup> Francisca, as hemorragias ocorreram antes do nascimento das crianças,

no entanto a maior ocorrência das hemorragias, pelo menos nos depoimentos por nós coletados, dizia respeito ao problema da placenta colada:

Minha mãe morreu o seguinte, ela morreu com 36 anos com 14 filhos. Ela ganhou nenê e deu uma hemorragia muito grande, perdeu todo o sangue e a placenta não saiu, a parteira deu o chá que ela tinha costume de dar que ajudava naquele problema. [*qual era o chá?*] Era chá de gergelim, chá de alho, chá de cebola, chá de fedegoso. [*dava esses chá todinho para ver se parava a hemorragia?*] Para ver se parava e soltava, descolava a placenta e nada adiantou, aí antes de meu pai chegar em casa ela morreu. Ela deixou 13 filhos, 13 não 14 porque o que ela morreu de parto também ficou. (D.<sup>a</sup>ENEDINA).

Este relato pungente de D.<sup>a</sup> Enedina, sobre a morte da mãe que ela perdeu com seis anos, ilustra de forma cabal o motivo maior dos óbitos maternos na região: o problema da placenta colada. Em praticamente todas as nossas entrevistas, esta era a maior causa apontada de morte materna: a chamada retenção placentária. Conquanto, porém, este tipo de problema fosse responsável pela maior parte dos passamentos nos partos domiciliares, ele não é exclusivo dessa espécie de parturição, pois, mesmo nos hospitais isso continua acontecendo:

Em um dos casos de infecção puerperal a parturiente deu a luz sozinha em seu leito, depois de muito chamar pela “enfermeira”. Essa, quando veio, foi para levar seu filho para o berçário e posteriormente nenhum profissional médico ou enfermeira a examinou. Deram alta. Quando retornou depois de alguns dias fizeram curetagem retirando restos placentários. A puérpera evoluiu mal sendo necessário realizar histerectomia, mas já estava com quadro de septicemia grave e acabou falecendo.<sup>269</sup>

No caso apontado por essa autora, encontramos não só o problema da retenção placentária mas também o da infecção puerperal, que continua acometendo as mulheres, mesmo aquelas que se internam para ter o filho, achando que o hospital lhes dará mais segurança. Como podemos ver pelo relato, porém, esta mulher teve o filho sozinha e não foi examinada no pós-parto, o que provocou a retenção de restos da placenta dentro do seu útero.

Notem-se no depoimento de D.<sup>a</sup> Enedina algumas informações que encontramos em outros casos aqui mencionados: a mãe de D.<sup>a</sup> Enedina, apesar de ter apenas

---

<sup>269</sup> TANAKA, Ana Cristina D' Andretta. Op. Cit. pp.79 e 80.

36 anos já tinha dado à luz 13 filhos, portanto, era uma mulher com uma intensa faina reprodutiva. Sua filha mais velha contava 16 anos quando a mãe morreu, portanto, desde os 20 anos, esta mulher vinha tendo filhos. O segundo fato diz respeito aos procedimentos da parteira que a atendeu, pois, para conseguir que a placenta descolasse e saísse, esta parteira utilizou-se de toda a farmacopéia popular para estes casos.

Entrementes, porém, o pai de D.<sup>a</sup> Enedina tinha se encaminhado à sede do município em busca de um médico que pudesse salvar sua esposa, no entanto, apesar do esforço desesperado desse homem para conseguir preservar a vida de sua mulher, ele chegou muito tarde. Quando conseguiu chegar à casa a mulher já estava morta. Uma das razões por que as hemorragias matavam tanto era justamente a dificuldade de transporte fosse para a mulher chegar ao hospital, fosse para o médico aportar à residência da parturiente.

A maioria desses casos ocorria justamente em localidades afastadas da sede do município; lugares ermos muitas vezes só acessíveis a cavalo porque não havia estradas por onde se pudesse passar com o carro. D.<sup>a</sup> Enedina nos contou que, caso sua mãe tivesse resistido por mais tempo, ela teria que ser removida em uma rede, carregada por várias pessoas, porque carro não passava pelas picadas e a cavalo não seria possível deslocar uma parturiente se esvaindo em sangue. Aliás, este foi o motivo pelo qual o médico não pôde ir, o deslocamento só poderia ser feito a cavalo e o único médico que poderia atendê-la estava muito doente para suportar andar a cavalo por muito tempo.

A história de D.<sup>a</sup> Enedina, além de emblemática das situações de risco vivenciadas por estas parturientes, torna-se ainda mais triste quando, alguns anos depois da tragédia que vitimou sua mãe, outra mulher da mesma família passou pelo mesmo drama e com um desenlace igual:

A mais velha tinha 16 anos, foi que morreu de parto também. [*a sua irmã morreu de parto também?*] Morreu de parto na mesma idade da minha mãe, minha mãe morreu com 36 anos e ela também morreu com 36 anos no mesmo mês. Só que minha mãe morreu nos 14 filhos e ela morreu nos 12. [*a placenta também?*] Placenta também



e a falta de médico, morava longe da rua, o marido dela foi atrás do médico mas quando veio a chegar já tinha morrido. Naquele tempo morria e muito, era duas coisas, mulher morrer de parto e criança morrer. Tinha dia da gente contar 07 enterros, recém nascido de 02 meses, 03 meses. Naquele tempo morria demais e mulher de parto também. Eu tinha muito medo, porque tinha morrido minha mãe e minha irmã, eu tinha tanto medo, mas graças a Deus só morreu elas duas, as outras irmandades ninguém teve problema não.( D.<sup>a</sup> ENEDINA).

Este outro relato de D.<sup>a</sup> Enedina nos esclarece ainda mais acerca de alguns aspectos da mortalidade materna na região. Em primeiro lugar, como havíamos comentado, dos motivos recorrentes dessa mortalidade eram as hemorragias provocadas pela placenta que não delivrou. Depois, os óbitos também eram provocados pela extrema dificuldade de se conseguir socorro médico a tempo. Em terceiro lugar, D.<sup>a</sup> Enedina reforça a idéia, até então não muito presente, da extrema freqüência com que os óbitos maternos ocorriam. Além de mencionar a mortalidade materna, D.<sup>a</sup> Enedina também nos lembra o problema dos passamentos infantis, que também era muito elevado na região.

O que é mais denotativo, porém, das situações vivenciadas por estas mulheres são suas frases finais. D.<sup>a</sup> Enedina reconhece que tinha muito medo de que acontecesse com ela o que sucedeu com sua mãe e com sua irmã mais velha. Um detalhe importante é que D.<sup>a</sup> Enedina passou pela perda da mãe duas vezes, porque, quando sua mãe morreu, ela contava apenas seis anos e sua irmã mais velha (16 anos), portanto, seguindo os costumes da região, deve ter assumido o papel de mãe para os irmãos menores. Quando esta irmã mais velha faleceu nas mesmas circunstâncias de sua mãe, para D.<sup>a</sup> Enedina foi como se tivesse perdido sua mãe pela segunda vez.

Mesmo com esta ligação emocional, todavia, D.<sup>a</sup> Enedina agradece a Deus pelo fato de que “apenas” elas duas tenham morrido assim, e tanto ela quanto suas outras irmãs tenham sido poupadas do mesmo fado. As dificuldades vividas por estas mulheres eram tão grandes, à mercê da sorte de que seus partos não apresentassem complicações insolúveis para as condições em que viviam, que, mesmo com o sucesso de duas tragédias como essas,

vivenciadas pela mesma família, tudo o que elas conseguiam fazer era agradecer pelo fato de outras tragédias iguais não terem acontecido com as outras mulheres da família.

Em todos estes depoimentos envolvendo a mortalidade das mães, um aspecto às vezes explícito outras vezes não cerca estas falas: a figura do médico. O facultativo que avisou a mulher de que ela não poderia ter filhos logo porque estava muito debilitada. O profissional que, por estar doente, não pôde se deslocar para tentar salvar a mãe de D.<sup>a</sup> Enedina; o médico que se deslocou, mas não conseguiu salvar a irmã de D.<sup>a</sup> Enedina.

Nos depoimentos de várias parturientes, a imagem do médico emerge, às vezes, mais claramente, em outras de forma menos nítida. O perceptível é que, embora estas mulheres continuassem se utilizando dos serviços das parteiras, a figura do médico e de seus cuidados estava sempre muito presente no cotidiano delas. E é justamente esta perspectiva do papel dos médicos no cotidiano destas mulheres que abordaremos na seqüência.

## 5.8 O Papel dos Médicos

Nos vários depoimentos recolhidos, deparamos inúmeras referências aos papéis que os médicos exerciam na região:

*[e o Dr. que veio ajudar a senhora a ter o nenê em casa, ele ajudou com ferro?]*  
Não, não foi com ferro. Ele só deu uma massagem na minha barriga e pronto, aí imprensou a criança. O Dr. Valdenor era um médico muito bom. *[E a senhora não teve vergonha do médico não?]* Não, eu me acanhei um pouco, mais eu imaginei que era médico, não tinha problema, ele não ia contar o segredo do outro, foi isso que eu confiei nele porque ele não ia contar o meu segredo a ninguém.” (D.<sup>a</sup> MARIA MOREIRA).

Na fala D.<sup>a</sup> Maria, algumas das experiências muito comuns na região: o costume de se chamar o médico em casa para resolver partos complicados. Sempre que as parteiras não conseguiam realizar o parto, o facultativo era chamado no domicílio da parturiente para tentar fazer o parto. No caso em foco o profissional resolveu o parto sem precisar utilizar-se do fórceps. Aliás, esta também é uma informação adicional: em todos os

depoimentos recolhidos, notamos pouca referência à utilização de fórceps pelos médicos na região; pelo menos nos casos em que atendiam no domicílio.

Outro ponto mencionado por D.<sup>a</sup> Maria diz respeito à vergonha. Embora se considerasse uma mulher muito envergonhada e tivesse se acanhado um pouco na presença do médico, ela mesma reconhece que perdeu esse pejo diante desse profissional; ou seja, neste depoimento, vemos cristalizada a vitória da Medicina sobre o pudor, que era um dos principais obstáculos para que os clínicos/obstetras tivessem acesso ao corpo feminino.

Para que esse acesso se tornasse possível, foi necessário dicotomizar o corpo da paciente, dissociando o corpo examinado da personalidade do indivíduo. Daí que, na “medicalização” do parto, os corpos das mulheres foram transformados em objetos pelos médicos, como forma de separar o acesso à intimidade feminina das questões morais envolvidas.

Outra divisão realizada, e esta em uma perspectiva de gênero, foi dissociar a imagem do facultativo, profissional e a do homem. O depoimento de D.<sup>a</sup> Maria explicita claramente esta dicotomia que se cria entre a figura do médico e a do homem. O médico que a examina perde seu estatuto de gênero, deixa de ser um homem e passa a ser um profissional assexuado. Portanto, diante desta despersonalização, as mulheres não se sentiriam constrangidas em expor sua intimidade por mais pudicas que fossem.

Note-se que durante o parto de D.<sup>a</sup> Maria, o médico foi auxiliado pelo seu marido. Portanto, até mesmo para o consorte da parturiente, a situação se encontrava plenamente esclarecida. A menção que D.<sup>a</sup> Maria faz de seu segredo esclarece ainda mais a situação. D.<sup>a</sup> Maria confia que suas intimidades estarão resguardadas pelo médico porque este, por uma questão de ética profissional, não vai contá-las a ninguém.

Outro aspecto referido por outras parturientes concerne a algumas limitações dos médicos locais:

Minha concunhada, ela foi operada de cesariana, foi às carreiras para Fortaleza porque aqui não tinha médico para operar. Foi o Dr. Danton, porque ele veio do Maranhão para cá foi quem ensinou os médicos daqui todinho, mesmo já tendo hospital, mas não sabiam operar (D.<sup>a</sup> BÁRBARA CISNE).

Portanto, embora houvesse médicos na região, a quase totalidade deles não sabia realizar uma cesariana. Só depois da chegada desse médico, que é muito mencionado nos depoimentos, o Dr. Danton, é que os médicos, em Senador Pompeu, começaram a operar. Importante é a referência feita ao hospital. Em vários depoimentos, é apontado o ano de 1955 como da fundação do Hospital de Senador Pompeu<sup>270</sup>. Importante é, salientar, porém, que, segundo o depoimento de D.<sup>a</sup> Bárbara, mesmo com o hospital funcionando, os médicos que lá trabalhavam não faziam a cesariana. Devemos mencionar que, como a Faculdade de Medicina do Ceará só abriu a primeira turma na segunda metade dos anos de 1940<sup>271</sup>, os médicos que trabalhavam em Senador quando da fundação do Hospital eram todos formados em outros estados, especialmente na Bahia.

## 5.9 Imagens do Hospital

Em quase todos os nossos depoimentos com as parturientes, encontramos várias referências em relação às imagens suscitadas pelo hospital, do tratamento e do medo deste que acometiam algumas dessas mulheres:

Mais eu vou dizer, de primeiro a gente tinha o maior medo de ir para o hospital. [*E porque vocês tinham tanto medo de ir para o hospital?*] Sei lá, e as vezes que eu fui, quando eu cheguei no hospital eu ia muito inchada, aí a mulher foi me levar lá na sala para fazer exame, mulher mas quando eu vi aquela ferraria, aquela bagaceira lá, eu digo é por aqui. [*A senhora ficou com medo dos instrumentos?*] Aí eu disse: Meu Deus do céu, eu vou ter que ficar aqui? Eu vou ter o meninozinho é em casa. Aí quando cheguei a comadre Francisca foi bater lá em casa, Comadre e aí? Aí eu disse: Comadre eu vou ter esse menino é em casa e você é quem vai buscar ele. Aí

---

<sup>270</sup> Embora as depoentes apontem 1955 como o ano da fundação do hospital, documentos pesquisados apontam o ano de 1948 como ano da fundação da maternidade que deu origem ao hospital. O hospital de Senador Pompeu iniciou-se com a fundação de uma casa de parto ou maternidade e depois transformou-se em Hospital e Maternidade Santa Isabel.

