

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Instituto de Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em História



Dissertação de Mestrado

Partejar e narrar:

O ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul (1960-1990)

Eduarda Borges da Silva

Pelotas, 2017

Eduarda Borges da Silva

Partejar e narrar:

O ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul (1960-1990)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em História.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lorena Almeida Gill

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas/ Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S586p Silva, Eduarda Borges da

Partejar e narrar: O ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul
(1960-1990) / Eduarda Borges da Silva;
Lorena Almeida Gill, orientadora. – Pelotas, 2017.
175 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em História,
Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Parteiras. 2. Saberes. 3. Transformações. 4. Gênero. 5. Comadrio.
I. Gill, Lorena Almeida, orient. II. Título.

CDD: 331.09

Elaborada por Kênia Moreira Bernini CRB: 10/920

Eduarda Borges da Silva

Partejar e narrar: O ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul (1960-1990)

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestra em História, Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 16 de março de 2017.

Banca examinadora:

Lorena Almeida Gill

Prof.^a Dr.^a na Universidade Federal de Pelotas (Orientadora). Doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Nikelen Acosta Witter

Prof.^a Dr.^a na Universidade Federal de Santa Maria. Doutora em História Social pela Universidade Federal Fluminense.

Renata Menasche

Prof.^a Dr.^a na Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Larissa Patron Chaves

Prof.^a Dr.^a na Universidade Federal de Pelotas. Doutora em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

**Ao meu sobrinho Dudu: Muitas vezes não
pude brincar contigo e aqui está o motivo.**

Agradecimentos

A experiência de dissertar não corresponde somente a um esforço acadêmico, mas a uma estratégia de organizar a vida pessoal para conciliar a jornada exaustiva de leituras, análises de fontes e escrita com a família e as amizades.

Meu agradecimento vai a todos/as que ao reconhecer meu esforço tentaram torná-lo mais leve e feliz:

Às professoras Renata Menasche e Larissa Chaves que durante a banca de qualificação contribuíram para a evolução deste trabalho que hoje apresento. Agradeço-as novamente e a professora Nikelen Witter por aceitarem avaliar a dissertação na banca de defesa. Aos colegas e professores/as do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pelotas, em especial Clarice Speranza e Alexandre Karsburg pelas dicas e provocações teóricas, mas principalmente pela disponibilidade em ajudar.

À minha orientadora Lorena Gill pelos aprendizados ao longo desses seis anos, já que estamos juntas desde que entrei na graduação. Para além das discussões sobre História Oral e História da Saúde, com ela aprendi que a vida universitária é disciplina e produção, mas também é estar apaixonada pelo que se faz. Eu realmente levo a sério esta última parte!

Agradeço aos alunos/as da disciplina de História dos Movimentos Sociais pelos debates que proporcionaram durante meu estágio docente, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa que permitiu a realização desta pesquisa e a todos/as que confiaram a mim o contato das futuras entrevistadas.

Gratidão àqueles que estiveram comigo nesses dois anos: aos amigos de Piratini e aos de Pelotas, à grande e festiva família Borges, às minhas dindas pelos bolos, entre as pausas da escrita e às minhas avós por suas histórias, mas, principalmente, por guardarem as minhas com tanto afeto e pela ajuda em localizar narradoras durante a pesquisa.

Como não agradecer as minhas queridas “Núcletes”, que de colegas de estágio viraram confidentes?! As tardes com vocês no NDH e agora nas redes sociais são demais meninas... em nossa amizade não existe distância. Um agradecimento especial à Biane e à Camila por me receber em suas casas!

Por fim, agradeço a minha mãe, Evanilda, por me ensinar o valor do conhecimento e a importância da docência e ao meu pai, Aristeu, por acreditar que esse esforço é um investimento para a vida. Amo vocês!

Agradecimento às narradoras

Contar histórias pode ser uma forma de passar o tempo, sobretudo na velhice, mas também é uma forma de abrir-se para o outro. E isso requer coragem e confiança, sobretudo quando o tema versa sobre intimidades, tabus, saberes e poderes femininos e gratidão. Mas não só a minha gratidão em poder ouvi-las e construir esta pesquisa, mas a gratidão de comunidades inteiras.

Zé Dantas compôs o causo “Samarica Parteira” que se tornou uma música famosa na voz de Luiz Gonzaga, expressando a gratidão dos nordestinos que ao chegar ao mundo foram acolhidos pelas mãos de uma parteira. Nesse sentido utilizo uma letra de dois compositores gaúchos agradecendo as parteiras deste “pago”, que além de “rondar maternidades” me concederam seu tempo e suas narrativas.

Muito obrigada às parteiras Cecília, Dalva, Erci, Eulália, Hilda, Jaci, Maria Basilícia, Teresa, Vera e Vitalina; ao médico Rômulo e a auxiliar de Enfermagem Sueli.

As parteiras do meu pago

Letra: João Antunes e João Ribeiro

“[...] Nos ranchos e estâncias,
De sina e rumos distantes,
Quarteando o sol escaldante
Ou noites de invernias
Que elas com serventia
Na fé e na simplicidade
Rondavam maternidades
Com partos sem cirurgias.

Água, gamela e tesoura

Para aparar o umbigo,
Corriam-se alguns perigos
Na medicina caseira,
Mas deste jeito a parteira
Era o *'elo que se unia'*
Ao ventre que se rompia
Pra chegada dos herdeiros.

Na vila e no interior,
Essas mulheres de valia
Se traduziam no amor,
Conforto e garantia,
Servindo ao ser humano
Com assistência e afago.
É por isso que hoje trago,
Na forma desta canção,
Meu preito de gratidão
Às parteiras do meu pago. [...]"

Antes de serem as auxiliares reverentes, ansiosas e sempre culpabilizadas dos médicos, as mulheres do povo, pelo contrário, foram suas principais rivais e continuadoras de uma medicina popular, cujas virtudes hoje em dia tende-se a revalorizar. Elas empregam todos os recursos de uma farmacopeia multissecular, conhecem mil maneiras de aliviar os pequenos males cotidianos que tantas vezes desarmam a medicina douta. Olhando-se de perto, esses “remédios populares” certamente revelariam um real saber dos sofrimentos do povo, preocupado em evitar despesas, mas também em conservar sua autonomia corporal e em subtrair-se ao olhar médico, esse olhar que ausculta, mede, classifica, elimina e, para terminar, envia-se para o maldito hospital. (PERROT, 1988, p. 208).

Resumo

SILVA, Eduarda Borges da. **Partejar e narrar**: o ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul (1960-1990). 2017. 174f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

Esta dissertação analisa o ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul entre 1960 a 1990, a partir de três campos de análise: os saberes, as transformações do ofício e as relações de gênero. Utiliza como fonte três manuais: um para supervisão; um para treinamento de parteiras e outro para as gestantes; e doze entrevistas de história oral temática, sendo dez realizadas com parteiras que atenderam a domicílio na cidade e na zona rural e em hospitais, uma entrevista com um médico que também foi coordenador da vigilância sanitária e outra com uma auxiliar de Enfermagem. As metodologias empregadas para a dissertação são, portanto, a História Oral e a análise documental de manuais. O primeiro campo de análise engloba discussões sobre a cura e o cuidado, reflete sobre a condição de narradoras idosas e sobre as formas específicas de rememorar nessa faixa etária. Aborda o caminho metodológico percorrido pela pesquisadora e os saberes específicos do partejar e outros conhecimentos adquiridos, como a benzedura, o uso de ervas e técnicas básicas de atendimento em saúde. Em um segundo momento, se observa as transformações do ofício a partir dos processos higienista, de industrialização do parto e do movimento de humanização do parto. É discutido o movimento higienista e seu interesse em disciplinar o corpo das mães, por ver nelas propagadoras em potencial dessa política sanitária; os conflitos profissionais entre parteiras, enfermeiras e médicos; o uso de tecnologias, ferramentas e atendimento invasivo às parturientes e a institucionalização do parto como um evento que se tornou hegemonicamente hospitalar; ainda, o movimento social de humanização do parto, o instinto materno e o protagonismo no momento de dar à luz. E, finalmente, no terceiro campo de análise são discutidas as relações de gênero na parturição. No princípio deste é mencionada a possibilidade de uma escrita feminista à História e as diversas formas de viver as maternidades, paternidades e feminismos. Em seguida o debate é centrado nos direitos reprodutivos e conseqüentemente, nas violências sofridas durante o processo de parir. A pesquisa é finalizada com formas de reciprocidade desenvolvidas entre as parteiras entrevistadas e suas comunidades, especialmente o conceito de “comadrio”, compreendido como uma relação de gênero tática entre mulheres, parteiras e parturientes.

Palavras-chave: parteiras; saberes; transformações, gênero; comadrio.

Resumen

SILVA, Eduarda Borges da. **"Partejar" y narrar:** el oficio de partera al sur de Rio Grande do Sul (1960-1990). 2017, 174f. Tesis (Maestría en Historia) - Programa de Posgrado en Historia, Instituto de Ciencias Humanas, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

Esta tesis analiza el oficio de partera/comadrona al sur de Rio Grande do Sul entre 1960-1990, a partir de tres campos de análisis: los conocimientos, la transformación del oficio y las relaciones de género. Utiliza como fuente tres manuales: uno para la supervisión; uno para la formación de parteras y otro para las mujeres embarazadas; y doce entrevistas de historia oral, diez con las parteras que asistieron en casa en la ciudad y en el campo y en los hospitales, una entrevista con un médico que también fue coordinador de la vigilancia sanitaria y otra con una auxiliar de Enfermería. Las metodologías utilizadas para la tesis son, por lo tanto, la historia oral y la análisis documental de manuales. El primer campo de análisis incluye discusiones sobre la cura y el cuidado, reflexiona sobre la condición de los narradores de edad avanzada y las formas específicas de recordar de este grupo de edad. Aborda la ruta metodológica adoptada por la investigadora y los conocimientos específicos de la partería y otros conocimientos adquiridos, como benzedura, el uso de hierbas y técnicas básicas de salud. En un segundo momento, se observa los cambios de lo oficio con los procesos higienista, de industrialización del parto y el movimiento de humanización del parto. Se discute el movimiento higienista y su interés en disciplinar el cuerpo de la madre, por ver en ellas propagadoras potenciales de esta política higienista; los conflictos profesionales entre parteras, enfermeras y médicos; el uso de tecnologías, herramientas y el cuidado invasivo de las pacientes y la institucionalización del parto como un evento que se ha convertido hegemónicamente hospitalario; todavía, el movimiento social de humanización del parto, el instinto maternal y el protagonismo en el momento de dar a luz. Y, por último, en el tercer campo del análisis se discuten las relaciones de género en el parto. A principios de este se menciona la posibilidad de una escritura feminista para la Historia y las diferentes formas de vivir la maternidad, la paternidad y los feminismos. A continuación, el debate se centra en los derechos reproductivos y en consecuencia la violencia sufrida durante el proceso de dar a luz. Por fin, las formas de reciprocidad desarrolladas entre las parteras entrevistadas y sus comunidades, en especial el concepto de "comadrio", entendido como una táctica de relaciones de género entre las mujeres, parteras y mujeres embarazadas.

Palabras clave: parteras; conocimientos; transformaciones, género; comadrio.

Lista de figuras

Figura 01: Parteira Erci. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.....	32
Figura 02: Parteira Vitalina. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.....	33
Figura 03: Parteira Maria Basilícia. Imagem reproduzida. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora. (Imagem original: acervo pessoal de Basilícia).....	35
Figura 04: Parteira Cecília. Piratini, 2013. Fotografia de Vinicius Kusma. Acervo do Laboratório de História Oral da UFPel/Exposição Fotográfica “Ofícios em extinção.....	36
Figura 05: Parteira Teresa. Pelotas, 2015. Acervo da pesquisadora.....	37
Figura 06: Placa em homenagem a Rômulo Panatieri, que deu seu nome ao Centro Obstétrico do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Piratini, 2012. Acervo da pesquisadora.....	73
Figura 07 A: Carteira de Trabalho de Erci. Folha inicial. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.....	85
Figura 07 B: Carteira de Trabalho de Erci. Folha que indica a contratação na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.....	85
Figura 07 C: Carteira de Trabalho de Erci. Folha que indica a transferência para o posto de Atendente de Enfermagem. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.....	86
Figura 08: Maria Basilícia dando banho em seu afilhado recém-nascido. Imagem reproduzida. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora. (Imagem original: acervo pessoal de Basilícia).....	138
Figura 09: Maria Basilícia segurando seu “álbum de bebês”. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora.....	139

Figura 10: Lembranças do aniversário de primeiro ano ofertas à Maria Basílicia. Imagem reproduzida. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora. (Imagens originais: acervo pessoal de Basílicia).....141

Figura 11: Rayanne, afilhada de Maria Basílicia. Imagem reproduzida. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora. (Imagem original: acervo pessoal de Basílicia).....147

Figura 12: Presentes ofertados por Teresa à pesquisadora: Um guardanapo com barra de crochê de seu feitio, escrito “Deus é Amor” e uma fotografia 3x4 sua. Pelotas, 2015. Acervo da pesquisadora.....156

Sumário

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1: SABERES DO PARTEJAR NARRADOS NA VELHICE.....	27
1.1 A cura e o cuidado como práticas das mulheres.....	27
1.2 Parteiras narradoras.....	31
1.3 Memórias e velhice.....	41
1.4 Caminhos metodológicos.....	48
1.4.1 História oral temática.....	48
1.4.2 Análise documental de manuais do partejar e parir.....	52
1.5 Saberes específicos do partejar.....	57
1.6 Parteiras que benzem, usam ervas e têm noções de atendimento em saúde.....	62
CAPÍTULO 2: TRANSFORMAÇÕES NO OFÍCIO DE PARTEIRA.....	70
2.1 Medir com dedos ou fita métrica?.....	70
2.1.1 O higienismo e a mãe científica.....	70
2.1.2 A higienização do parto.....	72
2.1.3 Conflitos profissionais e as consequências do sanitarismo às parteiras.....	78
2.2 Parir na era industrial.....	88
2.3 Humanizar o parto ou parir como uma leoa?.....	94
2.3.1 O movimento de humanização do parto.....	94
2.3.2 O protagonismo da mulher.....	97
CAPÍTULO 3: RELAÇÕES DE GÊNERO NA PARTURIÇÃO.....	104
3.1 A maternidade como uma questão de gênero.....	104
3.1.1 Um modo feminista de escrever a História.....	104
3.1.2 Maternidades, paternidades e feminismos.....	109
3.2 Direitos reprodutivos: da pílula à quarentena.....	116
3.3 Reciprocidades comunitárias e de gênero.....	130
3.3.1 Alimentos, umbigos e o álbum da parteira.....	130
3.3.2 O comadrio: reciprocidade de gênero.....	143

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
FONTES ORAIS.....	159
FONTES DOCUMENTAIS.....	160
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161
APÊNDICE.....	173

INTRODUÇÃO

Só as mulheres sabem quanto se morre e nasce no momento do parto. Porque não são dois corpos que se separam: é o dilacerar de um único corpo [...]. Não é a dor física que, naquele momento, mais aflige a mulher. É uma outra dor. É uma parte de si que se desprende, o rasgar de uma estrada [...]. (COUTO, 2012, p. 123)

Anoitece no Barrocão, terceiro distrito de Piratini-RS. É uma noite de lua cheia em agosto de 1961. Dona Cecília dos Santos fecha a porta do galinheiro e traz uma galinha para preparar a canja em sua cozinha. Seu marido, Cândido Domingues, desencilha o cavalo e entra em casa para cevar o chimarrão junto ao fogão a lenha, que aquece as frias noites do pampa gaúcho.

Cecília coloca a panela no fogo e senta para trançar chapéus de palha e matear. Os dois jantam junto aos filhos e se preparam para deitar quando alguém bate na porta. Cândido vai abrir e nervoso entra um vizinho, contando que sua esposa está em trabalho de parto.

Cecília diz a seu esposo:

- Candinho cuida da casa e das crianças, que vou lá “aparar” menino. Não sei quando volto!

Enrola um lenço na cabeça e pega sua maleta, que está sempre arrumada, com os instrumentos para o parto: tesoura, balança, fraldas de pano, barbantes, álcool e algumas mudas de roupas, para os dias que talvez tenha de ficar em sua vizinha aguardando o nascimento.

Monta no cavalo encilhado que o vizinho trouxe e o segue com destino a casa da parturiente, Maria.

Chegando lá Cecília entra no quarto de Maria que está deitada na cama. Ela manda os homens e crianças se retirarem da casa, para que só fiquem as mulheres.

Pede a uma das parentas de Maria que aqueça a água e molhe panos brancos. Passa álcool nas mãos e nos braços até os cotovelos.

“Afumenta” Maria e percebe que o bebê está encaixado. Senta-se ao lado das outras vizinhas que tomam mate doce e comem broas de milho, para conversar e esperar o momento das contrações.

Passam algumas horas e as contrações aumentam. Começa a contá-las e vê que estão ritmadas, faz o “toque” e avisa Maria:

- Já estás com quatro dedos de dilatação, se prepare que é pra qualquer momento.

Passadas duas horas o bebê coroa¹ e Cecília manda Maria alternar entre fazer força para expulsar e respirar profundamente.

Em seguida Cecília acolhe em suas mãos e alcança o bebê a parturiente, ouvindo um suave chorinho.

Confere que o cordão umbilical ainda pulsa, olha o sexo da criança e avisa que é menina. Conta os dedinhos dos pés e das mãos da recém-nascida e conclui que nasceu “perfeitinha”. Passa álcool na tesoura e corta o cordão, amarra o toquinho com um barbante de saco passado no álcool e pede a mãe de Maria que traga o chá de canela para ajudar a “deslívlar” a placenta. Passam alguns minutos e “ploc”, a placenta sai.

Começa a auxiliar na amamentação para que o bebê ache o seio da mãe e manda vir o caldinho de galinha para Maria se recuperar depressa. E avisa para enterrarem a placenta, num buraco fundo e longe de casa, pois se algum bicho comer a placenta a parturiente pode ficar louca.

Diz a Maria que é preciso queimar o pedaço do cordão umbilical e que o bebê não sentirá nada, pois já cortou a circulação com o barbante. Com um ferro quente que estava em brasas cauteriza o local para que não infeccione. Manda Maria se deitar de lado e começa a enrolar fraldas em torno de seu corpo, para fechá-lo. Explica que o corpo se abre para o nascimento e agora é preciso fechar.

Maria emocionada lhe agradece:

¹ O coroamento é quando o feto encontra-se na parte final do canal de parto, quando já é possível ver sua cabeça.

- Dona Cecília não temos como lhe agradecer. Como a senhora sabe somos pobres e ainda não colhemos nosso feijão, estará pronto só para janeiro. Mas já conversei com meu marido e na próxima colheita vamos lhe presentear com sacos de feijão. Seis sacos são suficientes para alimentar seus meninos em um ano? E queremos lhe convidar para madrinha de nossa menina.

Cecília confirma a quantia de feijão e aceita o convite, firmando o compromisso de cuidar da menina, caso adoeça ou seus pais se ausentem. Olha para o horizonte através da janela e percebe que já começa a amanhecer. Foram quase dez horas em trabalho de parto.

Diz para Maria: Vou embora, descanse bastante e cuide da alimentação e do seu “resguardo”. Se precisarem de qualquer coisa mande me buscar. Venho a tardinha para o primeiro banho.

Cecília visita Maria sempre ao entardecer, horário que chega da lavoura, para banhar a criança. No 8º dia o toco do cordão umbilical cai. Mas a parteira durante o banho observa que o bebê está com “sapinho” (candidíase oral) e o benze. Visita Maria mais duas vezes para benzer os três dias necessários para combater o “sapinho”.

Encerrando o ciclo de sua obrigação como parteira, entrega o bebê saudável à mãe, e inicia outro, o de madrinha. Assim, o laço de afeição e cuidado se estende a toda família e é recíproco.