<sup>271</sup> A fundação da Faculdade de Medicina do Ceará ocorreu em 1948.

ela disse: Dependendo da sua coragem, porque eu tenho coragem e tenho fé em Deus e Nossa Senhora do Bom Parto. (D.<sup>a</sup> LUIZA GALDINO).

Neste depoimento, vemos um resumo da perspectiva em que o espaço do hospital era percebido: D.<sup>a</sup> Luiza encontrava-se muito inchada no fim da gravidez e por isso encaminhou-se para o hospital. Ao chegar lá, porém, e se deparar com o aparato instrumental da casa de saúde, ela se apavorou e resolveu se arriscar a ter o filho em casa. D.<sup>a</sup> Luiza, apesar de saber que seu parto era de risco em virtude de seu estado, achou menos perigoso tentar dar à luz em casa, com o auxílio de sua comadre, do que ficar à mercê de pessoas a quem ela não conhecia e em um espaço que a terrificava.

Esta visão do espaço do hospital como um lugar apavorante é recorrente nestes depoimentos. Existe nas falas e na cultura predominante da região essa verdadeira aversão ao hospital. É tanto que muitas pessoas ficam negando suas doenças, minimizando o que sentem para que não precisem ser institucionalizadas. Esse medo é diluído em uma série de fatores: no caso de D.<sup>a</sup> Luiza, o que a deixou apavorada foi a visão dos instrumentos, os quais na óptica dos leigos, parecem mais feitos para torturar do que propriamente para curar. Em outros depoimentos, no entanto, encontramos outros tipos de apreensão:

Essa primeira que eu tive no hospital quando eu fui muito doente eu passei muito foi mal, porque foi uma época de jogo, estavam assistindo o jogo e eu não sou dessas que alarma, ficava calada, sentindo e calada. Aí ela chegou perto de mim e eu disse: Eu já vou ganhar a bichinha. Aí ela foi e disse: Assim não, não é para agora não. Aí eu disse: é para agora. Aí ela disse: Não quem sabe sou eu, aí ela saiu. Quando ela chegou eu estava tendo a criança. Aí ela me colocou em pé. Aí eu disse: Não, eu não posso ficar em pé não. Ela disse: pode sim. Aí quando ela me colocou em pé, a criança ia caindo, aí ela depressa correu e pegou. Ali eu passei mal, aí me pegaram e me colocaram na mesma cama, porque eu não podia me levantar, aplicaram duas injeções e aí foi indo e eu tornei. (D.<sup>a</sup> ANTÔNIA LOURDES).

Nesta narração de D.<sup>a</sup> Antônia Lourdes, um dos problemas relacionados ao hospital: o abandono e o tratamento recebido das auxiliares de enfermagem. Percebe-se que no relato de D.<sup>a</sup> Antônia Lourdes não há nenhuma menção a médicos. A pessoa que a atendeu, da forma como nos descreveu, foi uma auxiliar de enfermagem. Na maneira do

tratamento recebido nota-se por que algumas parturientes preferiam ter seus filhos em casa: principalmente, porque o hospital é percebido como um espaço de estranhamento ao seu mundo cotidiano:

O lugar do exílio apresentou língua, leis, espaço, hábitos, habitantes e fatos e fatos diferentes do lugar de origem. (...) Primeiro falaremos do país de língua diferente. As pacientes se referiam à dificuldade de saber como estava o seu caso com os profissionais que as atendiam. E a impossibilidade de ter elementos para questionar o que estava acontecendo. E quando as entrevistadas explicitavam o que estava acontecendo, não eram ouvidas e/ou entendidas<sup>272</sup>.

Além do espaço estranho, o *locus* hospitalar suscitou nessa depoente outros sentimentos. Em primeiro lugar, o aspecto do descaso: como era época de jogo, tempo de Copa do Mundo, D.<sup>a</sup> Antônia Lourdes foi deixada sozinha, enquanto as auxiliares assistiam ao futebol. Quando resolveu comunicar a auxiliar que se encontrava em trabalho de parto, D.<sup>a</sup> Antônia Lourdes ouviu que não estava na hora e que a auxiliar sabia mais do que ela. Por fim, quando teve que reconhecer que D.<sup>a</sup> Antônia Lourdes estava efetivamente tendo a criança, a auxiliar ainda a obrigou a ficar em uma posição que ela não queria e com isso quase arriscou a integridade física da criança.

Esse assunto do tratamento é recorrente nos depoimentos das parturientes: o medo dos maus-tratos e do abandono é um dos problemas apontados para justificar o medo dos hospitais. Enquanto isso, ter o filho com sua comadre implicava ter suas dores ouvidas, suas opiniões acatadas e seus desejos respeitados; dar à luz no hospital podia significar o fato de que nenhuma dessas vantagens seria levada em consideração.

Este desrespeito para com o corpo das mulheres e com suas dores é um dos aspectos mais combatidos por profissionais da saúde e por todo um movimento que advoga a da humanização do parto:

---

<sup>272</sup> GARCIA, Maragareth Rose Gomes. Op. Cit. p.83.

Percebe-se que há uma vontade neurótica dos profissionais de controlar o processo de parturição, de modo que o corpo, objetivado, submete-se à vontade do profissional de saúde e ele deve se comportar ou reagir conforme a sua vontade. Um objeto não é uma pessoa, que sente, que pensa, que precisa ser respeitado. Devido a esse quadro, se torna necessário humanizar esse corpo objetivado, que é uma mulher, ter voz, ter nome, ter respeito e liberdade, elevar-se à condição de pessoa humana.<sup>273</sup>

No caso de D.<sup>a</sup> Antônia Lourdes, relatado há pouco, encontramos essa necessidade de controle da parturição explicitado claramente, quando a auxiliar diz a D.<sup>a</sup> Antônia Lourdes que quem sabe a hora que a criança vai nascer é ela, a auxiliar, e não a parturiente. O desrespeito ao corpo e à voz da mulher também é evidenciado quando a auxiliar obrigou, contra a vontade da parturiente, que esta ficasse de pé.

Portanto, embora reconhecessem o hospital como um local onde elas poderiam receber um tratamento além do conhecimento de suas comadres e que, neste espaço, problemas que as parteiras não poderiam resolver seriam solucionados, estas mulheres só recorreriam a ele em último caso. A percepção do hospital como um local de sofrimento e que deveria ser evitado é muito forte em quase todos os depoimentos:

*[E a sua sogra porque que ela não queria que a senhora fosse ter no hospital?] Ela disse que eu ia sofrer, disse que iam me judiar e ela disse que não confiava, olhe ela teve 22 filhos a minha sogra, tudo em casa. [ A sua sogra ela fez seu parto ou ela era parteira mesmo? Ela era parteira de pequena mesmo, ela disse que com 15 anos começou a fazer parto. (D.<sup>a</sup>ANTONIETA).*

Nesta fala, mais uma vez, o medo do sofrimento provocado pelo hospital. A sogra de D.<sup>a</sup> Antonieta era uma afamada parteira e a última coisa que ela queria é que sua nora, a quem ela tratava como filha, fosse submetida a maus-tratos. Daí por que ela não queria que D.<sup>a</sup> Antonieta tivesse filhos no hospital.

Dos sete filhos que ela teve, apenas em um caso ela teve que ir para o hospital. Em todo o seu relato, reiterou várias vezes o cuidado carinhoso que recebia de sua sogra, que a acompanhou em todos os seus partos domiciliares. E também nos descreveu

---

<sup>273</sup> PEREIRA, Adriana Lenho de Figueredo. Op. Cit. . p. 224.

a preocupação que a sogra tinha de que ela fosse maltratada no hospital. A sogra de D.<sup>a</sup> Antonieta não tinha a menor confiança no tratamento dispensado nos hospitais. Esta velha parteira parecia acreditar que, embora no hospital alguns tratamentos fossem eficazes, estes não eram aplicados pensando no conforto e no bem-estar do paciente; ou seja, mesmo no processo de tratamento, os pacientes seriam maltratados em virtude do descaso das pessoas envolvidas.

Esse pavor reinante acerca do hospital levou a que, até mesmo partos que deveriam ter ocorrido lá, fossem realizados em casa e que soluções criativas fossem aplicadas para substituir a assistência hospitalar:

O meu primeiro menino foi prematuro, nasceu de 07 meses. Aí ela dizia assim: Se essa criança tivesse nascido no hospital ela ia completar os 09 meses na incubadora, mais como você não quis, eu vou fazer uma incubadora aqui. [*E como foi que ela fez?*] Juntou naquelas minhas vizinhas, elas tinham muito lençol, lençol de cama, ela banhava a criança, arrumava bem arrumadinha e colocava ela naquela ruma de tanga. Todo dia era aquele sacrifício, mais graças a Deus não faltava. Aí ela dizia: Olhe comadre, ele nasceu hoje, ele só vai sair dessa mulambeira, como diz o ditado, daqui a dois meses e o banho dele quem vai dar sou eu, o banho dele era bem morninho, todo dia ela vinha banhar ele, passou dois meses assim. Quando completou dois meses, ela disse: Pronto comadre, já pode banhar ele na água mais fria. (D.<sup>a</sup>LUIZA GALDINO).

Neste depoimento, um exemplo de que, mesmo partos distócicos, como o caso dos prematuros, eram realizados em casa por escolha das mães que não queriam ir para o hospital. A parteira aqui fez uso de uma solução criativa para minimizar os riscos a que esta criança estava exposta.

Mediante a solidariedade das vizinhas que lhe arranjaram os lençóis, esta parteira providenciou uma espécie de tenda, onde o bebê poderia ficar aquecido durante o tempo que precisasse para ganhar peso e ficar mais forte, ou seja, uma incubadora improvisada. Além disso, se comprometeu a vir dar o banho no bebê todos os dias para garantir que sua higiene seria bem feita.

Portanto, em relação ao espaço do hospital, encontramos esse paradoxo: as mulheres compreendiam a necessidade, para algumas delas, de darem à luz no hospital; no



entanto, um medo incoercível de serem internadas, abandonadas e maltratadas fazia com que um grande número delas tomasse a decisão de não procurar o hospital, muitas vezes correndo risco de eclampse, crianças mal posicionadas e até mesmo de partos prematuros:

Historicamente, o processo de medicalização da gestação foi sendo organizado de uma forma constante, com a incorporação de novas tecnologias. Neste processo, o hospital se tornou o centro do modelo de assistência obstétrica. Entretanto, observamos o descompasso existente entre a fala das mulheres que ao se perceberem com uma patologia na gestação, se sentem no exílio, vivendo em um país distante e constringidas a um modelo de assistência onde a expressão maior é a doença, e não a vida. Medicalizou-se o cuidado da gestação, da vida, porém se retirou do mundo privado (da alcova) o processo desse cuidado. Entretanto, um “pequeno” detalhe foi deixado- o respeito às pessoas em suas subjetividades, em suas diferenças.<sup>274</sup>

Talvez aqui encontremos não só o medo, mas a noção de que esse medo era elaborado sobre perspectivas de mundo diferenciadas, constituídas a partir de injunções de classe e de gênero.

---

<sup>274</sup> GARCIA, Margareth Rose Gomes. Op. Cit. p.95.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das principais preocupações do nosso trabalho era mapear as relações que se estabeleceram entre parteiras e parturientes durante a gestação, parto e puerpério, na região em estudo. Era nossa expectativa que estas relações fossem mediadas por confiança e solidariedade. E não nos enganamos, pois em quase todos os depoimentos coletados, tanto entre as parteiras como entre as parturientes, o que encontramos foram laços de profunda identidade e solidariedade entre estas mulheres. Não podemos nos esquecer, como já mencionamos, de que muitas vezes estes partos ocorriam em situações muito difíceis e que uma das coisas que ajudava a minorar este sofrimento era justamente a solidariedade entre estas mulheres:

E a criança era atravessada, ela não nascia porque estava assim, quando eu fiz o toque eu senti que o bumbum estava de lado. [*E como foi que a senhora fez esse parto?*] O marido dela não quis levar a mulher para o hospital de jeito nenhum, não tinha carro e o trator, o pneu não prestava e eu disse eu não faço porque eu nunca fiz e tenho certeza que essa mulher não teme ela morre, ou ela, ou a criança morre. [*A senhora conseguiu tirar a criança?*] Consegui, mas ela sofreu muito. [*Como foi que a senhora conseguiu virar a criança?*] Botei a luva e fui ajudando um pouquinho. [*Um parto terrível não é?*] Deus me livre, eu não gosto nem de pensar, eu fico toda arrepiada. (D.<sup>a</sup> MARIA PEREIRA).

Como podemos observar neste depoimento, a solidariedade era uma marca constante destas relações. D.<sup>a</sup> Maria, a parteira, viu-se obrigada pela situação a fazer uma versão<sup>275</sup>, procedimento que jamais havia realizado, para tentar salvar a vida da mãe. A versão era um procedimento que, normalmente, somente as parteiras treinadas sabiam fazer. Por ser uma parteira leiga, D.<sup>a</sup> Maria não estava preparada para executar este tipo de ação. As vidas da mãe e da criança estavam em perigo e, diante desta perspectiva, a parteira arriscou-se a fazer uma versão que, como podemos ver na fala dela, foi traumática. D.<sup>a</sup> Maria não

---

<sup>275</sup> “A versão é uma operação difícil e cansativa para a parteira ou médico responsável e, dolorosa e perigosa para a parturiente e para o feto. Velpeau recomendava que se tivesse a mão água de colônia, vinho ou vinagre, em caso da mulher passar mal. Sendo a família religiosa lembrava que o parteiro poderia realizar o batismo provisório do feto. Sabóia apresenta algumas estatísticas: para cada 14 mulheres vivas, uma morta; e para cada três crianças vivas, uma morta”. SOUZA, Maria Lúcia de Barros Mott de Melo. Op. Cit. 1998, p.269.

conseguiu salvar a criança mas conseguiu salvar a vida da mãe. Eram estes tipos de decisão que estas parteiras, muitas vezes, eram obrigadas a tomar no exercício de seu ofício.