A narrativa exposta é um exercício de ficção ou imaginação controlada. Foi elaborada para a disciplina de Historiografia II do Mestrado em História da Universidade Federal de Pelotas, ministrada pelo professor Alexandre Karsburg. Este professor aconselha que o pesquisador deve “[...] usar a imaginação, desde que controlada, no momento de criar o seu texto. Obviamente que não devemos imaginar o impossível, o inverossímil, antes situar nossos personagens e fatos dentro de um campo de possibilidades [...]” (KARSBURG, 2015, p. 45).

Sandra Jatahy Pesavento (1999) explicou que num intuito de imaginar e representar o passado para o leitor, o historiador pode e deve se valer de recursos da ficção, pois é um intento de aproximação com o passado. Contudo, seu trabalho não é de uma liberdade absoluta para a criação, esta será controlada pelas fontes.

Os vestígios do passado nortearão seus recortes espaciais e temporais e demarcarão um universo de possibilidades de ação e escolhas para os sujeitos apresentados. Na disciplina histórica há uma busca pelo real e pela verossimilhança, porém é impossível se chegar a uma totalidade do ocorrido, havendo apenas fragmentos que permitirão seu estudo.

A partir da proposta em aula construiu-se este texto que objetivou narrar o contexto da parteira Cecília. Estipulou-se o tempo da narrativa dentre o período em que ela atuou como parteira, entre 1936 e 1963. Tendo por fonte sua entrevista de história oral temática foram elencados dados como: seu endereço, seu nome² e do esposo, materiais que utilizava para fazer os atendimentos e procedimentos que contou fazer como ir a cavalo atender os partos, amarrar o corpo da parturiente, banhar o bebê até cair o umbigo, benzer, dentre outros.

A ficção controlada apesar de ter por fonte um documento histórico, a entrevista, é um texto literário. Deste modo, foram utilizados alguns recursos ficcionais para preencher lacunas e tornar a leitura mais agradável, por exemplo: o tempo da narrativa, uma noite fria de lua cheia em agosto de 1961, e o nome da parturiente, Maria, foram inventados. Práticas de outras parteiras entrevistadas foram agregadas à narrativa. Enterrar a placenta foi uma recomendação da parteira Teresa (TERESA, 2015) e dar o chá de canela para ajudar na expulsão da placenta, foi contado pela parteira Dalva (DALVA, 2013), que serão apresentadas no capítulo um.

A narrativa de Cecília foi escolhida para abrir esta dissertação por que é a narradora mais idosa, com 98 anos e dentre todas as entrevistadas foi a que menos respeitou as perguntas do roteiro de questionamentos e narrou livremente, decidindo o que queria contar e o que considerava que a pesquisadora queria ouvir. Narrou com o corpo todo, gesticulava, apontava, demonstrava, citava nomes de pessoas e ordenava a pesquisadora conferir a veracidade de seu relato. Além do seu

² Esta pesquisa utiliza os nomes reais das narradoras. Elas autorizaram o uso e se optou pelo não anonimato por compreender que há uma demanda de visibilidade por parte das parteiras. “[...] mascarar nomes de pessoas ou de determinada comunidade pode trazer a mesma impressão que trazem os rostos borrados ou as tarjas pretas cobrindo os olhos que vemos em filmes e fotos de jovens infratores. Parece designar justamente as pessoas que têm algo para esconder.” (FONSECA, 2008, p. 41). Fonseca (2008) também defendeu que só resguardar o nome não garante o anonimato, pois uma descrição densa permite a identificação. Evidentemente, que deste modo algumas informações não serão expostas em respeito às entrevistadas.

desempenho na entrevista, ela conta causos e sorri com facilidade, do mesmo modo que embravece.

Conseguir entrevistá-la foi uma conquista, pois quando a pesquisadora conheceu Cecília ela se mostrou desconfiada. Perguntou-lhe se era casada, ou tinha filhos. Ao responder-lhe que não, ela disse que partos e parteiras não são assuntos de uma moça. A pesquisadora retornou com sua mãe e conseguiram gravar a entrevista. Na última visita feita, Cecília lhe ofereceu mingau de aveia com banana, que segundo ela é o que a mantém forte. Após este obséquio a pesquisadora concluiu ter conquistado sua afeição.

A pesquisadora não conhecia nenhuma das narradoras, mas a maioria delas é da sua cidade natal, Piratini. Outro fator que serviu para estabelecer “pontes” com elas foi mencionar os nomes de suas avós, que algumas conheciam. As avós da entrevistadora³ contribuíram à pesquisa lembrando de parteiras que pudessem estar vivas.

Em relação a uma das narradoras, sua avó paterna lhe alertou que diziam que ela era bruxa. Tal boato pode ter se dado pelo estigma que as mulheres curadoras/cuidadoras sofrem, que remonta a uma mentalidade dos séculos XV ao XVIII da caça às bruxas (KRAMER e SPRENGER, 1991)⁴. Ou por intolerância religiosa em virtude da religião da narradora. Em outros momentos pessoas desconfiavam qual seria o “real interesse” da pesquisadora em conversar com parteiras? Seria mesmo para uma pesquisa? Enfim, realizar saídas de campo em uma cidade pequena e quando se é nativo do lugar tem conveniências e desvantagens, conforme apontou Alessandro Portelli (1997a). Já em Pelotas os contatos não geraram tantos rumores, mas em contraponto foram mais distantes.

Conforme apontaram Helen Gonçalves e Renata Menasche (2014, p. 452) em uma pesquisa qualitativa é necessário fazer dialogar teoria e metodologia. O pesquisador deve interpretar seus dados. Não lhe cabe somente o papel de transcritor, ou seja, a simples reprodução da fala dos entrevistados não se constitui

³ Pesquisadora, autora e entrevistadora neste contexto se referem à mesma pessoa.

⁴O Martelo das Feiticeiras, *Malleus Maleficarum*, é um manual que tem por objetivo diagnosticar bruxas para que sejam denunciadas, julgadas, condenadas e mortas pelos inquisidores da Igreja Católica, lançado pela primeira vez em 1487. Segundo os autores Heinrich Kramer e James Sprenger (1991, p. 156): “[...] as bruxas parteiras são as que maiores males nos trazem [...]. Pois quando não matam as crianças [...] oferecem-nas aos demônios”.

em pesquisa de nenhuma natureza. As autoras mencionaram que nas pesquisas que se definem indevidamente como qualitativas é comum a negligência dos contextos em que são produzidas as fontes. “[...] focar mais as falas do que os determinantes sociais de sua produção e comportamentos é prática corrente nesse grupo, descaracterizando um estudo ‘qualitativo’”.

Virginia Olesen (2006) afirmou que a pesquisa qualitativa feminista é diversa e emergente. Situou as pesquisas realizadas por mulheres não-brancas, por lésbicas e portadoras de deficiência como as que mais trazem elementos contra hegemônicos, já que há “[...] uma branquidade incessante na pesquisa feminista”. (OLESEN, 2006, p. 222). Contudo, apesar de ser branca e ter entrevistado uma narradora negra que também é deficiente visual, outra de descendência indígena e outra indígena e negra (além das demais brancas) a autora espera não reforçar os estereótipos.

O gênero, a classe, a etnia e as subjetividades da pesquisadora interferem na pesquisa qualitativa (OLESEN, 2006). Assim, é fundamental esclarecer “quem é” (se isto for possível) a pesquisadora: mulher cisgênera; branca; estudante; feminista; filha de professora rural aposentada que também foi agricultora e é dona de casa e de pai agricultor aposentado e trovador repentista. Do mesmo modo que explicitar de que ponto a autora escreve é igualmente importante compreender como se contextualizaram e expressaram as mulheres entrevistadas, sem distorcer seus significados. Talvez a forma mais fácil de evitar distorções é a pesquisadora estudar suas próprias opiniões e práticas, para não deixar que elas se sobreponham às das participantes da pesquisa (OLESEN, 2006).

Apesar de ter crescido no mundo rural, a autora nasceu em 1990 e é mais um exemplo da geração de “ocitocina sintética” e de partos cesáreos, como diria um dos mais influentes escritores e militantes do parto humanizado, Michel Odent (2003). A mãe da autora, já havia tido um parto vaginal, muito sofrido e para este programou uma cesariana eletiva. Contudo, estourou a bolsa amniótica e, estando na zona rural, preparou-se para caso o parto tivesse de ocorrer na estrada. Recolheram as linguiças do varal, entraram no carro, a mãe, o pai, a futura madrinha com uma tesoura, bacia, garrafa com água e panos, rumo ao hospital. Contudo, tal preparo não foi necessário. Essa história é contada pela mãe da pesquisadora, Evanilda, por

sua dinda Rosângela e por uma amiga da família Marisa, em muitos momentos, em alguns com mais detalhes, outros nem tanto, mas quando se reúnem costumeiramente rememoram seu nascimento.

De acordo com Eric Hobsbawm (1998, p. 244): “Todo historiador tem seu próprio tempo de vida, um poleiro particular a partir do qual sondar o mundo”. A partir desta citação, cabe refletir o que a autora enxerga de onde está, ou seja, seu contexto, pois, desde que a objetividade e a neutralidade positivistas foram descreditadas na pesquisa histórica, sabe-se que os motivos da escolha temática do pesquisador partem do seu presente, do seu entorno, das suas aspirações e inspirações.

Em 2012 a autora começou a integrar o projeto de pesquisa “À beira da extinção: memórias de trabalhadores cujos ofícios estão em vias de desaparecer” (GILL, 2012) como bolsista de iniciação científica, vinculado ao Laboratório de História Oral da Universidade Federal de Pelotas (LAHO-UFPel). No mesmo ano, mulheres percorriam as ruas das capitais brasileiras, sobretudo, São Paulo e Rio Janeiro entre junho e agosto de 2012, expondo suas barrigas de grávidas, carregando seus filhos com cartazes escritos “Pari/nasci em casa” e outras alunas e professoras de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP) protestavam pelo não fechamento do curso.

Aline Gonçalves (2014), mestra em comunicação, escreveu sobre a repercussão nas mídias, sobretudo nas redes sociais, deste fenômeno e denominou-o de “A marcha do parto em casa”. Para a autora a motivação desse movimento é que: “Elas queriam mostrar à sociedade a sua indignação diante do que chamam de epidemia de cesarianas” (GONÇALVES, 2014, p. 78).

Além de clamarem pela diminuição das cesarianas desnecessárias, em um país que a via de parto principal tornou-se a cirúrgica e não mais a vaginal, estas mulheres bradavam pelo seu direito reprodutivo (CORRÊA; PETCHESKY, 1996), de parir onde, como e com quem quisessem. Na rede social *Facebook*, por exemplo, existem páginas de enfermeiras obstetras que se denominam “parteiras

contemporâneas”⁵. Elas atendem partos domiciliares e tecem críticas ao sistema hegemônico de parto no Brasil.

Embora tanto o movimento do parto em casa quanto o recente fenômeno de enfermeiras obstetras que se denominam “parteiras contemporâneas” sejam discussões do âmbito da saúde, questões culturais e sociais podem e devem surgir a partir deles. Que sistema é este que torna patológico um evento fisiológico das mulheres? Que mundo é este com tantas tecnologias, mas que não se mostra seguro ou acolhedor o suficiente para o momento de parir? Por que algumas mulheres preferem parir dentro da sua casa, na presença de outras mulheres? Que profissional atende (e quem deixou de atender) os partos no Brasil? Estas são apenas algumas questões inspiradoras que podem suscitar diversas pesquisas.

Carmen Tornquist (2004, p. 65) colocou que “o parto e nascimento são eventos a um só tempo biológico, cultural e individual. [...] o parto é vivenciado como um ritual de passagem, que assinala mudanças tanto corporais, quanto familiares e sociais”. Portanto, refletir sobre a assistência aos partos também é uma possibilidade para os historiadores.

Diante do movimento pró-parto em casa e, integrando o projeto dos ofícios, surgiu esta proposta de pesquisa: analisar os saberes e as transformações do ofício de parteira e as relações de gênero no atendimento à parturição, no sul do Rio Grande do Sul, entre 1960-1990, período em que a maioria das entrevistadas atuou.

O projeto dos ofícios pretende compreender a condição dos trabalhadores da região sul do RS frente à industrialização e preservar seus relatos (GILL, 2012). Dentre os trabalhadores já ouvidos estão alfaiates, sapateiros, consertador de guarda-chuva e brinquedos, lavadeira de roupa, relojoeiros, benzedores/as, guasqueiros, correeiros, ourives, tecelãs manuais, parteiras, entre outros. Estas entrevistas foram realizadas nas cidades de Pelotas, Piratini, Jaguarão, São Lourenço do Sul e Sant’ana do Livramento.

⁵ Sobre parteiras contemporâneas ver: PRIMALUZ. Sobre. In: Primaluz: Parteiras contemporâneas. **Facebook**. Disponível em: https://www.facebook.com/PrimaluzParteirasContemporaneas/info?tab=page_info. Acesso em: 06 ago. 2015. MADRELUZ. Sobre. In: Madreluz: parteiras contemporâneas. **Facebook**. Disponível em: https://www.facebook.com/parteirasmadreluz/info?tab=page_info. Acesso em: 06 ago. 2015.

A autora, no ano de 2011, foi bolsista PROBEC UFPel (Programa de Bolsas de Extensão e Cultura) trabalhando na organização do acervo e nas atividades do Laboratório de História Oral. Foi quando teve seu primeiro contato com a metodologia de História Oral. De 2012 a 2014 foi bolsista FAPERGS (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul), integrando o projeto dos ofícios, como pesquisadora de iniciação científica. E atualmente é bolsista CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) desenvolvendo esta pesquisa.

Trabalhando no projeto dos ofícios teve a oportunidade de entrevistar e conhecer tecelãs, ourives, guasqueiros, correeiros, sapateiros, consertadores de brinquedos e guarda-chuvas, benzedores/as, lavadeiras, relojoeiros, contudo, se dedicou principalmente às trabalhadoras aqui abordadas, parteiras, encontradas nas cidades de Pelotas e Piratini-RS.

Cabe mencionar aqui as duas pesquisas de maior fôlego realizadas a partir dele: o Trabalho de Conclusão de Curso de Marciele Agosta Vasconcellos (2012) na UFPel e a Dissertação de Mestrado de Micaele Irene Scheer (2014) apresentada na Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS). Escreveram sobre os alfaiates na cidade de Pelotas entre 1940 e 1950 e o “Setor Calçadista e as Experiências de seus Trabalhadores na Cidade de Pelotas”, respectivamente. Ambas utilizaram História Oral e processos da Justiça do Trabalho de Pelotas.

O Trabalho de Conclusão de Curso em Bacharelado em História (UFPel) da autora (SILVA, 2014) observou que as parteiras desta região estão e percebem a condição de extinção do seu ofício, visto que estão idosas, não há parteiras em exercício, nem cursos para formação ou capacitação. As parteiras mencionaram a urbanização, a criação de hospitais, o poder médico, a introdução de tecnologias, pressões do COREN – órgão que regulamenta a profissão de parteira, entre outros fatores como responsáveis.

Muitas pesquisadoras das Ciências Humanas abordaram a temática das parteiras no Brasil durante o século XX, sobretudo no que diz respeito aos seus saberes e práticas. Soraya Fleischer (2007a), Noélia Sousa (2007), Iraci Barroso (2001) e Lúcia Mendonça (2004) são apenas algumas daquelas que se pode citar. Mas sobre as parteiras do Rio Grande do Sul, no século XX, somente quatro

historiadoras escreveram: Beatriz Weber (1997), Rejane Jardim (1998), Nadja Brandão (1998) e Sandra Careli (2008). Contudo, nenhuma delas abordou a segunda metade do século XX e a região sul do RS, o que será feito nesta dissertação.

Cabe ressaltar a dificuldade em encontrar fontes sobre a temática, sobretudo, no referido recorte temporal e espacial pretendido. A maioria das parteiras desta região já faleceu, muitas são analfabetas e não deixaram escritos ou leituras suas. Além disso, a profissão é, algumas vezes, associada ao aborto e a práticas consideradas ilegais, fazendo com que familiares não queiram ou tenham medo de ceder seus relatos. E, as maternidades procuradas, não guardaram documentos sobre estas profissões e as que guardam não permitem o acesso aos pesquisadores.

Foram realizadas doze entrevistas de história oral temática, entre os anos de 2012 e 2015. Dentre elas, dez com parteiras de hospital e parteiras a domicílio rurais e urbanas, um médico que também treinou e supervisionou parteiras, na condição de coordenador da vigilância sanitária e uma auxiliar de Enfermagem. Também faz parte do quadro de fontes desta dissertação um manual⁶ de instrução para parteiras de 1973, um guia de supervisão de parteiras, destinados a sanitaristas de 1969 e um livro para gestantes, publicado no Brasil em 1984.

Essa pesquisa tem como objetivos: Através das memórias, narradas na velhice, de parteiras que atuaram na região sul do RS, apresentá-las e descrever quais saberes de ofício desenvolviam; Analisar as transformações do ofício de parteira, definindo e diferenciando os processos de higienização, industrialização e humanização do parto e suas consequências às parteiras do sul do RS; e, a partir de uma discussão de gênero refletir sobre a possibilidade de um modo feminista de escrever a História; discutir sobre os direitos reprodutivos e compreender as trocas de favores, serviços e presentes e o fenômeno do “comadrio” (comadres) entre parteiras e suas parturientes, que se estabelecia a partir da assistência à parturição.

⁶ Manual ou guia são livros que indicam/ensinam como fazer. Nessa pesquisa tanto o guia para supervisão de parteiras quanto o manual de instrução de parteiras são entendidos como manuais do partejar e o livro sobre gravidez e parto, destinado a gestantes é entendido como manual do parir.

No primeiro capítulo, intitulado “Saberes do partejar narrados na velhice” se fará inicialmente uma discussão sobre “A cura e o cuidado como práticas das mulheres” (item 1.1), principiando as discussões sobre História das Mulheres e das Relações de Gênero (debate que será centralizado no capítulo três) e apontando autoras que trabalharam com a temática das parteiras no Rio Grande do Sul. Depois, as “Parteiras narradoras” (1.2) desta pesquisa serão apresentadas. Na sequência, será feita uma explanação conceitual sobre “Memórias e velhice” (1.3), considerando que as narradoras pertencem a esta categoria social. A seguir, serão abordados os “Caminhos metodológicos” (1.4), como foram construídas as fontes da História Oral e no que consistem os manuais do partejar e parir. E finalizando o capítulo, se tratará dos “Saberes específicos do partejar” (1.5) e dos saberes que as parteiras utilizam para além dos partos, intitulado “Parteiras que benzem, usam ervas e têm noções de atendimento em saúde” (1.6).

No segundo capítulo, denominado “Transformações no ofício de parteira” se apresentará inicialmente o subcapítulo “Medir com dedos ou fita métrica?” (item 2.1), o qual tratará sobre o começo do movimento higienista no Brasil e sobre a construção de uma política de higiene destinada primeiro às mães burguesas e depois aos pobres. Na sequência, utilizando os manuais de capacitação e supervisão de parteiras e as entrevistas de história oral abordará especificamente a higienização do parto com as perseguições às parteiras e os conflitos profissionais entre parteiras e médicos, enfermeiras e parteiras e entre parteiras treinadas oficialmente e as parteiras sem treinamento⁷. No tópico “Parir na era industrial” (2.2) a discussão será pautada através das consequências da tecnologia invasiva e da institucionalização do parto como hospitalar às parteiras e as demais mulheres, utilizando como fonte as entrevistas. “Humanizar o parto ou parir como uma leoa?” (2.3) analisará o manual para gestantes e os relatos da história oral, apresentando o movimento de humanização do parto, enquanto movimento social e enquanto política de saúde. Também abordará, nesse contexto, o instinto materno e o protagonismo da mulher ao parir.

⁷ Utiliza-se as terminologias “médicos” e “enfermeiras” no masculino e no feminino, conforme empregadas pelas narradoras, pois os conflitos observados nesta pesquisa se referem a médicos (homens) e a enfermeiras (mulheres), evidenciando as relações de poder entre os sexos e entre as profissões. A única médica citada pelas narradoras foi a que atendeu Erci em seu parto e nenhum enfermeiro é mencionado, embora, se reconheça a existência e o papel das médicas e dos enfermeiros na desconstrução dessa normatividade.