São opções de vida e morte, e que, muitas vezes, eram escolhidas em nome da solidariedade. D.<sup>a</sup> Maria assegurou que só resolveu tentar fazer aquilo que, para ela, se afigurava impossível, porque, além da mulher, ela teve pena do marido e de outra filha, uma menina ainda pequena. Foi por pensar na mulher, que morreria deixando um homem viúvo e uma criança pequena órfã de mãe, que esta parteira fez o que parecia impossível.

Esta solidariedade encontrada entre estas mulheres decorria, provavelmente, das identidades não só de gênero, mas também da classe a que todas pertenciam. Elas eram vizinhas, parentas, amigas, partilhavam todas as dificuldades da luta pela sobrevivência em uma região pobre e castigada por secas periódicas, pela falta de oportunidades de emprego, educação e saúde. Além das dificuldades econômicas, partilhavam dos problemas de relacionamento com maridos indiferentes ou ausentes, da grande quantidade de filhos, da ausência de maior assistência médica e do esgotante trabalho cotidiano, que era necessário para manter a casa funcionando e o marido e os filhos satisfeitos em suas necessidades básicas.

Embora estas questões de classe fossem muito importantes, porém, o que mais se destacou nas entrevistas foram as identidades de gênero. Em todos os relatos coletados das parteiras e das parturientes, o que mais observamos foi o cuidado, o carinho praticado entre elas, sempre tendo como perspectiva o fato de que todas eram mulheres. O momento do parto se revestia, portanto, de um episódio marcante de suas vidas de mulheres e que somente outras mulheres poderiam entender a dor, o medo, a preocupação com a vida daquele bebê e das outras crianças da parturiente, no caso da morte da mãe.

Todas as decisões tomadas pelas parteiras na hora do parto estavam sempre mediadas pelo que seria melhor para a mãe, para o bebê e até mesmo para os outros filhos

daquela mulher. Estas mulheres, portanto, eram percebidas como pessoas com personalidade, voz e desejos e por isso as parteiras costumavam escutá-las antes da aplicação de qualquer procedimento.

A solidariedade, assim, não era um resultado apenas do reconhecimento das difíceis condições de vida a que todas estavam submetidas, mas também da percepção de que todas eram mulheres e que os sofrimentos e dificuldades na hora do parto eram inerentes à sua condição, pois, como assinalou uma velha parteira; *A gente se coloca no lugar da paciente, né mana, porque ela tá lá num momento tão importante da vida, e agente já teve um dia ali.*<sup>276</sup>

Justamente por causa desta percepção de identidade com suas clientes e dos muitos aspectos em jogo, é que as parteiras sentiam enorme alegria quando o parto era bem-sucedido; alegria que vinha misturada, sem dúvida, com o alívio por não ter perdido nem o bebê nem a mãe.

Por outro lado, é esta percepção das parteiras, como amigas em quem se pode confiar, que fazia com que as parturientes se colocassem inteiramente em suas mãos, deixando as parteiras tomar a maior parte das decisões para o bom andamento do trabalho de parto. Por isso, quando a parteira “desenganava”, ou seja, avisava a família e a própria parturiente de que não era possível a realização daquele parto no espaço domiciliar, era costume remover logo estas mulheres para o hospital. Era costume também que a parteira que estivesse com ela a acompanhasse até o hospital e lá ficasse até que a mulher fosse atendida e tivesse seu problema resolvido.

Essa preocupação e esse cuidado que as parteiras tinham com suas clientes é uma das grandes perdas das mulheres na “medicalização” do parto. A institucionalização do parto nos hospitais trouxe, sem dúvida alguma, avanços no que diz respeito à mortalidade materna e infantil. Como já mencionamos, não preconizamos, neste trabalho, uma visão

---

<sup>276</sup> BARROS, Lúcia Cristina e BENEDICTO, Nair. “**Profissão: Parteiras-Anjos da Floresta**”. Revista MARIE CLAIRE, n.º 90, setembro/ 1998. p. 115.

romantizada destes partos domiciliares nem a recusa em perceber os avanços da área médica, no que diz respeito à Obstetrícia.

O processo traumático no partear, ao qual já nos referimos, começa a partir da questão espacial, ou seja, da saída de seu espaço cotidiano para o ingresso em um local onde as normas, as leis, a língua e as pessoas diferem completamente daquelas com as quais as mulheres estão acostumadas a conviver:

Mesmo uma despreziosa incursão na história permitiu perceber como a Medicina apropriou-se, integralmente, da assistência à parturiente, sem responsabilizar-se, em contrapartida, pela assistência integral às suas necessidades. A Obstetrícia justificou-se, como especialidade médica, *privilegiando* a assistência às necessidades relativas à mecânica do parto quando se trata de pacientes particulares, e oferecendo, *exclusivamente*, essa perspectiva de assistência às parturientes do hospital público. Tendo assumido o controle absoluto do cenário da parturição no hospital público, impediu ainda, qualquer intervenção de outra natureza, qualquer possibilidade de acesso de outros segmentos da sociedade, inclusive da família, interessados em atender às necessidades físicas, afetivas, psicológicas, culturais ou espirituais da mulher em parturição.<sup>277</sup>

Como podemos assinalar, nas questões levantadas por essa autora, depois de se apropriar do controle do ato de partear, a Obstetrícia elaborou procedimentos que privilegiaram exclusivamente a tecnologia da mecânica do parto e deixaram de lado o fato de que estavam lidando com pessoas que tinham outras demandas, que precisavam ser contempladas, como carinho, atenção, amparo nos momentos de dor e também a necessidade de serem ouvidas e de terem seus desejos respeitados e atendidos. É esse descaso que qualificamos de brutalização do partear. Essa objetivação dos corpos das mulheres, como se esses corpos, embora vivos, não tivessem desejos, medos e necessidades.

É justamente a preocupação com essas demandas não atendidas e desconsideradas das parturientes, que provocou o surgimento do movimento de humanização do parto atualmente espalhado pelo País:

---

<sup>277</sup> CORDEIRO, Déa Márcia Barroso. Op. Cit. p. 24.

No âmbito da saúde, algumas intervenções e atitudes de seus profissionais podem ser incluídas no rol de violências sofridas pelas mulheres, resultantes das medidas de controle do corpo da mulher. Medidas essas que podem ser compreendidas desde o controle de sua fertilidade-como a esterilização feminina em massa que vem ocorrendo no país- até os mecanismos, conscientes ou não, utilizados durante o processo de parturição, o que resulta na despersonalização da mulher, tornando-a literalmente o objeto das ações dos profissionais de saúde. Como “objeto” da clínica obstétrica, pode ser manipulável, controlável e, portanto, susceptível a todo tipo de intervenção, mesmo aquelas que carecem de comprovação científica de sua eficácia. Além disso, como “objeto”, a mulher é destituída do mínimo direito de expressão de seus medos e de sua dor, que muitas vezes é aumentada pelas próprias intervenções adotadas. O parto resulta, assim, numa vivência solitária e dolorosa.<sup>278</sup>

O movimento de humanização do parto pretende, portanto, em primeiro lugar, a recuperação do caráter humanitário e da cidadania das parturientes, ignorados no atendimento dos hospitais públicos, principalmente. Nesta perspectiva é que está sendo repensada e discutida uma série de procedimentos<sup>279</sup> que são aplicados às mulheres, muitas vezes sem necessidade, como é o caso da tricotomia<sup>280</sup>, da episiotomia e dos sucessivos exames de toques, realizados muitas vezes por mais de um profissional. Estes sucessivos exames de toque é uma das práticas que a autora se refere quando diz que as próprias intervenções feitas pelo pessoal da saúde aumentam e potencializam a dor que a parturiente já sofre.

Nesta busca pela “humanidade” perdida, algumas práticas começaram a ser adotadas em alguns hospitais:

No passado, elas eram a única opção das gestantes. Hoje continuam atuando na hora do parto, só que com outra função: dar apoio emocional às futuras mães. Esse é o objetivo do Projeto Amiga da Gestante, criado pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac) para humanizar ainda mais o parto e dar uma atividade

---

<sup>278</sup> PEREIRA, Adriana Lenho de Figueredo. Op. Cit. pp. 229 e 230.

<sup>279</sup> “O movimento contra a medicalização do nascimento tem o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e vem sendo defendido pelo Ministério da Saúde. A OMS lista uma série de práticas que considera “danosas e ineficazes e que devem ser eliminadas da rotina. Entre elas estão a raspagem dos pelos pubianos, a lavagem intestinal e o parto deitado, sem mudanças de posição. Também desaconselha a restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, exames vaginais frequentes e repetidos, feitos por mais de um profissional de saúde, e o uso rotineiro da episiotomia, o corte de períneo para ampliar a vulva. “A maioria dos hospitais adota essas práticas com todas as gestantes” diz Santos. “Aumentam os riscos e os desperdícios”, Observa Daphne.” **“Modelo americano de parto é criticado”**. Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Caderno Cotidiano, São Paulo, 05/11/2000.p. 04

<sup>280</sup> A tricotomia é a raspagem dos pelos púbicos das mulheres, feito em todos os hospitais, antes dos partos normais, e que já foi apontado pela própria OMS como uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada.

às parteiras, que já trouxeram muitos bebês ao mundo. Elas auxiliam as gestantes em trabalho de parto, dando uma palavra de afeto, fazendo massagens e orientando sobre respiração e postura mais confortáveis.<sup>281</sup>

Como podemos ver, já se esboça a elaboração de novas práticas do ato de partejar. Esse projeto da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand reconhece que as gestantes têm outras necessidades além daquelas que a tecnologia médico-hospitalar pode prover. Precisam de carinho, acompanhamento, atenção. Nesta perspectiva, o papel das parteiras é redimensionado. É preciso lembrar, no entanto, que este projeto, embora relevante do ponto de vista da consideração com as necessidades das parturientes, ainda está aquém de outros movimentos que não questionam só os procedimentos do parto hospitalar, mas a própria necessidade rotineira do hospital para a parturição.

A casa de partos do Ambulatório Monte Azul de São Paulo, que detinha os menores índices de cesárea e complicações maternas do país, não faz mais partos desde abril passado. O ambulatório fica no meio da favela do mesmo nome, na zona sudoeste da capital, e é mantido há dez anos pela associação de moradores local com a ajuda de famílias alemãs. A casa deixou de fazer nascimentos porque a parteira Geherke da Silva não tem o diploma de enfermeira obstétrica exigido pela lei. Ângela, responsável por quase todos os 1.200 partos ocorridos ali, formou-se parteira na Alemanha, mas seu curso não é reconhecido no Brasil. Na maioria dos países da Europa, as parteiras são formadas em cursos equivalentes ao de segundo grau. Apenas 3% dos partos acompanhados pela casa Monte Azul terminaram em hospitais e em cesáreas, indicadores considerados excelentes pela Organização Mundial de Saúde. Em muitos hospitais do país, mesmo do SUS, o índice de cesáreas passa dos 60%. A casa de parto de Monte Azul deve ser reaberta dentro de seis meses, depois que Ângela terminar um curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica.<sup>282</sup>

Esta matéria relata um assunto que ganhou corpo e polêmica no País nos últimos anos; a instituição das chamadas casas de parto. No cerne desse movimento, encontram-se ONGS, movimentos de direitos das mulheres, que percebem a retirada do parto de dentro dos hospitais como uma vitória das mulheres e como uma reconquista destas sobre o momento de sua parturição.

---

<sup>281</sup> “**Parteiras ocupam nova função na Maternidade- Escola**”. Jornal DIÁRIO DO NORDESTE, Fortaleza, Ceará, 25/03/2000. p. 08.

<sup>282</sup> BIACARELLI, Aureliano. “**Falta de diploma fecha casa de partos modelo**”. Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Caderno Cotidiano, São Paulo, 23/07/1998, p. 03.

Na compreensão de que o hospital só seria necessário para aqueles partos efetivamente complicados, estes movimentos reivindicam a utilização de um novo espaço, onde se possa dar à luz com segurança mas também com afetividade e conforto. Observamos, na reportagem, como o índice de complicações e da necessidade de cirurgia incidu em apenas 3% dos partos, um percentual considerado excelente pela OMS. Como vimos, todavia, esta casa de parto foi fechada por uma questão burocrática: a falta do diploma de enfermeira de quem comandava a casa e o não-reconhecimento do seu diploma de parteira.

Nesta ação, o que vemos efetivamente é a luta da corporação dos profissionais de saúde que se opõem veementemente ao estabelecimento destas casas. Nem mesmo os excelentes índices apresentados pela Casa de Parto de Monte Azul foram suficientes para convencer a corporação de que a casa poderia funcionar com segurança para a população. Ousamos afirmar até que talvez tenham sido estes mesmos índices que decretaram a perseguição e o fechamento da casa de parto em Monte Azul. Afinal, estes números demonstravam, sem qualquer dúvida, que, para acontecer de forma segura e tranqüila para as mulheres, os partos não precisam do aparato médico-hospitalar.

Paralelamente a esta polêmica que envolve os defensores do fim da rotina de partos hospitalares e as corporações de saúde, principalmente os médicos, que lutam desesperadamente pela manutenção da hegemonia da Medicina na cena do parto, entram também os problemas de financiamento do Estado. O Ministério da Saúde tem discutido e aprovado o estabelecimento das casas de parto como uma forma não só de economizar com Obstetrícia, como também de reduzir a mortalidade materna e infantil e possibilitar um atendimento básico e de qualidade à maioria das gestantes que não precisam de todo um aparato hospitalar para dar à luz:



O governo Federal quer incentivar a criação das casas de parto que substituirão os hospitais-maternidades e oferecer na rede pública a opção pelo parto domiciliar. Significa que as mulheres, mesmo morando em grandes centros urbanos, poderão recorrer a uma parteira especializada e ter seu filho em casa, ao lado da família. A intenção do governo foi reafirmada oficialmente no 1º Encontro Internacional das Parteiras da Floresta que termina hoje em Macapá, no Amapá. A posição do governo significa uma mudança histórica na forma de se ver o parto e o nascimento, afirmam especialistas. “É uma luta que tocamos há mais de dez anos”, diz Suely Carvalho, uma das coordenadoras da Rede Nacional de Parteiras e da organização não governamental Cais do Parto, de Pernambuco. O incentivo às casas de parto, ao parto domiciliar e às parteiras é um esforço para reduzir a mortalidade materna que, no Brasil, é de 134 por cem mil nascidos vivos. “Significa 30 vezes mais que nos países desenvolvidos” diz o médico Helvécio Bueno, da Secretária de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e um dos incentivadores do chamado parto humanizado.<sup>283</sup>

Não deixa de ser uma ironia histórica o fato de que a volta ao parto domiciliar ocorra em um contexto de redução da mortalidade materna<sup>284</sup>, pois foi justamente para diminuir a mortalidade materna que se preconizou o estabelecimento do parto hospitalar. Essa hospitalização generalizada, porém, não só não resolveu os índices alarmantes da mortalidade materna no Brasil como ainda foi agravado pelo fato de que, em nosso País, o modelo de parto institucionalizado não foi apenas hospitalar mas também cirúrgico:

O Brasil, campeão mundial em cesarianas, ostenta níveis de mortalidade materna que nos envergonham internacionalmente, disse ontem Serra. Esse quadro precisa ser revertido pela melhora da assistência ao parto normal pela mudança de mentalidade dos médicos e da população. O ministro lembrou que o índice de mortalidade materna nas cesarianas é sete vezes maior que nos partos normais e os óbitos dos recém-nascidos, três vezes mais frequentes. Na média nacional, 36,4% dos partos realizados no SUS são cirúrgicos, mas há Estados em que o índice chega a 52%. “Não acredito que nessas regiões as mulheres tenham algum defeito anatômico que as obrigue à cesariana; vamos reduzir esses percentuais começando pelos mais altos” disse o ministro.<sup>285</sup>

---

<sup>283</sup> BIACARELLI, Aureliano. “**Governo incentiva opção por parto em casa**”. Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Caderno Cotidiano, São Paulo, 21/07/1998. p.04.

<sup>284</sup> “Observando-se as taxas de mortalidade materna (BENFAM, 1996), estima-se a queda de 217 para 161 por 100.000 nascidos vivos entre 1984 e 1996. Mesmo assim, as taxas de mortalidade materna registradas no Brasil são muito elevadas diante dos padrões aceitáveis para os países desenvolvidos, que se situam em torno de 10 por 100.000”.MEDICI, André Cezar. “Uma década de SUS (1988-1998): Progressos e Desafios”. In GALVÃO, Loren & DIAZ, Juan. (Org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. pp. 112 e 113.

<sup>285</sup> “**Governo limita cesarianas em hospital do SUS**”. Jornal DIÁRIO DO NORDESTE. Fortaleza, 30/05/1998. p.08.

Podemos concluir, a partir dessa matéria, que o parto cirúrgico e hospitalar, considerado mais seguro, na realidade, acarreta maior risco para a mãe e para o bebê, sem contar que este modelo de parto, que se tornou hegemônico no Brasil, é muito caro para o sistema público. Este encarecimento dos gastos obstétricos provocou a falta de recursos para o atendimento básico da população, inclusive das parturientes. Enquanto o Estado despende dinheiro para o pagamento de cesarianas desnecessárias, uma parte das gestantes não recebe atendimento básico no pré-natal e às vezes nem mesmo consegue um leito para ter seu bebê, o que ajuda a inflar ainda mais os números da mortalidade materna:

O pré-natal mal feito associado à falta de segurança na hora do parto (a futura mãe não sabe aonde vai ter o bebê) é o grande responsável pela morte de milhares de mulheres. “Não existe leito hospitalar que possa comportar essas gestantes em uma cidade de com dois milhões de habitantes” diz o especialista, acrescentando que as visitas feitas no pré-natal de nada adiantam se na hora do parto as gestantes não tiverem para onde ir. “A gravidez termina no parto e não no pré-natal” enfatiza. Enquanto não existe uma política pública de saúde para a questão, que o médico considera urgente e possível pois só falta “boa vontade”, e como ele mesmo defende, por não se poder perder tempo nessa questão, urge a adoção de uma assistência alternativa ao parto. A solução seria a realização do parto domiciliar, realizado por uma equipe composta de médico e enfermeira (parteira).<sup>286</sup>

Além da dificuldade de ter acesso a um pré-natal bem feito, muitas vezes as mulheres peregrinam de hospital em hospital em busca de um leito, e é esta peregrinação em busca de um leito hospitalar que costuma matar milhares de mulheres todos os anos no Brasil. Por este motivo, avançam cada vez mais os movimentos que defendem o fim da hospitalização e da “medicalização” para todos os partos. A idéia, espelhada em experiências internacionais, é que os médicos e os hospitais sejam reservados apenas para aqueles partos que apresentam complicações, deixando todos os outros para parteiras ou enfermeiras treinadas para esse fim.

---

<sup>286</sup> “Sinal vermelho para aumento da mortalidade materna.” Jornal DIÁRIO DO NORDESTE. Fortaleza, 30/05/1998. p.08

Mesmo com a resistência de alguns setores da corporação médica, mesmo entre eles, já encontramos defensores do fim da hegemonia médica sobre a parturição. Os médicos que apoiam o fim da “medicalização” do parto visam a algo mais importante do que o controle de um mercado profissional, pois defendem as vidas de milhares de mulheres que perecem todos os anos no Brasil em virtude de complicações no parto e no puerpério:

Para os profissionais de saúde e instituições que estão à frente do movimento, o Brasil precisa levantar com urgência a bandeira da “humanização do parto”. Nessa empreitada, a volta da parteira é vista como fundamental. “A parteira é a melhor alternativa para se humanizar o nascimento”, diz a médica Tânia Rago, coordenadora de saúde da mulher da Secretaria de Estado da Saúde. Educados nas faculdades para serem intervencionistas, os médicos não aprenderam a acompanhar uma mulher em trabalho de parto. Nem ganham o bastante para isso. A solução, quase sempre, é cirúrgica. Com um agravante sério: muitos médicos não informam que a cesárea significa riscos cinco vezes maiores de complicações. “Enquanto o parto estiver sob domínio do médico, o número de cesáreas não diminuirá”, diz Thomaz Rafael Gollop, diretor do Instituto de Medicina Fetal. Formadas em escolas especializadas—como ocorre nos países europeus—, as parteiras acompanhariam o pré-natal e fariam o parto. O médico seria chamado a intervir só em partos de risco. “Em 70% dos partos feitos no nosso serviço, não haveria necessidade do médico”, diz Hugo Sabatino, professor e obstetra do Grupo de Parto Alternativo da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.<sup>287</sup>

É nesta perspectiva que ONGs como o “Cais do Parto”, por exemplo, tentam organizar as parteiras em todo o País, e uma das principais reivindicações é do reconhecimento da profissão para que elas possam ser remuneradas pelo SUS. Como exemplo dessa busca pelo reconhecimento e pela visibilidade das parteiras, está o Estado do Amapá, que desenvolve uma política que estimula o parto normal e a valorização do trabalho das parteiras tradicionais:

As parteiras da floresta amazônica estão ensinando os cuidados e os segredos de “um bom nascer”. A fórmula dessas mulheres está na paciência, no escutar atento, no saber a hora e o respeito aos desejos das parideiras. As “aparadeiras de bebês” estão sendo ouvidas no 1º Encontro Internacional de Parteiras da Floresta que reúne neste final de semana em Macapá (AP) mais de 400 mulheres da Amazônia e países da Europa e da América Latina. Os “segredos” que as parteiras da floresta vêm ensinando são os mesmos pregados por grupos ligados a universidades, ONGs e por alguns serviços do Ministério da Saúde. Formam o conceito de parto

---

<sup>287</sup> BIANCARELLI, Aureliano. “Médicos concordam que é preciso reumanizar o parto e evitar cesáreas, que apresentam riscos cinco vezes maior. Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Caderno Cotidiano, São Paulo, 09/03/1997. p. 3.

humanizado, onde a mãe e a criança são respeitadas. Dados oficiais sugerem que entre as 2,8 milhões de crianças nascidas em 1996, no país, pelo menos 500 mil vieram ao mundo fora dos hospitais, ou seja, pelas mãos das parteiras, pouco mais de 15% do total. No Brasil inteiro, seriam 60 mil as mulheres que se dedicam ao que elas mesmas classificam de uma “missão” e uma “graça”. Desse total, 40 mil estariam nas regiões Norte e Nordeste. O encontro das parteiras da floresta é promovido pelo Governo do Amapá em parceria com a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais e da ONG Cais do Parto, do Recife. É apoiado também pelo Ministério da Saúde e pelo Unicef.<sup>288</sup>

O Estado do Amapá<sup>289</sup> é apontado, pelas organizações que defendem o parto humanizado, como um exemplo de como a maior parte das cesáreas é desnecessária e de como o médico não é solicitado em todos os partos. O Estado fez do parto normal uma política de saúde pública. Em um país campeão do parto cirúrgico como o Brasil, não deixa de ser alentador a idéia de que, em pelo menos um estado da Federação, este modelo de parto não seja utilizado.

E esta é a luta dos movimentos que defendem a humanização do parto: o fim da hospitalização obrigatória para a parturição; da presença obrigatória dos médicos em todos os partos, das cirurgias que arriscam a vida das crianças e das mães, desnecessariamente, o recobro do trabalho das parteiras como uma forma de pôr fim ao trauma e à brutalização que as mulheres, principalmente as pobres, sofrem nos hospitais, com seus rituais tecnicistas e alheios à suas dores e sofrimentos.

Analisados estes pontos que orientam a discussão sobre a parturição no Brasil atualmente, vamos agora apontar alguns aspectos interessantes sobre o trabalho das parteiras no sertão do Ceará, principalmente em relação às outras regiões do País. A primeira grande diferença diz respeito à utilização de seu trabalho. Diferente de regiões como o Amapá ou de outras partes do Nordeste, no sertão do Ceará, o trabalho das parteiras tradicionais

---

<sup>288</sup> BIANCARELLI, Aureliano: “Encontro no Amapá reúne 400 mulheres da Amazônia e de países da Europa e da América Latina”. Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Caderno Cotidiano, São Paulo, 19/07/1998. p. 3.

<sup>289</sup> “Quase 90 % da população do Amapá, composta de 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.” BRUM, Eliane e ADAMS, Denise. “A Floresta das Parteiras”. Revista Época. 27/03/2000. p. 81.

praticamente não é mais utilizado e a ocorrência do parto domiciliar também desapareceu. Nesta região, o parto encontra-se completamente restrito ao espaço hospitalar, embora nestes hospitais os partos sejam feitos, em sua maioria, por auxiliares de enfermagem e minoritariamente pelos médicos. Estes só são requisitados em caso de cirurgia e, se o parto for normal, as parturientes são acompanhadas pelas auxiliares que às vezes são chamadas de parteiras.

Em outras regiões, as parteiras têm uma ligação mística com as forças da natureza ou mesmo com aquilo que elas denominam de “encantados”. No caso das parteiras por nós entrevistadas, seu misticismo e sua fé estão profundamente interligados com as crenças e as normas do catolicismo, principalmente aquelas do catolicismo popular. As principais orações que elas proferem durante seu ofício são aquelas direcionadas aos santos da Igreja Católica e nunca a outras entidades.

Esta diferença, talvez ocorra por questões étnicas, pois, as parteiras analisadas por Benedita Celeste<sup>290</sup> na região do Tocantins são descendentes de quilombolas, daí suas relações com os “encantados”. As parteiras da floresta no Amapá<sup>291</sup> são, em sua maioria de ascendência indígena, o que explica sua profunda relação com as forças da natureza. Enquanto isso, as parteiras que nós entrevistamos são de origem branca ou de uma mestiçagem indefinida. E, dentro desta ascendência étnica indefinida, foram educadas segundo os parâmetros da etnia branca e, portanto, católica.

Um dos pontos mais interessantes desta nossa pesquisa foi a descoberta da participação dos maridos no ritual de parturição de suas mulheres. Em uma região considerada profundamente sexista como é o sertão do Ceará, foi uma grata surpresa encontrar tantos homens profundamente envolvidos nos ritos do parto: desde o momento de ir buscar a parteira, até o fato de segurar sua mulher para acomodá-la em uma melhor posição

---

<sup>290</sup> MORAES PINTO, Benedita Celeste. Op. Cit. 2004.

<sup>291</sup> JUCÁ, Luiza e MOULIN, Nilson. Op. Cit.

de dar à luz. Eles, com raras exceções, estavam lá: apoiando, confortando, chorando com elas. Esta participação forma um contraste interessante com outras regiões onde esta participação não era encorajada e não ocorria:

No interior desta cultura até aqui traçada, os maridos tinham pouca participação. Não vou afirmar que eram excluídos, mas a eles cabiam poucas funções. Às vezes eram eles que “tratavam” o parto. “Tratar” o parto significava avisar a parteira da gravidez e da época para a qual estava sendo esperada a criança. (...) Mas geralmente eram as próprias mulheres que se encarregavam deste acordo. Na verdade eles eram os responsáveis por chamar a parteira quando fosse a “boa hora”. E aonde eles ficavam na hora do parto? Continuavam seus afazeres, perto da casa, ou então saíam, (...) Agoniados e medrosos eram os adjetivos que qualificavam os esposos nesta circunstância.<sup>292</sup>

Como podemos observar, a presença dos maridos não era muito comum na cena do parto. E esta foi uma das muitas surpresas encontradas em nosso trabalho de campo na região. Outro aspecto do trabalho destas parteiras é que, mesmo as leigas, já contavam em seus procedimentos com várias práticas derivadas da Medicina erudita.

Em nossa análise, mesmo aquelas que começaram a partejar como leigas já tinham se submetido a treinamentos ministrados por médicos, inclusive recebendo cartilhas, instrumentos e cadernos onde elas deveriam anotar todos os partos que fizessem. Portanto, no trabalho destas parteiras, encontramos as normas de higiene propostas pela Medicina, assim como o desaparecimento de alguns costumes das parteiras mais antigas. Em vários dos nossos depoimentos, quando indagadas sobre certas práticas, como a história das cordas e de se passar fumo com azeite na barriga das mulheres, elas sempre respondiam que já tinham ouvido falar, mas que elas nunca haviam praticado esse costume.