No terceiro capítulo “Relações de Gênero na parturição”, as discussões teóricas sobre gênero serão intensificadas. O subcapítulo “A maternidade como uma questão de gênero” (tópico 3.1) tratará de duas questões: A possibilidade de uma escrita feminista e sobre as diversas formas de maternidades, paternidades e feminismos. Em todo o capítulo três serão analisadas como fontes as entrevistas de história oral e o manual do parir de Kitzinger. O próximo debate apresentado será os “Direitos reprodutivos: da pílula à quarentena” (3.2), refletindo especialmente sobre a pílula anticoncepcional, o aborto, a violência obstétrica e a quarentena (período pós-parto). Por fim, se tratará das “Reciprocidades comunitárias e de gênero” (3.3). No primeiro item deste subcapítulo, se observará como a oferta de alimentos, o cuidado com o coto do cordão umbilical e um álbum com fotos de bebês se constituem em formas/objetos de reciprocidade. Esta é uma troca de favores voluntária, com três etapas: dar, receber e retribuir, mas que ao mesmo tempo é um dever moral de retribuição que indica honra e prestígio. E, ao final, será abordado o “comadrio” (comadres), com o entendimento de que esse fenômeno acontece primeiro entre mulheres, constituindo-se em uma aliança tática para a sobrevivência.

CAPÍTULO 1: SABERES DO PARTEJAR NARRADOS NA VELHICE

1.1 A cura e o cuidado como práticas das mulheres

Por muito tempo as pesquisas sobre história da saúde foram elaboradas majoritariamente por médicos com formação acadêmica. Nessa perspectiva de investigação, aos que praticavam outros tipos de artes de curar cabia-lhes o papel de vilões. As práticas e os saberes de curandeiros, boticários e parteiras ficaram à margem. Mesmo depois do surgimento da História como disciplina acadêmica, no século XIX, persistiu o desprezo pelas práticas populares de saúde. Repetindo os discursos dos médicos doutos, justificavam a procura pelos/as curadores/as na ausência de profissionais diplomados e incansavelmente lhes empregavam o adjetivo de charlatões (WITTER, 2007).

De acordo com Lorena Gill (2004, p. 224) o título de charlatão era utilizado para muitas pessoas que atuavam na área da saúde de modos distintos: “[...] curandeiros, feiticeiros, médiuns, homeopatas e médicos estrangeiros”. Mencionou que neste quadro se inseria ainda o chamado “charlatanismo diplomado”, formado por médicos diplomados que cometiam erros corriqueiros, prometiam tratamentos milagrosos e curas que não podiam cumprir.

Há na historiografia corrente uma rejeição pelo termo “charlatão” e o reconhecimento de que seu uso continha a pretensão em desqualificar os que não dispunham do “*status* sócio-profissional” dos médicos. Nikelen Witter (2005, p. 10) apontou que “[...] boa parte destes curadores não tinha esta atividade como única fonte de renda, enquanto outros nem ao menos a exerciam de forma remunerada”.

As pesquisas que se desenvolveram nas últimas décadas revisitaram a antiga percepção sobre os curandeiros. Rompendo com a ideia de que as práticas de cura estão em “nichos populacionais”, abandonados pelo governo e mais atrasados culturalmente: no campo, na periferia e entre os pobres. (WITTER, 2007).

O interesse pelas práticas de cura populares surgiu primeiro entre os antropólogos e sociólogos (WITTER, 2007). Contudo, entre os historiadores

somente nos anos de 1990 que as diferentes “medicinas”⁸ e seus agentes sociais, curadores e pacientes, passaram a ganhar os tópicos das pesquisas acadêmicas. Neste sentido, enfatiza-se a importância dos trabalhos, no âmbito da história da saúde, das historiadoras Beatriz Weber (1997), Lorena Gill (2004), Gabriela Sampaio (2005) e Nikelen Witter (2007). E na temática das parteiras, quatro historiadoras no Rio Grande do Sul, se dedicaram a estudá-la:

Weber (1997) durante o Doutorado pesquisou sobre medicina, magia, religião e positivismo, entre os anos de 1889 e 1928. No estudo, escreveu um subcapítulo sobre parteiras, defendendo que as práticas de cura alternativas manifestavam-se, com maior intensidade, no atendimento às mulheres e que “ser parteira” significava portar conhecimentos vinculados à magia.

Jardim (1998), em sua dissertação de Mestrado, tratou da presença das mulheres no campo da Medicina. Analisou documentos da Santa Casa de Misericórdia e dos Cursos de Partos e de Medicina de Porto Alegre, entre 1872 e 1940. Observou como os saberes sobre o corpo feminino foram capturados das antigas formas de conhecimento empírico para contribuir à história da Gineco-obstetrícia.

Brandão (1998) pesquisou, durante o Mestrado, o ofício das parteiras no Rio Grande do Sul, entre 1897 e 1967, ou seja, da criação dos Cursos de Partos em Porto Alegre, até quando ela acredita que o ofício começou a declinar, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Entrevistou parteiras de Porto Alegre e de algumas cidades da região metropolitana da capital do Estado e utilizou documentos da Santa Casa da mesma cidade.

Careli (2008) trabalhou, em um artigo, as transformações no ofício de partejar nas décadas iniciais da República no Rio Grande do Sul (1900-1930). Utilizou como fonte, a imprensa e processos-crime referentes a Porto Alegre sobre parteiras, num período em que elas passam a ser consideradas perigosas à saúde pública.

Todavia, a pesquisa proposta difere das já citadas, pois trabalha com parteiras da metade Sul do RS, entre 1960-1990. Além do período não ter sido

⁸ Witter (2007) usou tal expressão no intuito de não limitar o conceito de medicina somente a acadêmica ocidental, englobando diversas medicinas, inclusive as não douts.

pesquisado por nenhuma destas autoras, as fontes também são inovadoras. O corpo documental é composto por manuais para parteiras, para supervisores de parteiras e para gestantes (a partir dos quais não se encontrou nenhum trabalho) e por entrevistas de história oral, construídas para esta pesquisa, com narradoras que não haviam cedido um relato sobre sua trajetória. Ainda, tem como intuito observar os saberes e as transformações do ofício e as relações de gênero que se estabeleciam a partir do atendimento aos partos.

Com a publicação do *Segundo Sexo* e da veiculação da célebre frase: “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1967, p. 9) há um marco antagônico entre o determinismo biológico e a construção histórica e social do gênero, na compreensão das desigualdades e hierarquias de poder entre homens e mulheres.

Foi durante a primeira geração dos *Annales* que surgiu “[...] a possibilidade de que as mulheres fossem incorporadas à historiografia” (GONÇALVES, 2006, p. 53). Embora não tenham dado destaque a elas, ao se voltarem para a história do cotidiano, ampliaram as fontes e observaram pessoas comuns criando condições para “[...] à incorporação da mulher como [..] sujeito histórico” (GONÇALVES, 2006, p. 55).

Rachel Soihet e Joana Pedro (2007, p. 285) salientaram que com as correntes revisionistas marxistas houve uma preocupação pelos excluídos da história: “operários, camponeses, escravos, pessoas comuns.” E, nesse contexto, as mulheres passaram a ser, também, consideradas objeto e sujeito da história.

A identidade comum das mulheres apresentava-se como uma contradição, insuficiente para explicá-las. “Mulheres negras, índias, mestiças, pobres, trabalhadoras, muitas delas feministas”, [ainda se inclui lésbicas, camponesas, mães...] “reivindicavam uma ‘diferença’ – dentro da diferença” (PEDRO, 2005, p. 82).

O conceito de gênero ganhou força a partir dos anos de 1980, sendo compreendido como uma categoria de análise histórica, socialmente construída, que pode revelar diferenças sexuais e papéis sociais, permeados por relações de poder (GONÇALVES, 2006). O “seu uso assinala que, tanto elas [as mulheres] quanto os

homens são produtos do meio social, e, portanto, sua condição é variável” (SOIHET e PEDRO, 2007, p. 288).

Ondina Leal (1992, p. 7) pesquisou na fronteira entre Uruguai e Rio Grande do Sul e afirmou que a cultura gaúcha geralmente é marcada por uma separação rígida dos espaços de gênero. “Tanto a doença quanto a sexualidade pertencem simbolicamente a esfera do feminino e tem em comum a característica de desordem, uma atribuição também percebida inerentemente feminina”.

As parteiras, por muito tempo, não competiram com outras categorias de curadores e seu ofício era uma ocupação proibida aos homens. Witter (2005) elencou fatores para tal contexto:

O trato do corpo feminino era algo revestido de muitos pudores por parte daquela sociedade, mas também de uma boa dose de desconhecimento. A valorização da experiência como fonte de saber, própria das sociedades anteriores ao século XX, acabava por facultar às mulheres, mesmo as de origem mais humilde, uma superioridade no trato das mazelas femininas, que muito dificilmente foi possível aos médicos superar (WITTER, 2005, p. 9).

Referindo-se a escravos e libertos do RS no século XIX, Witter (2006) traçou uma distinção entre curadores e cuidadores, explicando a função dos últimos.

Ao contrário dos que atuavam como curandeiros, os cuidadores não eram especialistas na arte de curar, ocupavam uma posição, por vezes, descrita na documentação como a de enfermeiro, isto é, amparavam os doentes (banhos, comida, etc.), ministravam-lhes remédios receitados por outros e os acompanhavam nos resguardos (WITTER, 2006, p. 19).

Beatriz Loner e Lorena Gill (2010, p. 9) estudando benzedeadas do RS, apontaram que apesar destas também serem curadoras, “[...] raramente discutem seu papel de cuidadoras, pois é como se isto fosse uma marca de distinção”.

O que une as mulheres, no entanto, é a tarefa do cuidado. Sentem-se cuidadoras, como foram suas avós, as suas mães e como pretendem que sejam as suas filhas, ou suas sucessoras, como no caso de dona Nair, que percebe não poder passar sua tarefa dentro da família, tendo que buscar um discípulo fora dela. Isto não quer dizer que não almejem um futuro de realizações profissionais, por exemplo, para os mais próximos, mas que chamam para si a tarefa solidária de zelar pelo outro (LONER; GILL, 2010, p. 8-9).