É verdade que elas podem ter feito essas afirmações para não serem chamadas de ignorantes e “cachimbeiras”, no entanto, achamos que, nessa questão, elas estavam falando a verdade, no sentido de que a maioria das parteiras leigas tinha se submetido a treinamentos com médicos e enfermeiras, e, portanto, não estariam realizando ações que elas considerassem

---

<sup>292</sup> RÉCHIA, Karen Christine. Op. Cit. pp. 100 e 101.

ineficazes. Chegamos a esta conclusão porque aqueles procedimentos que, da perspectiva delas, eram eficientes continuavam sendo utilizados, como o ato de soprar na garrafa, o de rezar e o de utilizar-se das ervas consagradas pelo uso popular.

É importante salientar que, desde a década de 1970, já havia projetos no Ceará envolvendo as parteiras tradicionais:

Estas mulheres, que na maioria das vezes adquiriram os primeiros conhecimentos fazendo o seu próprio parto ou de familiares próximos, passavam a serem consideradas experientes e, por conseguinte, solicitadas daí por diante para prosseguirem na sua arte, auxiliando as demais parturientes da comunidade. O voluntariado, a abnegação foi e a solidariedade foi o que mais nos impressionaram nestas parteiras tradicionais. Além disso, sentimos que a perfeita identificação cultural entre estas e as parturientes, emprestava um cunho de humanização ideal na assistência ao parto espontâneo e natural, difícil de ser alcançado quando efetuado na área hospitalar. Achamos que capacitando estes agentes não formais de saúde a reconhecerem suas próprias limitações, ao mesmo tempo em que oferecíamos um sistema para referência dos casos de risco a serem atendidos a nível secundário ou terciário, estaríamos concorrendo para uma melhoria na atenção materno-infantil naquelas áreas carentes de assistência médica. Foi assim que criamos o Programa de Atenção Primária de Saúde-PAPS dentro dos princípios de extensão rural de Assistência à Educação e Saúde da Universidade Federal do Ceará.<sup>293</sup>

Este documento, da autoria do Dr. Galba Araújo, descreve claramente as bases do seu projeto, um dos pioneiros, no reconhecimento e na valorização do trabalho das parteiras, embora, como ele deixa bem claro, o trabalho das parteiras só devesse ser utilizado na ausência dos médicos. Mesmo, porém, partindo desta premissa conservadora, o trabalho do Dr. Galba não só foi muito importante, para a valorização do trabalho destas mulheres, como também para o início dos treinamentos delas pelos médicos e enfermeiras. Em relação a estes treinamentos temos um importante depoimento a destacar:

Não, recebia assim um agrado, que as vezes ela me dava para comprar um cigarro, mais eu dizia que não, aí depois que eu fiz o curso eu cobrava. Quando eu visse que a pessoa tinha como mim pagar eu cobrava, agora quanto, era 05 reais, 5 mil réis, era 04, o povo dizia que era para o cigarro. [Isso depois que a senhora fez o curso lá em S. Joaquim?] Foi, mais a Dr.<sup>a</sup> quando ela veio e perguntou, ela mandou, se eu der o preço, para eu cobrar, que eu podia cobrar, mais eu nunca cobrei. (D.<sup>a</sup> MARIA PEREIRA).

---

<sup>293</sup> ARAÚJO, José Galba. **Assistência Obstétrica por Parteiras Tradicionais em Zonas Rurais do Estado do Ceará-Brasil**. Fortaleza, Ceará, 1985, mimeo. Pp. 03 e 04.

Nesse depoimento, vemos explicitamente como a profissionalização é tratada por esta parteira. Antes do treinamento que ela fez com uma médica, ela não cobrava pelos seus serviços, recebia apenas um “agrado”. Após a realização do curso, no entanto, ela passou a cobrar de quem pudesse. Segundo ela, foi a própria médica que disse que ela podia cobrar. Entendemos desta situação que, ao passar pelo treinamento com médicos, esta parteira, deixava de ser percebida como uma “curiosa,” que partejava por uma missão divina, e passava para uma profissional que precisava ser remunerada pelo seu trabalho. E o mais interessante desta situação é que quem opera esta transformação é o aparato da Medicina erudita. Esta velha parteira não precisava do aval dos médicos para partejar, isso quem lhe proporcionava era a sua comunidade. Para cobrar profissionalmente pelos seus serviços, no entanto, ela se utilizou desta autoridade: por ter passado por um treinamento “médico”, agora ela podia cobrar por seus serviços, como os médicos cobravam.

Finalmente, um dos aspectos que consideramos mais surpreendentes deste nosso trabalho: a problemática da mortalidade materna. Quando iniciamos nossa pesquisa, tínhamos por hipótese a noção de que encontraríamos grande quantidade de relatos sobre morte no parto. Talvez influenciada pelo discurso que apontava o enorme número de mulheres que pereciam em casa nas mãos das parteiras, pensávamos ser essa a situação com a qual iríamos nos deparar. À medida que a pesquisa avançou, no entanto, o que percebemos foram duas situações: em primeiro lugar, os números da mortalidade de mães e bebês no parto, pelo menos nas falas de parteiras e parturientes, não era tão elevado o quanto pensávamos. Em segundo, também estávamos operando com uma falsa realidade.

No início desta pesquisa pressupusemos, equivocadamente, a noção de que a mortalidade materna no parto era coisa do passado, da época das parteiras e dos partos domiciliares e que, neste contexto, é que ela era alta. No decorrer de nosso trabalho, notamos



o equívoco em duas frentes: não aconteciam tantas mortes assim nos partos domiciliares e a mortalidade materna não é coisa do passado, pois cada vez mais atual.

Esta atualidade da morte no parto, no entanto, é ainda mais cruel do que no passado, quando ocorria nas mãos das parteiras, porque, como vimos, as mulheres que morriam de parto em casa, pereciam pela falta de conhecimentos das parteiras em executar certos procedimentos, como o uso do fórceps, a impossibilidade de retirar uma placenta colada, deter uma hemorragia ou de praticar uma cesárea.

A mortalidade materna em nosso Estado e em nosso País não ocorre por falta de conhecimentos, mas por ausência de um atendimento básico e seguro para as gestantes durante a gravidez:

A morte da mulher por ocasião da gravidez, do parto ou do puerpério é um evento de difícil aceitação pela família e sociedade, dada a constatação de que a grande maioria dos casos poderiam ser evitados. A taxa de mortalidade materna (TMM) é o indicador que mede o risco de uma mulher morrer na gravidez, no parto ou pós-parto, refletindo as condições de atenção à saúde oferecida à mulher em idade fértil. Com bases nos dados do Sistema de Vigilância da Mortalidade Materna da SESA, a partir de 1995, tem-se calculado de modo mais acurado as TMMs para o Estado do Ceará. A TMM no Ceará que oscilou em torno de 90 óbitos por 100 mil nascidos vivos, no período de 1995 a 1999, nos últimos três anos têm se situado em torno de 75 por 100.000 nascidos vivos, o que demonstra um declínio<sup>294</sup>.

Como podemos observar, mesmo com os índices da mortalidade materna no Ceará apresentando queda nos últimos anos, os números ainda são alarmantes, se levarmos em conta o fato de que o padrão aceito pela OMS para países desenvolvidos é de 10 por 100.000 nascidos e se nos lembrarmos de toda a tecnologia médica e obstétrica elaborada ao longo de todo o século XX. Segundo este mesmo documento, as causas obstétricas destes óbitos são: a doença hipertensiva da gravidez, as hemorragias pré e pós-parto, os abortos e as infecções puerperais, ou seja, todos estes casos fatais poderiam ser evitados por um acompanhamento de saúde apropriado e pela tecnologia médica, se este acesso ao atendimento e a esta tecnologia estivesse disponível para todos.

---

<sup>294</sup> **A Saúde do Ceará em Grandes Números:** uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo Sistema Público Estadual 1995-2002. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2002. p.38.

Esta situação atinge diretamente aquelas mulheres atendidas pela rede pública de saúde. Para estas mulheres, a sina de morrer de parto permanece a mesma da época das nossas avós, com a condição agravante de que agora se morre dentro dos hospitais ou na busca por um leito que quase nunca chega a tempo para salvar a mulher.

Concluimos, portanto, com a asserção de, que para mulheres pobres como D.<sup>a</sup> Joana Rosa, mencionada no início de nosso trabalho, o destino de morrer de febre puerperal após o parto permanece uma possibilidade bastante plausível. Com a diferença de que D.<sup>a</sup> Joana morreu em casa, depois de ter seu filho com sua parteira, e em uma época e lugar em que não se tinha muito acesso a médicos e hospitais e que os antibióticos ainda eram uma promessa.

Para as mulheres com o mesmo histórico de D.<sup>a</sup> Joana \_ pobres, sertanejas ou moradoras das periferias das grandes cidades, com pouca ou nenhuma instrução, donas-de-casa, mães de alguns filhos, relativamente jovens, no auge de sua idade produtiva e reprodutiva \_ morrer de febre puerperal é uma situação de grande possibilidade.

A diferença é que, atualmente, estas mulheres morrem dentro dos hospitais, rodeadas de toda a parafernália que a Medicina elaborou ao longo do último século, de todo um catálogo de antibióticos, de todas aquelas possibilidades que a “medicalização” do parto prometeu, mas não cumpriu, pelo menos para todas as mulheres: conforto e segurança na parturição. Infelizmente, para estas mulheres, esta tecnologia não chegou, porque a elas foi negado o atendimento básico: as consultas do pré-natal, os exames que teriam detectado previamente os problemas, o leito no hospital, o sangue e os antibióticos ministrados a tempo.

Em vários dos autores que analisam o problema da mortalidade materna encontramos esta constatação:

O óbito de uma mulher em decorrência de causa associada à maternidade é hoje um fato considerado inaceitável, principalmente, se levarmos em conta que, com o conhecimento médico disponível, a grande maioria destas mortes poderia ser evitada. A sua ocorrência representa o final da linha de uma rede complexa de

eventos-que abrangem desde determinantes mais gerais, como o nível de concentração de renda e o desenvolvimento de políticas sociais, até os mais específicos, como a percepção da mulher de sua própria saúde e o acesso aos serviços de assistência médica de qualidade tanto para as grávidas e puerperas quanto para aquelas mulheres que desejam o controle da fecundidade.<sup>295</sup>

Rematamos, portanto, com a idéia de que, como as autoras fazem referência, a indignação e o inconformismo com que a sociedade se posiciona em relação a estes óbitos decorrem diretamente da certeza de que eles são fruto do descaso e da negligência do Estado no tratamento da problemática do atendimento básico à população. Esperamos que esta tendência de queda nos números da mortalidade materna continue até patamares ditos civilizados, para que as sociedades brasileira e cearense não tenham que viver lamentando as vidas tragicamente perdidas destas mulheres.

---

<sup>295</sup> SILVA, Kátia Silveira da., LOWNDES, Catherine M., D'ORSI, Eleonora & REIS, Ana Cristina C. Vaz. "A Mortalidade Materna no Brasil no Período de 1980 a 1993". In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999, p. 205.

## BIBLIOGRAFIA GERAL

ALGRANTI, Leila Mezan. **Honradas e Devotas: mulheres da colônia: condição feminina nos conventos e recolhimentos do sudeste do Brasil, 1750-1822.** Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília: EDUNB, 1993

ALENCAR, Maria Emília da Silva. **“Marias Cheias de Graça”: A Formação de Mulheres no Colégio Sagrado Coração de Jesus dos Anos 30 aos anos 60 do século XX.** Monografia de Especialização em História do Ceará. Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central/FECLESC/UECE. Quixadá, 2000, Mimeo.

ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Saúde e Doença: Um olhar antropológico.** Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 1994.

ARIÉS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** Rio de Janeiro, Guanabara, 1981.

BADINTER, Elizabeth. **Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, Elizabeth. **XY: Sobre a Identidade Masculina.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BARROS, Maria Nazareth Alvim de. **As Deusas, as Bruxas e a Igreja: séculos de perseguição.** Rio de Janeiro; Record, Rosa dos Tempos, 2001.

BARSTOW, Anne Llewellyn. **Chacina de Feitiçeirias.** Rio de Janeiro, José Olympio, 1995.

BIBLIA SAGRADA. São Paulo, Ed. Paulus, 1990.

BOM MEIHY, José Carlos Sebe. **Manual de História Oral.** Edições Loyola, São Paulo, 2000.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina,** In Revista Educação e Realidade. Porto Alegre. 20(2). Jul/Dez. 1995.

BOURDIEU, Pierre. **Novas Reflexões sobre a Dominação Masculina.** In Revista Gênero e Saúde. Porto Alegre. s/d.

BOULOGNE, Jean Claude. **A História do Pudor.** Rio de Janeiro, Elfos Ed. 1990.

BROWN, Peter. **Corpo e Sociedade.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1990.

CARVALHO, José Murilo de. **História Intelectual no Brasil: a retórica como chave de leitura.** In TOPOI, Revista de História do Programa de Pós-Graduação em História Social da UFRJ, Rio de Janeiro, Sete Letras, 2000, vol.01

CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico.** São Paulo, Brasiliense, 1983.

COSTA, Albertina e BRUSCHINI, Cristina (Org.). **Uma Questão de Gênero**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos; São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1992.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1983.

CORREIA, Elizabeth Vitoriano de Oliveira. **Formação Docente para Mulheres no Interior do Ceará: O Papel Sócio-Educacional do Ginásio Cristo Redentor em Senador Pompeu, na década de 1960**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005. Mimeo.

CRUZ, G. L. **Dicionário das Plantas Úteis do Brasil**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979.

DARMON, Pierre. **Médicos e Assassinos na Belle Époque: a medicalização do crime**. Paz e Terra, 1991.