No patriarcalismo a ética do cuidado é “deturpada em uma ética feminina” devido ao caráter não remunerado e invisível que o cuidado e os cuidadores, geralmente, têm. É “[...] algo que até pode possuir um valor no âmbito de relações familiares e de proximidade, mas não tem qualquer importância do âmbito mais amplo da sociedade [...]”. (KUHNNEN, 2014, p. 7).

Tânia Kuhnem em seu texto “A ética do cuidado como teoria feminista” (2014), citou a filósofa e psicóloga Carol Gilligan, enfatizando que: “Em meio a uma estrutura patriarcal, o cuidado é uma ética feminina. Em meio a uma estrutura democrática, o cuidado é uma ética humana [...]”. (GILLIGAN, 2011, p. 22 *apud* KUHNNEN, 2014, p. 7).

Enfocando o caráter de construção contínua dos gêneros, a naturalização e a essencialização de papéis são relativizados, deixando de ser intrínsecos ao ser. “Todos os indivíduos podem ser educados para o exercício do cuidado durante suas vidas, mas, para isso, é preciso quase que paralelamente a construção de uma sociedade não assentada no paradigma patriarcal”. (KUHNNEN, 2014, p. 8). Nessa perspectiva, se evidencia que as posições, ocupações e desigualdades entre os sujeitos são determinadas e reforçadas pela história e pelas estratégias de poder.

1.2 Parteiras narradoras

As parteiras sem saberes acadêmicos são comumente descritas e/ou se identificam como tradicionais. Para Anthony Giddens (2003, p. 52) “as características definitivas da tradição são o ritual e a repetição”. A prática das parteiras é ritualizada, seja por meio de rezas ou da preparação do local para o parto e repetida, há uma sequência e uma ordem de atividades a serem realizadas, embora elas também enfatizem a individualidade de cada corpo e cada mulher.

Giddens (2003, p. 52) diferenciou a tradição do hábito. A primeira é propriedade de grupos e coletividades, mas o segundo é uma característica do comportamento individual. As tradições transmitem um “tipo de verdade”, fornecem “[...] uma estrutura para a ação que pode permanecer em grande parte não questionadas. As tradições em geral têm guardiães – feiticeiros, sacerdotes, sábios”.

Já Claude Dubar (1997) distinguiu o ofício da profissão, contribuindo, deste modo, para que se defina a atividade das parteiras entrevistadas como um trabalho de ofício. Segundo ele, a profissão demanda um grupo social específico, organizado e reconhecido, que começou a praticar uma técnica, a partir de uma formação longa. Já o ofício pressupõe o domínio de uma especialidade, vivida, mais ou menos, como uma arte e de confirmações objetivas de legitimidade pela sua comunidade.



Figura 01: Parteira Erci. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.

Erci Maria Rosa foi a primeira entrevistada. Nasceu em 1944, em Pelotas, onde ainda mora. Tem o Ensino Fundamental completo. Autodeclarou-se branca. Afirmou ser católica, não praticante. Tem uma filha que criou sozinha. É solteira. Muito simpática recebeu a pesquisadora com alegria e sua disponibilidade em colaborar com a pesquisa foi um fator que motivou esta última a buscar outras narradoras. Dentre todas as entrevistadas foi a única que fez menção ao presente como o seu tempo, apesar de também lembrar com saudade o passado. Contou que faz parte de um grupo de idosos e que adora ir aos bailes para dançar. Atuou por 30 anos na Santa Casa de Pelotas⁹, entre 1962-1992 (ERCI, 2012).

⁹ A Santa Casa de Misericórdia de Pelotas foi fundada em 1848 para ser um hospital aos pobres. No século XX, especializou-se na assistência médica e passou a atender também os que podiam pagar (TOMASCHEWSKI, 2010). Apesar de possuir um Memorial, este se encontra fechado.



Figura 02: Parteira Vitalina. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.

Vitalina dos Santos, apesar de ser do segundo decênio do século XX, durante a entrevista pedia para tirar o “dona” e que a chamasse pelo nome apenas. Nasceu em 1919, no interior de Pelotas, em Cerrito Alegre. Autodeclarou-se negra e quando perguntada sobre sua religião respondeu “Católica Apostólica Romana” e que era “filha de Maria” na Igreja do Porto em Pelotas. Nunca frequentou a escola e aprendeu sozinha a ler e escrever. É viúva e tem três filhos. Contou que começou a trabalhar de babá aos sete anos. Seus pais eram muito pobres e ele foi adotada por outra família, que morava na cidade.

Fez o curso de partos e estagiou na Santa Casa de Pelotas. Depois foi convidada para seguir neste hospital, mas como tinha os filhos pequenos não pode e tornou-se parteira a domicílio na cidade. Ela e sua filha, que também acompanhou a entrevista, não lembraram o ano em que fez o curso, porém acreditam ter sido na década de 1940. O último parto que atendeu foi no nascimento de um neto, que agora tem 41 anos (VITALINA, 2012).

Dona “Vita” ficou cega devido à catarata. Durante a entrevista conversou de mãos dadas com a pesquisadora, pois é a forma que consegue conversar se dirigindo à pessoa. Teve muitos lapsos de memória, mas sua filha respondeu

algumas perguntas. Em alguns momentos ela utilizou a confirmação da filha para reforçar/comprovar algum feito seu.

Dalva Luçardo nasceu em 1939, no interior de Piratini. Contou que não pode estudar porque seus pais adotivos eram muito doentes e ela não podia sair de casa, cuidando-os. É analfabeta. Autodeclarou-se branca e sua religião é Espírita Kardecista. É viúva e tem duas filhas.

Compreendendo sua atuação como de coragem e de ajuda em momentos difíceis, assim narrou o começo da sua atuação: “E ‘parteriar’ eu comecei com dezesseis anos. A mulher adoeceu e as outras mais velhas não se animaram a chegar e eu cheguei. E aí quando se apertavam... Eu nunca fui uma parteira formada, mas em aperto eu peguei uns quantos”. Conhecedora de muitas ervas e simpatias “pegou bebês” por mais de 20 anos no Passo das Carretas, 3º Distrito de Piratini, onde morou (DALVA, 2013).

Eulália Sória nasceu no interior de Canguçu, em 1925. Mora atualmente na cidade de Piratini. Não frequentou a escola, mas disse que consegue assinar o nome. Autodeclarou-se branca. Sua religião é evangélica, participando da Assembleia de Deus. Parteira a domicilio atuou principalmente na zona urbana de Piratini. É viúva e tem oito filhos. Começou com 32 anos auxiliando suas vizinhas e depois devido à responsabilidade que sentia em partejar, fez duas capacitações em Obstetrícia, de cerca de um mês cada uma. Trabalhou um ano no hospital Nossa Senhora da Conceição em Piratini e depois atuou até meados da década de 1990, atendendo partos a domicilio na zona rural, por aproximadamente 40 anos.

Apesar de impor suas capacitações e requerer diferença em relação às parteiras que não estudaram, quando chegou uma visita em sua casa disse: “Essa moça tá me entrevistando! Já pensou? Uma velha que nem eu, que nem falar não sei!” (EULÁLIA, 2013).

Jaci Manetti nasceu em 1935 no interior de Piratini. Frequentou a escola até o segundo ano do Ensino Fundamental. Autodeclarou-se branca e católica. É viúva e tem uma filha. Começou a trabalhar no Hospital Nossa Senhora da Conceição¹⁰,

¹⁰ O Hospital Nossa Senhora da Conceição foi fundado em 1947 como uma sociedade sem fins lucrativos, atualmente atende ao SUS, convênios e particulares. Informação fornecida pelo médico entrevistado Rômulo (2014). A documentação deste hospital não está disponível para pesquisa.

único hospital de Piratini, como copeira e faxineira na década de 1950, logo após sua fundação e chegou a morar neste local. Na época, o único profissional da área da saúde atuando neste hospital era o médico Olivério Grandini¹¹. Assim, foi necessário agregar, além de suas funções mencionadas, também as de enfermeira e parteira, depois esta última tornou-se a sua especificidade. Ela acredita ser a primeira parteira treinada por médico da cidade.

Lembrou que em um mês acompanhou 32 partos. Por doze anos trabalhou “noite e dia”, até que o hospital contratou outras funcionárias, para as quais ela ensinou o trabalho de Enfermagem e parto e teve sua carga horária reduzida. Sua narrativa enfatizou os momentos difíceis e exaustivos de seu trabalho. Aposentou-se há mais de 20 anos. Faleceu em 2015 (JACI, 2013).



Figura 03: Parteira Maria Basílicia. Imagem reproduzida. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora. (Imagem original: acervo pessoal de Basílicia).

Maria Basílicia Soares nasceu no Pedregal, Terceiro Distrito de Piratini, em 1949. Autodeclarou-se branca. Tem o Ensino Fundamental e frequenta a Igreja Assembleia de Deus. É viúva e tem dois filhos. Começou a partejar depois que se mudou para a cidade e fez o treinamento com o médico Rômulo Panatieri e a parteira Jaci Manetti (também entrevistados), em 1982. Contou que no treinamento só se aprendia técnicas da prática, que não havia teoria, nem diploma. Grande

¹¹ Olivério Grandini foi o primeiro clínico geral a atuar no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Piratini. Informação fornecida pela parteira Eulália (2013) e pelo médico Rômulo (2014).

conhecedora do corpo feminino e de técnicas do parto mencionou muitos termos utilizados pela Obstetrícia.

Depois que se aposentou (pelo Funrural¹²), ainda seguiu trabalhando por cerca de doze anos, pois adorava o que fazia. Recordou que: “Quando eu comecei a contar... de 1996 pra cá eu fiz mais de mil partos!” (MARIA BASILÍCIA, 2013).



Figura 04: Parteira Cecília. Piratini, 2013. Fotografia de Vinicius Kusma. Acervo do Laboratório de História Oral da UFPel/Exposição Fotográfica “Ofícios em extinção.”

Cecília dos Santos nasceu no 3º distrito de Piratini em 1918. Começou a atuar aos 18 anos, logo depois de ter tido seu primeiro filho, sem nenhuma ajuda, pariu sozinha. Não frequentou a escola, disse que onde morava não tinham escolas, só na cidade e que seus pais, muito pobres, não puderam levá-la, mas disse que sabe ler. Autodeclarou-se de descendência indígena e da Igreja da Cruzada Universal. É viúva e tem doze filhos, sendo um adotivo.