DAVIS, Natalie Zamon. **Culturas do Povo: Sociedade e Cultura no início da França Moderna**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990.

DEL PRIORE, Mary. **Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil colônia**. Rio de Janeiro, José Olympio; Brasília, EDUNB, 1993.

DEL PRIORE, Mary e BASSANEZI, Carla (Org.) **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1997.

DONZELOT, Jacques. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro, Graal, 1986

DÓRIA, Carlos Alberto. **A Tradição Honrada**. In Cadernos Pagu. IFCH, Unicamp. N.02. 1994.

DOTTIN-ORSINI, Mireille. **A Mulher que Eles Chamavam Fatal. Textos e Imagens da Misoginia fin-de-siécle**. Rio de Janeiro, Rocco, 1996.

DUBY, Georges. **Eva e os Padres**. São Paulo, Companhia das Letras, 2001.

DELLA CAVA, Ralph. **Milagre em Joazeiro**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

ENGEL, Magali. **Meretrizes e Doutores. Saber Médico e Prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo, Brasiliense, 1988.

\_\_\_\_\_. **Psiquiatria e Feminilidade**. In DEL PRIORE, Mary e BASSANEZI, Carla (Org.) **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1997.

EHRENREICH, Bárbara e ENGLISH, Deirdre. **Para Seu Pórprio Bem**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 2003.

FÉLIX, Adriana Maria Mota. **A Coexistência do Sagrado e do Profano na Festa de Nossa Senhora da Glória em Mombaça**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005. Mimeo.

FERREIRA, Janaína Nunes. **Sobre os Ombros, a Riqueza de um Passado: O Mundo dos Chapeados**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005. Mimeo.

FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína. (Coord.) **Usos e Abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1996.

FERREIRA, Marieta de Moraes, FERNANDES, Tânia Maria e ALBERTI, Verena. (Orgs.). **História Oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz/CPDOC-Fundação Getúlio Vargas, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Editora Vozes, Petrópolis, 1987.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1987.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, Emblemas e Sinais: Morfologia e História**. São Paulo, Cia das Letras, 1989.

GONZAGA, Jarbas Alves. Senador Pompeu: **O Nascer de uma Cidade sobre os Trilhos-1900-1960**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005. Mimeo.

KRAMER, H. e SPRENGER, J. **Malleus Maleficarum-O Martelo das Feiticeiras**. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos. 1991.

KITZINGER, Sheila. **Mães. Um Estudo Antropológico da Maternidade**. Editorial Presença, Lisboa, 1981.

LIMA, José Ailton Brasil de. **Santuários e Oratórios Domésticos: Sinais de Resistência da Religiosidade Popular**. Monografia de Graduação em História. Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central /FECLESC/UECE. Quixadá, 2002. Mimeo.

LUZ, Madel Therezinha. **Medicina e Ordem Política Brasileira**. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

LUZ, Madel Therezinha. **A Arte de Curar e a Ciência das Doenças. História Social no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora da UERJ. s/d.

LUZ, Madel Therezinha. **Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia**, Rio de Janeiro, Graal, 1986.

MACHADO, Roberto. **A Danação da Norma**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MATOS, Maria Izilda S. **Gênero: Trajetórias, Impasses e Perspectivas**. São Paulo. Mimeo. s/d

MATOS, Maria Izilda S. **Por uma História da Mulher**. Bauru, São Paulo, EDUSC, 2000.

- MATOS, Maria Izilda S. **Meu Lar é o Botequim**. São Paulo, 1996. Mimeo.
- MATOS, Maria Izilda S. **Trama e Poder**. Rio de Janeiro, Sette Letras, 1996.
- MATTOS, Maria Izilda e SOIHET, Rachel.(Org.) **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo, Editora da UNESP, 2003.
- MAUÉS, Maria Angélica Motta. **“Trabalhadeiras” e “Camarados”: Relações de Gênero, simbolismo e ritualização numa comunidade amazônica**. Belém: Centro de Filosofia e Ciências Humanas/UFGA, 1993.
- NASCIMENTO, Francisco do. **O Fenômeno das Romarias a São Francisco das Chagas de Canindé** Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005. Mimeo.
- NERY, Maria Lucineide Felipe. **Imagens da Memória: O Testemunho da Fotografia em Senador Pompeu, nas décadas de 50/60**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2005. Mimeo.
- MICHELET, Jules. **A Feiticeira**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1992.
- NOLASCO, Sócrates. **O Mito da Masculinidade**. Rio de Janeiro, Rocco, 1993.
- NOLASCO, Sócrates. **A Desconstrução do Masculino**. Rio de Janeiro, 1995.
- OLIVEIRA, Rosângela de Sousa. **Nos Trilhos do Desenvolvimento: A Estrada de Ferro em Senador Pompeu**. Monografia de Graduação em História. Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central /FECLESC/UECE. Quixadá, 2003. Mimeo.
- PEDRO, Joana Maria. **Relação de Gênero na Pesquisa Histórica**. In Revista Catarinense de História. Santa Catarina, v.02, 1994.
- PEREIRA, Adriana Albuquerque. **“Santuário Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão: A Fé Popular como Estratégia Eclesiástica**. Monografia de Graduação em História. Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central /FECLESC/UECE. Quixadá, 2000. Mimeo.
- PINHEIRO, Marlene Alves. **Sociedade e Cultura Senadoreense na Década de 60**. Monografia de Graduação em História. Campus Avançado do Sertão Central II/FECLESC/UECE. Senador Pompeu, 2001. Mimeo.
- PONTE, Sebastião. **Fortaleza Belle Époque**. Fortaleza, Fundação Demócrito Rocha/Multigraf, 1993.
- RAGO, Margareth. **Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- RAGO, Margareth **Os Prazeres da Noite: prostituição e códigos de sexualidade feminina em S. Paulo, 1890-1930**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.

- RANKE-HEINEMANN, Uta. **Eunucos Pelo Reino de Deus: Mulheres, Sexualidade e a Igreja Católica**. Rio de Janeiro, Record: Rosa dos Tempos, 1996.
- REVEL, Jacques.(org.) **Jogos de Escala**. Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, Desvio e Danação**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993.
- ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- RUPP, Jan C. Michel **Foucault, a Política do Corpo e a Expansão da Anatomia Moderna**. In PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, Relume Dumará, vol.03, n.02,1993.
- SALISBURY, Joyce. **Pais da Igreja, Virgens Independentes**. São Paulo, Ed. Página Aberta, 1995.
- SCOTT, Joan. **História das Mulheres**. In BURKE, Peter. (org). A Escrita da História. São Paulo, UNESP, 1992.
- SCOTT, Joan. **Gênero: Uma Categoria Útil de Análise Histórica**. Recife, 1991, mimeo.
- SHOWALTER, Elaine. **Anarquia Sexual. Sexo e Cultura no Fin de Siécle**. Rio de Janeiro, Rocco, 1993.
- SKINNER, Quentin. **What is Intellectual History?** In What is History Today? Edited by Julie Gardiner, Londres, Macmillan.
- SILVA, Leandro Martins da. **As Madonas**. Monografia de Graduação em História. Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Serão Central /FECLESC/UECE. Quixadá, 2002. Mimeo.
- SOIHET, Rachel. **Condição Feminina e Formas de Violência**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1989.
- SOUSTELLE, Jacques. **A Civilização Asteca**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.
- SOUSA, Francisca Roberta Silva de. **...E o Homem Faz a Devoção à sua Imagem e Semelhança: Santuário Nossa Senhora Imaculada Rainha do Sertão**. Monografia de Graduação em História. Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Serão Central /FECLESC/UECE. Quixadá, 2006. Mimeo.
- SOUZA, Laura de Mello e. **A Feiticeira na Europa Moderna**. São Paulo, Ática, 1987.
- SOUSA, Noélia Alves de. **A Liberdade é Vermelha?** Um estudo da violência contra mulheres em Fortaleza, nas décadas de 20 e 30 do século XX. Dissertação de Mestrado em História. PUC/SP. São Paulo, 1997. Mimeo.
- THOMPSON, Paul. **A Voz do Passado: História Oral**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
- VAINFAS, Ronald. **Trópico dos Pecados: moral, sexualidade e inquisição no Brasil Colonial**. Rio de Janeiro, Campus, 1989.



## **BIBLIOGRAFIA DA ÁREA MÉDICA e RELATIVA ÀS PARTEIRAS.**

ALMEIDA, Nádya Maria Girão Saraiva de. **Mortalidade Materna em Fortaleza-Ce. 1996-1999. Estudo dos Fatores de Risco.** Tese de Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2002, mimeo.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Medicina, Leis e Moral: pensamento médico e comportamento no Brasil.(1870-1930).** São Paulo, Editora da UNESP, 1999.

ARAÚJO, Iaperi. **Aparadeiras e Comadres.** *Revista Femina.* Fevereiro, 1988. vol.16, n.02.

ARAÚJO, José Galba e OLIVEIRA, F. Chagas. **Nossa Experiência com o trabalho das parteiras tradicionais.** *Revista Femina.* Maio, 1985. Vol. 13, n.05

ARAÚJO, José Galba. **Assistência Obstétrica Por Parteiras Tradicionais em Zonas Rurais do Estado do Ceará-Brasil.** Fortaleza, Ceará, 1985, Mimeo.

BANDEIRA, Lourdes e OLIVEIRA, Eleonora M. de. **Representações de Gênero e Moralidade na Prática Profissional da Enfermagem.** In Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, vol.51, n.04, Out./Dez. 1998.

BARBOSA, Francisco Carlos Jacinto. **Caminhos da Cura: A Experiência dos Moradores de Fortaleza com a Saúde e a Doença (1850-1880).** Tese de Doutorado em História, PUC/SP. São Paulo, 2002. mimeo.

BARROSO, Déa Márcia. **Parirás na Dor: Verbo ou Construção Ideológica.** Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher- Instituto Fernandes Figuera/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1998, mimeo.

BARROSO, Iraci C. **Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais do Amapá: histórias e memórias.** Dissertação de Mestrado, Departamento de História. IFCH/Unicamp, Campinas, 2001. mimeo.

BARREIRA, Ieda de Alencar. **Os Discursos sobre a Enfermagem Brasileira e as Questões de Gênero.** In Gênero, Corpo e Enfermagem, Cadernos CEPIA, n. 05

BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet. **As Parteiras-Chefes da Maternidade Port-Royal de Paris no Século XIX:obstetras antes do tempo?** *Revista Estudos Feministas.* Julho,2002. vol.10, n.02.

BERQUÓ, Elza. **Brasil, um caso exemplar: Anticoncepção e Parto Cirúrgicos-à espera de uma ação exemplar.** In *Revista de Estudos Feministas.* Vol.01, n.02, 1993.

BESSA, Lucineide F. **Condições de Trabalho de Parteiras: algumas características no contexto domiciliar rural.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, UFBA. Salvador, 1997,mimeo.

BESSA, Lucineide F. **O Trabalho da Parteira Tradicional Rural: produtivo ou reprodutivo?** In *Revista de Enfermagem da UERJ.* Vol. 07, n.02, Jul./Dez., 1999.

BEZERRA, Maria Gorete Andrade. **Experiências Vivenciadas pelas Parturientes: Enfoque em Fortaleza**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFC, Fortaleza, 2004. Mimeo.

BRANDÃO, Nadja S. **Da Tesoura ao Bisturi: o ofício das parteiras (1897-1967)**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, PUCRS, Porto Alegre. 1998, mimeo.

BONADIO, Isabel Cristina. **“Ser Tratada como Gente”**: A vivência de mulheres atendidas no serviço de Pré-Natal de uma instituição filantrópica. In Revista Da Escola de Enfermagem da USP. Vol.32, n.01, Abril, 1998.

BODIN, Lydie. **O Filho Indesejado: O aborto na Grécia Antiga**. In História em Revista. Núcleo de Documentação Histórica da Universidade Federal de Pelotas.nº 08. dezembro/2002.

CARRARO, Telma Eliza. **Desafio Secular: Morte materna por infecção puerperal**. Pelotas, Ed. Universitária,1999.

CARON, Olga Aparecida Fortunato e SILVA, Isilia Aparecida. **Parturiente e Equipe Obstétrica: a difícil arte da Comunicação**. In *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2002 julho-agosto; vol.10, n. 04.

CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. **Práticas Obstétricas Adotadas Pelas Parteiras Tradicionais na Assistência ao Parto e Nascimento Domiciliar na Amazônia Legal-Santana-AP**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Ana Néri/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo.

CORREA BRENES, Anayansi. **História da Parturição no Brasil, Século XIX**. *Cadernos de Saúde Pública*. Abril/Junho, 1991. Vol.07, n.02

CORREA BRENES, Anayansi. **Nascimento e Declínio da Escola de Parteiras Diplomadas Francesas: 1802-1877**. *Revista Médica de Minas Gerais*. Janeiro/Março, 1999. vol.09, n.01.

CORREA BRENES, Anayansi. **Um Olhar Brasileiro sobre o Caso de Paris: o conflito parteiras & parteiros e seus desdobramentos no Rio de Janeiro, século XIX**. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1996. mimeo.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. **Corpo, Poder e o Ato de Partejar: Reflexões à luz das relações de gênero**. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, vol.53, n.01 Jan./Mar. 2000.

DIAS, Maria Djair. **Mãos que Acolhem Vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina**. Tese de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2002, mimeo.

DINIZ, Simone G. **Assistência ao Parto e Relações de Gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo,1997. mimeo.

DINIZ, Simone G. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos: limites e possibilidades das propostas de humanização do parto.** Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 2001. mimeo.

FAÚNDES, Aníbal e CECATTI, José Guilherme. **A Operação Cesárea no Brasil.** Incidência, Tendências, Causas, conseqüências e Propostas de Ação. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.07, n. 02, Abr./Jun., 1991.

FERREIRA, Luiz Otávio. **João Vicente Torres Homem: Descrição da Carreira Médica no Século XIX.** In *PHYSIS*, Revista de Saúde Coletiva. IMS/UERJ, Relume Dumará, Rio de Janeiro, vol.04, n.01, 1994.