Depois que se mudou para a cidade na década de 1960, fez seus últimos atendimentos, acompanhando o nascimento dos netos. Em um dos encontros da entrevista, foi procurada por uma mulher que queria uma benzedura ao filho. Mandou que voltasse com a criança em outro momento. Além de benzer, atividade pela qual também não cobra, continua trançando chapéus de palha para complementar seu salário de aposentada rural (CECÍLIA, 2012).

¹² O Funrural ou Contribuição Social Rural é destinado a custear a seguridade do produtor rural (INSS), descontado no momento da sua comercialização.



Figura 05: Parteira Teresa. Pelotas, 2015. Acervo da pesquisadora.

Teresa Machado nasceu em 1930, na cidade de Pelotas. Autodeclarou-se de descendência indígena e negra. É espírita kardecista. Frequentou a escola depois de adulta para se alfabetizar. Separou-se de um companheiro, já falecido, e atualmente tem uma união estável e possui seis filhos. Contou que sempre morou nas redondezas do bairro Areal. Narrou que o primeiro parto que atendeu foi o seu, no qual nasceu o filho Valdeci, quando tinha 18 anos. Logo após o nascimento um vizinho chegou em sua casa e perguntou:

[...] ‘quem é que chamou a parteira pra senhora?’ Eu disse: ‘eu mesma fui a parteira!’ E ele: ‘ai, eu não acredito’. A minha casa encheu de gente durante o dia pra ver a mulher que tinha ela mesma feito o parto dela! Os vizinhos ficaram apavorados! (TERESA, 2015).

Parou de atuar há mais de 20 anos. Dentre todas as entrevistadas Teresa é a que abordou com maior naturalidade os assuntos mais “espinhosos” do tema para uma “moça solteira e sem filhos”. Assuntos como: aborto, anticoncepcionais e relações sexuais. No dia da entrevista esperou a pesquisadora com café e biscoitos deliciosos (TERESA, 2015).

Vera Maria Venske da Silva, nasceu no 2º distrito de Canguçu em 1959. cursou até o 5º ano do Ensino Fundamental. Autodeclarou-se branca e de religião luterana. É casada e tem uma filha. Fez um curso de atendente de Enfermagem e auxiliar de parto na Santa Casa de Pelotas aos 19 anos. Depois disso, seguiu atuando lá até 1989, quando foi para o Hospital de Clínicas da Universidade Católica de Pelotas¹³ e em meados dos anos 1990 se aposentou.

Descreveu alguns conflitos com enfermeiras e com médicos. Apesar de ser a mais jovem entrevistada, sua narrativa também trouxe um tom nostálgico e, como a maioria das aposentadas, referiu-se ao presente como se não fora mais seu tempo. Disse que acredita ter feito mais de 3.500 partos. Vera, possivelmente por sua idade, também abordou com maior naturalidade sobre os temas sexo e aborto (VERA, 2015).

Hilda Macedo nasceu em 1924. Foi para a escola, mas não lembra até que série cursou. Sabe ler e escrever. Autodeclarou-se branca e católica. Nasceu e atuou como parteira na Vila de Santa Isabel, situada entre Pelotas e Arroio Grande. Contou que sua família era de parteiras. “Vó e bisavó parteira, nós somos de família de parteira”. “[...] minhas tias eram parteiras. A mãe tinha medo”. Ela morava com a avó e a acompanhava desde criança quando ela ia atender os partos. Com o passar dos anos substituiu a avó, mas esta passou a acompanhá-la na condição de observadora até falecer. Hilda evitou falar sobre relações sexuais, quando a pesquisadora tocava neste assunto ela sorria e dizia: “As crianças vinham numa caixinha. Não tenho esse conhecimento de homem e mulher. [...] Vinha de fábrica uma caixinha aberta cheia de fetos, quem quisesse escolhia o seu.” (HILDA, 2015).

Mencionou que: “Atendi 78 anos como parteira. [...] Tinha tudo apontado, mas a enchente levou.” Perdeu suas anotações sobre os nascimentos. Não soube indicar quando parou de atender. Hilda mora há oito anos em uma casa de idosos em Pelotas, onde foi entrevistada. Desde então, sabe-se com certeza que ela não atendeu nenhum parto. Está com 93 anos, assim teria começado a atuar aos sete

¹³ Em 1958 foi fundada a Sociedade Hospital de Clínicas de Pelotas Dr. Francisco Simões S/A. Em 1976 passou a se denominar Hospital de Clínicas da Universidade Católica de Pelotas, estando sob controle desta Universidade. Desde 1996 passou a se denominar Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP). Informação obtida a partir da entrevista Vera (2015) e do DIÁRIO DA MANHÃ. **São Francisco de Paula:** Hospital comemora 57 anos de história neste sábado. Pelotas, 26 jun. 2015. s.p.. Disponível em: <http://diariodamanhapelotas.com.br/site/sao-francisco-de-paula-hospital-comemora-57-anos-de-historia-neste-sabado/>. Acesso em: 30 jan. 2016.

anos de idade, ou antes. A referência aos 78 anos de atuação pode indicar duas coisas: ou ela se confundiu indicando um período maior de atuação ou ela considerou-se parteira desde o período que ia, ainda criança, assistir os partos com a avó (HILDA, 2015).

Também foram entrevistados um médico que foi coordenador da vigilância sanitária e supervisionou parteiras e uma auxiliar de Enfermagem que já foi parteira, mas não se identifica com tal. Ambos serão apresentados no capítulo dois, abordando a higienização do parto e as transformações do ofício.

Todas as parteiras entrevistadas são donas de casa. Cuidaram dos filhos, lavaram as roupas, cozinham, limpam a casa e realizaram todas as demais exaustivas atividades do trabalho reprodutivo. Algumas delas, ainda que idosas, executam tais tarefas. As parteiras rurais mencionaram também que além de cuidarem da casa eram agricultoras, sendo algumas ainda benzedeadas¹⁴. Mas explicaram que sua função na lavoura era ajudar o marido. Já a horta era sua responsabilidade.

Do mesmo modo como Renata Menasche (2004) identificou em seu estudo etnográfico sobre gênero e agricultura familiar no RS no ano 2000, a lavoura é apontada pelas narradoras desta pesquisa como um espaço dos homens e a horta das mulheres. Apesar de terem acompanhado seus maridos e filhos ou na infância e adolescência na condição de filhas e irmãs executando as mesmas tarefas na lavoura, afirmaram que apenas ajudaram.

Conforme apontou Maria Paulilo (1987) comumente quando um trabalho é executado por mulheres é considerado “leve”, por mais pesado que seja e independente de um homem realizá-lo da mesma forma. “Regiões distintas, culturas diferentes. Como traço comum, a distinção entre trabalho ‘leve’ e ‘pesado’. O primeiro, atribuição de mulheres e crianças. O segundo, incumbência masculina” (PAULILO, 1987, p. 3).

As parteiras Cecília e Dalva trouxeram fatores que destoam das narrativas das demais parteiras. Cecília contou que seu marido Candinho, como o chama,

¹⁴ A questão das parteiras que benzem será abordada ainda neste capítulo, no item 1.6.1 “A benzedura”.

passava temporadas nas granjas plantando e que ela assumia com os filhos mais velhos a lavoura. Em outros períodos, seu marido trabalhou de peão em uma fazenda e ela e os filhos se mudaram com ele. Além de cuidar de sua nova moradia e de seus filhos, passou a limpar a casa da patroa e ajudar a cuidar da prole dela.

Sozinhos, encerrados dentro de casa [os filhos]. E ele [marido] saía e eu plantava de plantadeira, eu lavrava, eu capinava com os bois, com aquela... capinadeira, eu é que colhia. Quando o Candinho chegava estava tudo dentro do galpão. Nós colhíamos trigo, e também plantava arroz e eu colhia sozinha com os filhos. Ele chegava estava tudo arrumadinho! (CECÍLIA, 2012).

Contou que também tirava leite, serviço que sua patroa também realizava, pois, é considerado “serviço de mulher” (MENASCHE, 1998), e que realizava um “encantamento” para amansar os animais e que, muitas vezes, era chamada para atuar dentro da mangueira, espaço tido como dos homens.

Ué, ela [vaca] me corria e eu fincava um tijolo na cabeça dela e ela disparava. [...] digo: ‘a senhora venha de manhã pra eu ver qual é a vaca que a senhora vai escolher, que eu vou tirar leite’. Todas eram atadas, seis vacas, cinco, só uma eu não atei. O nome dela era Raivosa, ela dizia: ‘arruma a Raivosa’. E o tijolo assim perto e ela olhando pro tijolo e fazendo: ‘Hum hum’. [...] Aí ela foi e disse assim: ‘eu vou levar essa porque essa não precisa laçar nem manear’. ‘Tá, leva, mas eu quero acreditar a senhora tirar leite’. No outro dia botou na mangueira a vaca correu eles tudo. ‘Mas como é que a vaca não lhe corre?’ ‘Ué foi a senhora que escolheu! Eu não tenho medo dela, eu não botei o nome dela de Raivosa?! [...] Eu ia com Deus e Jesus pra dentro da mangueira e os animais tudo me obedeciam (CECÍLIA, 2012).

Entretanto, quando era chamada pra partejar, quem assumia a casa e o cuidado com os filhos era Candinho, seu marido, pois ela não sabia quantos dias ia ficar na casa da parturiente aguardando o nascimento. E quando seu marido estava na granja os filhos ficavam sozinhos, os mais velhos eram responsáveis pelos mais novos.

Dalva mencionou que além de parteira e dona de casa, trabalhava na lavoura, de empregada doméstica e ia “camperear¹⁵”. Esta última atividade é tida como “serviço de homem”.

Eu já trabalhava na lavoura quando casei. Depois que eu perdi meus pais de criação eu vim pra casa de um tio, aí lá eu trabalhava na lavoura,

¹⁵ Reunir o rebanho de gado e/ou ovelhas montada a cavalo no intuito de vistoriá-los.

trabalhava de doméstica dentro de casa, era todo serviço, até camperear, tudo eu era acostumada desde pequena (DALVA, 2013).