FERREIRA, Silvia Lúcia e NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **A Mulher como Tema nas Pesquisas de Saúde na UFBA.** In *Revista Baiana de Enfermagem*. Vol.07, n. 1/2, 1994.

FIGUEREDO, Adriana Lenho de. **O Parto Assistido pela Enfermeira na Política de Humanização do Parto e do Nascimento.** Dissertação de Mestrado em Tecnologia Educacional para Saúde. NUTES/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo.

GALVÃO, Loren e DÍAZ, Juan (org.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.** São Paulo, Hucitec, 1999.

GARCIA, Margareth Rose Gomes. **O País do Exílio: Impressões Femininas da Eclâmpsia e do Cuidado Obstétrico.** Dissertação de Mestrado em Medicina Social/IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997, mimeo.

GIFFIN, Karen e COSTA, Sara H.(Org.) **Questões de Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro. Editora da FIOCRUZ, 1999.

GODOY. Sandra Regina de. **Mortalidade Materna: Em Busca do Conhecimento.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2001, mimeo.

GUTIÉRREZ, Sônia Flores C. **La Incursión de la Mujer em el Campo de la Salud en el Siglo XIX.** *Revista Médica IMSS. México.* 1997. vol.35, n.03.

GUALDA, Dulce Maria R. **“Eu conheço minha natureza”:** um estudo etnográfico da vivência do parto. Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem/USP. São Paulo, 1993, mimeo.

HOMEI, Aya. **Tempos Modernos, Novos Partos e Novas Parteiras: o parto no Japão de 1868 aos anos 1930.** *Revista Estudos Feministas.* Julho, 2002. vol.10, n.02.

HOOSMAND, Mojgan Sabeti. **Parteiras de Regência,ES: Os Múltiplos Sentidos do Ato de Partejar.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. USP, São Paulo, 2004. mimeo.

JARDIM, Rejane B. **Revelando o Implícito: irmãs de caridade e parteiras na formação do saber médico em Porto Alegre (1872-1940).** Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, PUCRS, Porto Alegre, 1998. mimeo.

JORGE, Dilce Rizzo. **Evolução da Legislação Federal do Ensino e do Exercício Profissional da Obstetriz (parteira) no Brasil**. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Nery-UFRJ. Tese de Livre Docência, 1975. Mimeo.

JUCÁ, Luiza e MOULIN, Nilson (Org.). **Parindo Um Mundo Novo: Janete Capibaribe e as Parteiras do Amapá**. São Paulo, Ed. Cortez, 2002.

LOYOLA, Maria Andréa. **Sexualidade e Reprodução**. In PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva, IMS/UERJ, Relume Dumará, Rio de Janeiro, vol.02, n.01, 1992.

LOYOLA, Maria Andréa. **A Antropologia da Sexualidade no Brasil**. In PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva, IMS/UERJ. Rio de Janeiro, Relume Dumará, vol.10, n.01, 2000.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e Curandeiros-Conflito Social e Saúde**. São Paulo, DIFEL, 1984.

MARQUES, Marília Bernardes. **Breve História das disputas entre Comadres, Parteiras e Médicos**. *Revista Saúde em Debate*. 1982. n. 14

MARTINS, Ana Paula V. **A Medicina da Mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX**. Tese de Doutorado. IFCH, Unicamp. Campinas, 2001, mimeo.

MARTINS, Ana Paula V. **A Ciência do Feminino: a constituição da obstetrícia e da ginecologia**. In ADELMAN, Mirian e SILVESTREIN, Celsi B.(org.) *Coletânea Gênero Plural*. Curitiba, Ed. Da UFPR, 2002.

MELO, Victor Hugo de Melo. **Evolução Histórica da Obstetrícia: a marginalidade social da parteira e da mulher**. Dissertação de Mestrado. Medicina, UFMG, Minas Gerais, 1983. mimeo.

MOTT, Maria Lúcia. **Parto, Parteiras e Parturientes. Mme Durocher e sua Época**. Tese de Doutorado em História. FFLCH/USP. São Paulo, 1998. mimeo.

MOTT, Maria Lúcia. **O Curso de Partos: deve ou não haver parteiras?**. *Cadernos de Pesquisa*. Novembro, n.108.1999

MOTT, Maria Lúcia. **A Parteira Ignorante: um erro de diagnóstico médico?** *Revista de Estudos Feministas*. 1999. vol.07, n.01

MOTT, Maria Lúcia. **Parteiras no século XIX: Mme Durocher e sua época**. In. COSTA Albertina de Oliveira e BRUSCHINI, Cristina. *Entre a Virtude e o Pecado*. São Paulo, Rosa dos Tempos, 1992.

MOTT, Maria Lúcia. **Fiscalização e Formação das Parteiras em São Paulo (1880-1920)**. In *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.35, n.01. 2001.

MOTT, Maria Lúcia. **Madame Durocher, modista e parteira**. In *Revista Estudos Feministas*. Vol. 02, n.03, 1994.

MOTT, Maria Lúcia. **Reverendo a História da enfermagem em São Paulo (1890-1920)**. In *Cadernos Pagu*, Campinas, n.13, 1999.

MOTT, Maria Lúcia. **Assistência ao Parto: Do Domicílio ao Hospital. (1830-1960)** In Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. N.25, Dez. 2002.

MOTT, Maria Lúcia. **Bibliografia Comentada Sobre a Assistência ao Parto no Brasil (1972-2002)**. In *Revista de Estudos Feministas*. 2/2002

NÓBREGA, Maria do Rosário Souto e SILVA, Damaris Dias da. **Descoberta, Treinamento e Controle de Parto Curioso- Uma Necessidade no Brasil**. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Janeiro/Junho, 1970. vol.22, n.1/2

NERY, Inês Sampaio. **O Aborto Provocado e a Questão de Gênero**. Teresina, Editora Gráfica da UFPI, 2002.

NUNES, Silvia Alexim. **A Medicina Social e a Questão Feminina**. In PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva/IMS/UERJ. Rio de Janeiro, Relume Dumará. Vol.01, n.01, 1991.

NUNES, Silvia Alexim. **A Medicina Social e a Regulação do Corpo Feminino**. Dissertação de Mestrado em Medicina Social/IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1982, mimeo.

OBA, Maria das Dores do Vale e TAVARES, Maria Solange Guarino. **As Mulheres e os Receios Vivenciados em suas Trajetórias Obstétricas**. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Vol.49, n.04, Out./Dez. 1996.

OSAVA, Ruth H. **Assistência ao Parto no Brasil: O lugar do não-médico**. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1997, mimeo.

OSAVA, Ruth H. e TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Os Paradigmas da Enfermagem Obstétrica**. In *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.31, n.01, 1997.

OSAVA, Ruth H.e MAMEDE, Marli Vilella. **A Assistência ao Parto ontem e hoje: a representação social do parto**. In *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. Vol. 105, n.12.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de. Et all. **Enfermeira-A Construção de um Modelo a partir do Discurso Médico**. In *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.31, n.03, 1997.

PENNA, Lúcia Helena Garcia. **O Corpo Nu e o Corpo Vestido. A Percepção de Mulheres Obstetras sobre o Poder e a Sexualidade na Sala de Pré-Parto e Parto**. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro UNI-RIO. Rio de Janeiro, 1997, mimeo.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueredo. **O Parto Assistido pela Enfermeira na Política de Humanização do Parto e Nascimento**. Dissertação de Mestrado em Tecnologia Educacional para Saúde-NUTES/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo.

PEREIRA NETO, André de F. **A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica.** In Cadernos de Saúde Pública. Vol.11, n.04. Out./Dez. 1995.

PEREIRA NETO, André de F. **Identidades Profissionais Médicas em Disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922).** *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, Abril-Junho, 2000. vol.16, n.02.

PEREIRA NETO, André de F. **Ser Médico no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2001.

PEREIRA, Maria Luiza Garnelo. **Fazendo Parto, Fazendo Vida. Doença, Reprodução e Percepção de Gênero na Amazônia.** Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. PUC/São Paulo. 1993, mimeo.

PEREIRA, Wilza R. **O Processo de Medicalização do Corpo Feminino.** In SCAVONE, Lucila e BATISTA, Luis Eduardo (org.) *Pesquisas de Gênero: entre o público e o privado.* Araraquara, Faculdade de Ciências e Letras, Laboratório Editorial, 2000.

PIMENTA, Tânia S. **Artes de Curar; um estudo da Fisicatura Mor no Brasil no começo do século XIX.** Dissertação de Mestrado, IFCH, Unicamp, Campinas, 1997. mimeo.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. **Vivências Cotidianas de Parteiras e “experientes” do Tocantins.** *Revista Estudos Feministas.* Julho, 2002. vol.10, n.02.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. **Parteiras e “Poções” vindas das Matas e “Ribanceiras” dos Rios.** In *Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.* N.23, Nov. 2001.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. **Parteiras, Experientes e Poções o Dom que se Apura pelo Encanto da Floresta.** Tese de Doutorado em História. PUC/ São Paulo, 2004, mimeo.

PROGIANTI, Jane. **Parteiras, Médicos e Enfermeiras: a disputada arte de partejar. (Rio de Janeiro 1934-1951).** Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem Ana Nery. mimeo.

PROGIANTI, Jane e BARREIRA, Ieda de Alencar. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a aquisição de habilidades profissionais na assistência à parturiente (Rio de Janeiro 1934/1949).** In *Revista de Enfermagem da Escola Ana Nery.* Vol. 05, n.03, 2001.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Enfermeiras Obstetras: Estratégias de Resistência à Opressão Masculina.** In *Revista de Enfermagem da UERJ.* Rio de Janeiro, vol.05, n.02, 1997.

RÉCHIA, Karen Christine. **Lembranças Íntimas de Minha Avó: partos, parteiras e outras histórias em Treze de Maio-SC.** Dissertação de Mestrado em História. UFSC, 1998, mimeo.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2004.

RIBEIRO, Márcia Moisés. **A Ciência dos Trópicos. A Arte Médica no Brasil do Século XVIII.** São Paulo, Hucitec, 1997.

RIESCO, Maria Luiza Gonzáles. **Enfermeira Obstetra: Herança de Parteira e Herança de Enfermeira.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* Abril, 1998. vol.06, n.02.

RIESCO, Maria Luiza Gonzáles. **Elementos Constitutivos da Formação e Inserção de Profissionais Não-Médicos na Assistência ao Parto.** *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro. Maio/Junho, 2002. vol. 18, n.03.

RIESCO, Maria Luiza Gonzáles. **Que Parteira é essa?** Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem-USP, São Paulo, 1999, mimeo.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher.** Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2001.

ROHDEN, Fabíola. **Ginecologia, Gênero e Sexualidade na Ciência do Século XIX.** In *Horizontes Antropológicos.* Porto Alegre, ano 08, n.17. Jun/2002.

ROHDEN, Fabíola. **A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX.** Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2003

SALÉM, Tânia. **O Ideário do “Parto sem Dor”:** uma leitura antropológica. In *Boletim do Museu Nacional.* N.40, 1983.

SANTOS FILHO, Licurgo. **História Geral da Medicina Brasileira.** São Paulo, Hucitec. s/d.

SARDENBERG, Cecília M. **De Sangrias, Tabus e Poderes: A menstruação numa perspectiva sócio-antropológica.** In *Revista Estudos Feministas.* Ano 02, 2º semestre, 1994.

SAYD, Jane. **Mediar, Mediar, Remediar-Terapêutica na Medicina Contemporânea: O Pensamento Médico Brasileiro.** Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1995, Mimeo.

SCAVONE, Lucila. **As Múltiplas Faces da Maternidade.** In *Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas.* N.54, 1985.

SCAVONE, Lucila. (Org.) **Tecnologias Reprodutivas. Gênero e Ciência.** São Paulo, Ed. Da UNESP, 1996

SCAVONE, Lucila. (Org.) **Pesquisas de Gênero: Entre o público e o privado.** Araraquara, São Paulo, FCL/Laboratório Editorial, UNESP, Cultura Acadêmica, 2002.

SENA, Antonia Regina Messias Fernandes, Et. All. **Moça de Família como Figura-Tipo de Candidata a Enfermeira na Década de 20.** In *Revista de Enfermagem da UERJ,* Rio de Janeiro, vol.06, n.02, Dez. 1998.

SILVA, Tânia Maria de Almeida. **O Saber das Parteias e o Saber dos Médicos: Um Estudo sobre a Mudança da Concepção sobre o Nascimento na Sociedade Brasileira.** Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Agrícola, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999, mimeo.

SILVEIRA, Dirlene Mafalda Ildefonso da. **Mortalidade Materna: Realidade que se faz conhecer lentamente**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. UFC, Fortaleza, 2002, Mimeo.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Dossiê Mortalidade Materna**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade-dilema entre nascimento e morte**. Tese de Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública. USP. São Paulo, 1994

THÉBAUD, Françoise. **A Medicalização do Parto e suas Conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras**. *Revista Estudos Feministas*. Julho, 2002. vol.10, n.02.

THORWALD, Jurgen. **O Século dos Cirurgiões**. São Paulo, Boa Leitura Editora, s/d.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Humanização do Parto: Entrevista com Robbie Davis-Floyd**. In *Revista de Estudos Feministas*. Vol.10, n.02, 2002.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **Prática Médica e Corpo Feminino**. Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1990, mimeo.

VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **O Trabalho da Parteira em Área Rural: Apropriação da Força de Trabalho ou Transformação do Sujeito**. Dissertação de Mestrado em Educação. Faculdade de Educação, UFC, Fortaleza, 1991. Mimeo.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As Artes de Curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio Grandense.(1889-1928)**. Tese de Doutorado em História, IFCH/UNICAMP. Campinas, 1997, mimeo.

## **FONTES PRIMÁRIAS.**

### **TESES DAS FACULDADES DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO E DA BAHIA.**

ABREU, Francisco Bonifácio de. **Dissertação no qual se Justifica o Aborto Provocado**. . Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia Universal de Laemmert, 1851.

ADEODATO FILHO. J. **Parto em Domicílio: aspectos clínicos e sociais**. Tese para Professor Catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, Salvador, 1949.

AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos X. de. **Certas Dificuldades que o Médico Parteiro pouco Experiente Encontra no Exercício de seu Ministério**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia do Ostensor Brasileiro de J.J.Moreira, 1847.



BRITO, Antonio Gomes de. **Proposições Acerca do Fluxo Catamenial e de seus Desarranjos**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia Imperial e Constitucional de J. Villeneuve e Companhia, 1840.

CORDEIRO, Eugenio. **O Charlatanismo em Medicina**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia Serra Nova, 1917.

CORREIA, Henrique Mattoso Sampaio. **Ligeiras Considerações sobre Hysteria**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia do Jornal do Commercio, 1910.

COSTA, Francisco de Paula. **O Charlatanismo em Medicina**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia Universal de Laemmert, 1841.

FIRMINO JUNIOR, José Joaquim. **Sobre a Menstruação, Precedida de Breves Considerações sobre a Mulher**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Imparcial de Francisco de Paula Brito, 1840.

GONDIM, Pedro Monteiro. **Da Esterilidade da Mulher e seu Tratamento**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Moraes, 1911.

GONSALVES, Rodrigo José. **A Hysteria**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia do Brasil de J.J. da Rocha, 1846.

GOUVEIA, Mario. **O Tocar Vaginal em Obstetrícia**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia a Vapor, 1905.

LISBOA, Frederico Augusto da Silva. **Hygiene da Mulher em Estado de Gravidez**. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Typographia de Camillo de Lellis Masson & C. 1870.

MAGALHÃES, Francisco Bento Alexandre de Figueiredo. **Da Febre Puerperal**. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Typographia de J.G. Tourinho, 1870.

MANSO, Antonio Romualdo Monteiro. **Do Diagnostico e Tratamento das Diversas Manifestações do Hysterismo e da Epilepsia**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Acadêmica, 1874.

MARTIN, Carlos Eduardo. **Dissertação Sobre as Affecções Puerperaes**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Universal de Laemmert, 1862.

MAURÍCIO JÚNIOR. Rodrigo José **A Hysteria**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Imparcial de Francisco de Paula Brito. 1838.

PEIXOTO, Antonio José. **Deve Haver Leis Repressivas do Charlatanismo Médico, ou convém que o exercício da Medicina seja inteiramente livre?** Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Typographia de J.G. Tourinho, 1870.

RIBEIRO, Ernesto Hermelino. **Hemorragia Puerperal e ser Tratamento**. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Typographia de J.G. Tourinho, 1870.

SANTOS, Mário. **Hygiene da Mulher Grávida**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia da Revista dos Tribunaes, 1911.

SILVA, Augusto José. Da **Esterilidade, suas Causas e os Meios de Cura-la**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia do Apostolo, 1872.

TOURINHO, Demétrio Cyríaco. **Qual é a Natureza da Febre Puerperal? Qual o Meu melhor Tratamento?** Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, Typographia Diário, 1860.

VALLE, Luiz Viana D'Almeida. **Mulher e Matrimônio Medicamente Considerados**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Typographia de M.A.da Silva Lima, 1847.

### **FONTES HEMEROGRÁFICAS.**

CALS, César. **O toque vaginal durante o parto e a infecção puerperal** In Revista Ceará Médico, Fortaleza, nº 09, setembro/1934.

CALS, César. **Curso de Partejas da Maternidade Dr. João Moreira**. In Revista Ceará Médico, Fortaleza, nº 01, janeiro/1933

**Revista da Associação Brasileira de Farmácia**, 1936.

**Em Março: Inauguração da Maternidade de N. Sr.<sup>a</sup> de Fátima**. Jornal O POVO, Fortaleza, 25/02/1960, p.01.

**Hidrofobia Faz Vítima**. Jornal O POVO, Fortaleza, 22/11/1960, p.01.

**Continua a Devastação da Vacina da Morte: Novos Casos Fatais**. Jornal O POVO, Fortaleza, 28/11/1960, p.02.

**Estado Indiferente a Sorte das Vítimas da Vacina Contra Raiva**. Jornal O POVO, Fortaleza, 28/11/1960, p.02.

**Vítimas da Vacina em Quixeramobim**. Jornal O POVO, Fortaleza, 01/12/1960, p.09.

**Faleceu Menor Internado no Hospital de Isolamento**. Jornal O POVO, Fortaleza, 05/12/1960, p.02.

**Tomar Vacina Era Como Ser Mordido Por Cão Hidrófobo**. Jornal O POVO, Fortaleza, 05/12/1960, p.02.

**Autoridades Sanitárias Vêm Ver Surto de Pólio no Ceará**. Jornal O POVO, Fortaleza, 20/12/1960, p.02.

**Deficiências no Combate a Paralisia**. Jornal O POVO, Fortaleza, 02/06/1961, p.04.

**Pólio: Médicos Reunidos no D.E.S. Concluíram: maior problema ainda é o receio da vacinação.** Jornal O POVO, Fortaleza, 07/06/1961, p.06.

**As Parteiras Provocam Abortos, Causando a Morte das Parturientes.** Jornal O POVO, Fortaleza, 11/11/1961, p.08.

**Tétano Umbilical Está Matando Recém-Nascidos.** Jornal O POVO, Fortaleza, 28/04/1962, p.07.

**Vacinação em Massa Contra a Variola a Combate ao Tracoma e Verminose.** Jornal O POVO, Fortaleza, 16/08/1962, p.02.

**Vacinação Anti-Variolosa nos Grupos Escolares.** Jornal O POVO, Fortaleza, 19/10/1962, p.04.

**Variola é Perigo.** Jornal O POVO, Fortaleza, 30/01/1963, p.02.

**Há Casos de Variola na Capital e no Interior.** Jornal O POVO, Fortaleza, 13/09/1963, p.02.

**Mais de 400 Fortalezaenses Morreram em 62 Vítimas da Ignorância Letal: Tuberculose.** Jornal O POVO, Fortaleza, 18/02/1963, p.05.

**Vinte Mil Tuberculosos no Estado do Ceará não Recebem Assistência Médica.** Jornal O POVO, Fortaleza, 18/02/1963, p.05.

**Em Fase de Conclusão Projeto Para a Construção do Hospital dos Ferroviários.** Jornal O POVO, Fortaleza, 05/02/1964, p.01

**Mombaça Terá Maternidade Pública.** Jornal O POVO, Fortaleza, 22/04/1964, p.08.

**Maternidade Para Umirim.** . Jornal O POVO, Fortaleza, 19/05/1964, p.10

**Casa de Saúde e Maternidade Inaugurada em Icó.** Jornal O POVO, Fortaleza, 03/06/1964, p.08

**Hospital Regional Será Inaugurado em Quixeramobim.** Jornal O POVO, Fortaleza, 28/11/1964, p.01.

**Secretaria de Saúde já com Cinco Milhões para Maternidade de Uruburetama.** Jornal O POVO, Fortaleza, 25/08/1965, p.10.

**Evangélicos Irão Construir Grande Hospital Maternidade.** Jornal O POVO, Fortaleza, 30/09/1965, p.01.

**Cama Serve Para Três e Só Por 24 Horas.** Jornal O POVO, Fortaleza, 23/07/1966, p.08.

**Fortaleza Detém 3.º Lugar no Páreo da Mortalidade Infantil no País.** Jornal O POVO, Fortaleza, 12/08/1966, p.02.

**Parturientes Morrem Enquanto Maternidade Não Funciona.** Jornal O POVO, Fortaleza, 16/05/1967, p.01.

**Favela abriga ambulatório modelo.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 09/03/1997, Caderno Cotidiano, pp. 3-23.

**Médicos concordam que é preciso rehumanizar o parto e evitar cesáreas, que apresentam riscos cinco vezes maior.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 09/03/1997, Caderno Cotidiano, pp. 3-13.

**Médicos adotam práticas dispensáveis.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 09/03/1997, Caderno Cotidiano, pp. 3-23.

**Governo Limita Cesarianas em Hospitais do SUS.** Jornal DIÁRIO DO NORDESTE. 30/05/1998. p.08.

**Sinal vermelho para aumento da mortalidade materna.** Jornal DIÁRIO DO NORDESTE. 30/05/1998. p.08.

**Encontro no Amapá reúne 400 mulheres da Amazônia e de países da Europa e da América Latina- Aparadeira de bebê ensina o “bom nascer”.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 19/07/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-6.

**Ritual inclui orações.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 19/07/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-6.

**Rossilda, 62, aprendeu a partejar com a avó.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 19/07/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-7.

**Governo revê posições para humanizar parto.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 20/07/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-4.

**Governo incentiva opção por parto em casa.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 21/07/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-4.

**Filhas rejeitam tradição de fazer partos.** Jornal Folha de São Paulo, 21/07/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-4

**Falta de diploma fecha casa de partos modelo.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 23/07/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-6.

**Atendimento será domiciliar.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 23/08/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-6.

**Médicos ganham partos que não fazem.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 18/09/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-6.

**Faxineiras fizeram parto em São Paulo.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, 18/09/1998, Caderno Cotidiano, pp. 3-6.

**Profissão: Parteira-Anjos da Floresta.** Revista MARIE CLAIRE, n.90, Setembro/1998.

**Modelo Americano de Parto é Criticado.** Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Caderno Cotidiano, São Paulo, 05/11/2000, p.04.

**Parteiras ocupam Nova Função na Maternidade-Escola.** Jornal DIÁRIO DO NORDESTE, 25/03/2000, p.08.

**A Floresta das Parteiras.** Revista ÉPOCA, 27/03/2000, pp.81 a 85.

**Maternidades do Brasil.** Revista RADIS-comunicação em saúde. Fiocruz, n.02, Setembro de 2002.

**A Falta que ela faz.** Revista ÉPOCA. 10/03/2003. pp.68 a 73.

**Parteiras: Trabalho está em extinção na Zona Rural.** Jornal DIÁRIO DO NORDESTE, 11/07/2004, Caderno Regional, p.01.

**“Cachimbeiras” perderam prestígio.** Jornal DIÁRIO DO NORDESTE, 11/07/2004, Caderno Regional, p.01.

**Parteiras: Mulheres eram consideradas “semideusas” no sertão.** Jornal DIÁRIO DO NORDESTE, 11/07/2004, Caderno Regional p.02.

**Ato de Fé determinou o início da atividade.** DIÁRIO DO NORDESTE, 11/07/2004, Caderno Regional p.02.

**“Poder Divino é chamado no trabalho”.** DIÁRIO DO NORDESTE, 11/07/2004, Caderno Regional p.02.

**Saúde está além da hegemonia médica.** DIÁRIO DO NORDESTE, 11/07/2004, Caderno Viva p.03.

## FONTES ORAIS

### Parteiras Entrevistadas

Nome	Município	Idade	Data da Entrevista
Eliete Martins de Lima	Senador Pompeu	38	10/11/1998
Francina Maria Silva	Senador Pompeu	68	10/11/1998
Expedita Belarmina da Hora	Senador Pompeu	71	10/11/1998
Maria Pereira do Nascimento	Senador Pompeu	73	11/11/1998
Ana José de Souza	Senador Pompeu	77	17/11/1998
Rosa Ana do Ô de Almeida	Senador Pompeu	45	17/11/1998
Isaltina Silva Sousa	Pedra Branca	56	15/03/2004
Ana Silva	Pedra Branca	77	17/11/1998
Vanda Cavalcante	Pedra Branca	51	15/03/2004
Josefa Fernandes da Silva	Irapuan Pinheiro	87	17/04/2004
Talita Nogueira de Sousa	Irapuan Pinheiro	80	18/04/2004
Maria do Socorro Araújo Viana	Irapuan Pinheiro	64	18/04/2004
Luiza do Espírito Santo	Senador Pompeu	66	18/06/2004
Maria Valfriza dos Santos	Senador Pompeu	45	18/06/2004
Maria Eunice de Araújo Lopes	Senador Pompeu	79	19/06/2004
Francinete Alves de Oliveira	Senador Pompeu	64	17/09/2004
Cleonice Maria Valter da Silva	Irapuan Pinheiro	65	08/11/2004
Francisca Alves de Freitas e Silva	Irapuan Pinheiro	77	08/11/2004

### Parturientes Entrevistadas

Nome	Município	Idade	Data da Entrevista	N.º Filhos
Luiza Galdino de Oliveira	Senador Pompeu	75 anos	11/06/2005	04
Maria Zulene da S. Anjo	Senador Pompeu	56 anos	11/06/2005	13
Maria Eliza Soares	Senador Pompeu	64 anos	13/06/2005	06
Antonieta Rodrigues do Nascimento	Senador Pompeu	58 anos	14/06/2005	07
Maria Moreira da Silva	Senador Pompeu	85 anos	05/07/2005	02
Maria de Fátima de Andrade . Campos	Senador Pompeu	48 anos	06/07/2005	05
Enedina Alves Machado	Senador Pompeu	66 anos	08/07/2005	18
Antonia Lourdes Moreno de Sousa	Senador Pompeu	71 anos	05/11/2005	09
Lindalva Araújo	Senador Pompeu	58 anos	05/11/2005	12
Maria da Saúde Lima	Senador Pompeu	81 anos	06/11/2005	08
Maria Lucimar do	Senador Pompeu	61 anos	06/11/2005	11

Nascimento Néry				
Francisca Pedroza Lima	Senador Pompeu	68 anos	08/11/2005	12
Bárbara Cisne de Medeiros	Senador Pompeu	73 anos	09/11/2005	02
Maria Geisa da Cruz Magalhães	Senador Pompeu	71 anos	09/11/2005	12

**DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS. (Boletins, Diagnósticos, Cartilhas para Treinamento).**

Araújo, José Galba. Et all. **Manual para Capacitação de Parteiras Tradicionais.** Universidade Federal do Ceará / Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza, 1992.

**A Saúde no Ceará em Grandes Números: Uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo sistema público estadual. 1995-2002.** Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2002.

**SITES**

**[www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br)**

**[www.acidigital.com](http://www.acidigital.com)**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)