Constatou-se, portanto, que as parteiras urbanas não eram só parteiras, mas também donas de casa. Exerciam uma dupla jornada (DEL PRIORE, 2008). Já as parteiras rurais eram donas de casa e agricultoras, mas estavam sempre à espera de um chamado para ir atender um parto.

Desde os primórdios, a luta pela própria sobrevivência ou a dos seus foi a marca de nossas ancestrais. A dupla jornada de trabalho existiu para maior parte delas. O trabalho no campo ou na cidade, em casa ou nas ruas, era acrescido de muitas outras tarefas, fundamentais para a estabilidade da família. Depois de um dia extenuante de trabalho fora, havia ainda o que fazer (DEL PRIORE, 2008, p. 96).

Havia algumas exceções como Eulália, que levou muitas parturientes para serem atendidas em sua casa. Assim, ela mantinha a dupla jornada, atendia a parturiente sem “descuidar” de sua casa e família (EULÁLIA, 2013).

Todavia, o parto era seu ofício, sua atividade mais importante. Para executá-la, acabava deixando as demais atividades, inclusive seu lar. Como mencionado na introdução desta pesquisa, Cecília não sabia o dia que voltaria da casa da parturiente, pois, tudo dependeria do andamento do trabalho de parto e enquanto ela exercia seu ofício, a casa e os filhos ficariam aos cuidados do marido (CECÍLIA, 2012).

1.3 Memórias e velhice

A memória é uma reconstrução continuamente atualizada do passado no presente da evocação, com aspirações para o futuro. Desse modo, há uma relação tridirecional da memória com o tempo: passado, presente e futuro (CANDAU, 2011).

Joël Candau (2011) estabeleceu distinções fulcrais entre a história e a memória:

Se a história objetiva esclarecer da melhor forma possível aspectos do passado, a memória busca mais instaurá-lo, uma restituição imanente ao

ato de memorização. A história busca revelar as formas do passado, enquanto a memória as modela, um pouco como faz a tradição. A primeira tem uma preocupação de ordenar, a segunda é atravessada pela desordem da paixão, das emoções, dos afetos. A história pode vir a legitimar, mas a memória é fundadora. Ali onde a história se esforça em colocar o passado a distância, a memória busca fundir-se nele. (CANDAU, 2011, p. 131-132).

Apesar dessa “desordem”, quando o indivíduo rememora faz escolhas memoriais de alguns aspectos do seu passado que deseja lembrar e outros esquecer. Rememorar é, portanto, uma ação estratégica. Desse modo, ao mesmo tempo em que, a memória pode restituir a identidade de um sujeito “[...] pode, ao contrário, ameaçar, perturbar e mesmo arruinar o sentimento de identidade” (CANDAU, 2011, p. 18).

Assim, de maneira estratégica, os temas tabus podem significar os “silenciamentos” durante a entrevista. Entretanto, a memória também pode passar por processos patológicos, mais recorrentes na velhice (BOSI, 1994; BARROS, 2006).

Mas nem só de lembranças e esquecimentos se compõe uma narrativa. Quem narra pode projetar uma imagem do que gostaria de ter sido ou feito. Ou seja, fazer conscientemente outra representação/reapresentação da sua trajetória de vida. Esta representação denomina-se metamemória (CANDAU, 2011).

É importante diferenciar a evocação, a manifestação das lembranças oralmente ou escritas e as lembranças propriamente ditas. Estas últimas “[...] são conservadas (e cujo conteúdo resta incerto, inclusive para os primeiros interessados) e são apenas a expressão parcial entre outras tantas possíveis”. Assim a evocação “[...] não é a totalidade da lembrança” (CANDAU, 2011, p. 33).

A memória, além de relato da ação, constitui-se em resíduo da ação. Mesmo nos casos em que o informante não viveu o acontecimento relatado, há uma concretude no encontro entrevistador-entrevistado e o resíduo ou vestígio desse momento estará na fonte material do áudio e/ou da transcrição (ALBERTI, 2004).

Como apontou Alessandro Portelli (1997b, p. 16) a memória é social, pois é “moldada de diversas formas pelo meio social”, mas as lembranças são individuais. Embora as experiências daquele indivíduo que narra possam ser coletivas como

defendeu Maurice Halbwachs (1990), o ato de lembrar é profundamente pessoal, pois o processo de evocação em cada cérebro é único. Além disso, dois narradores não produzem a mesma interpretação de um dado acontecimento (CANDAU, 2011; PORTELLI, 1997b).

Contar uma história sobre sua vida e sobre o passado é um ato de criação. Segundo as palavras de Candau (2011, p. 71): “É o distanciamento do passado que o permite reconstruir para fazer uma mistura complexa de história e ficção, de verdade factual e verdade estética. Essa reconstrução tende à elucidação e à apresentação de si”.

Pode-se presumir que a verdade factual seria aquela que a consciência de quem narra julga como mais verossímil, a lembrança mais próxima do que se tem como ocorrido. Já a verdade estética, é a melhor apresentação ou ação que se poderia esperar do indivíduo no momento, o que ele não fez, mas gostaria de ter feito.

Candau (2011) alertou ainda, que é errôneo estabelecer critérios avaliativos à narrativa como falsa ou verdadeira. A manifestação da memória é um misto da memória restituída, daquilo que de fato ele se lembra (isso não significa que seja verdadeira, mas é a lembrança que sua consciência aponta como verídica), a realidade factual, quando o narrador tem dimensões sociais e históricas do ocorrido e o que ele oculta.

O que se oculta nem sempre é uma estratégia consciente do narrador ao pensar na sua projeção identitária. “Essa experiência pode estar carregada de impressões insuportáveis, quer dizer, lembranças que não se ousa confessar aos outros e, sobretudo, a si próprio, pois elas colocariam em risco a imagem que se faz de si mesmo”. (CANDAU, 2011, p. 64). Pode ser um recurso da memória quando traumatizada, que impossibilita o acesso a memórias dolorosas. Dessa forma, há sempre uma triagem entre as lembranças aceitáveis e aquelas insuportáveis.

A memória, sempre que evocada, é organizada de acordo com o presente. Todos os narradores, na visão de Candau (2011), tem uma pretensão elucidativa, querem ser entendidos. Contudo, algumas pessoas tem um potencial maior para narrar e envolver os ouvintes que outras (BENJAMIN, 1987). Mas para a

organização da memória, ainda mais ao ponto de vista de uma pesquisa histórica, torna-se fundamental utilizar demarcadores temporais, que podem ser facilmente estabelecidos a partir de acontecimentos (CANDAUI, 2011), os quais podem derivar da historiografia ou da vida do narrador, por exemplo, antes ou depois da ditadura militar brasileira ou ano do casamento.

Dona Cecília (2012), evidenciando sua finitude, disse que não lhe resta mais nada na vida a não ser histórias a contar. Desse modo, pode-se pensar que ela encontrou no rememorar uma nova função.

Há um momento em que o homem maduro deixa de ser um membro ativo da sociedade, deixa de ser um propulsor da vida presente do seu grupo: neste momento de velhice resta-lhe, no entanto, uma função própria: a de lembrar. [...] Haveria, portanto, para o velho uma espécie singular de obrigação social, que não pesa sobre os homens de outras idades: a obrigação de lembrar, e lembrar bem (BOSI, 1994, p. 63).

A velhice é uma categoria socialmente produzida. A compartimentação da idade não é algo dado pela natureza, são as sociedades que definem quem é jovem ou velho. E, geralmente, são os jovens e adultos que estabelecem as definições, variando de acordo com sua cultura. Na pesquisa acadêmica, segundo Guita Debert (1994, p. 14), tal definição pode ser pautada pela “impressão que o pesquisador tem sobre a aparência do pesquisado”, pode ser “a autodefinição do informante, e na maioria das vezes, uma determinação aproximada da sua idade cronológica”.

A idade cronológica, baseada na datação anual é a definição mais corrente na sociedade ocidental. Embora também exista a percepção de idade geracional e níveis de maturidade. A idade cronológica é “[...] um mecanismo básico de atribuição de status (maioridade legal), de definição de papéis ocupacionais (entrada no mercado de trabalho), de formulação de demandas sociais (direito à aposentadoria), etc.” (DEBERT, 1994, p. 15).

Já nas sociedades não ocidentais mais do que a idade cronológica ou a ideia de geração, como a geração que viveu a ditadura militar ou a Segunda Guerra Mundial, se leva em conta os estágios de maturidade, os quais são estabelecidos a partir do “[...] reconhecimento da capacidade para a realização de certas tarefas [...] como caçar, casar e participar do conselho dos mais velhos” (DEBERT, 1994, p. 15).

Contemporaneamente, nas sociedades ocidentais, a velhice é considerada um problema social. Debert (1994, p. 24) mencionou que no surgimento da gerontologia a maioria dos discursos voltava-se para o campo médico, sobretudo ao entendimento do desgaste fisiológico. Contudo, depois “[...] com as políticas de aposentadoria, [...] trata-se de analisar o custo financeiro do envelhecimento, estabelecendo a relação entre a população ativa e aquela que está fora do mercado de trabalho”.

Nenhuma das entrevistadas atua mais. Todas conseguiram se aposentar. Segundo as narradoras, das que atuaram nos hospitais consta em suas carteiras de trabalho “atendente de Enfermagem”; “agricultora” no caso das parteiras rurais e as que atendiam a domicílio na cidade foram aposentadas como “trabalhadora autônoma”. Contudo, não conseguiram mencionar de forma oficial sua atuação real, parteira. Myriam Barros (2006) trouxe à tona também a questão da estigmatização do aposentado como improdutivo.

A imagem estigmatizada tem relações, em nossa sociedade, com o trabalho, ou melhor, com a incapacidade para o trabalho. [...] Apesar da aposentadoria ser um direito reconhecido e muitas vezes desejado, o indivíduo aposentado é visto como um improdutivo, como aquele que não tem mais serventia para o trabalho (BARROS, 2006, p. 121).

A pesquisa aqui desenvolvida se propõe a compreender o período de atuação como parteira, das narradoras. Todavia, as entrevistas foram realizadas e ressignificadas pelo presente da pesquisa (2012-2015), quando todas elas estão aposentadas. A maioria rememorou o passado de trabalho com nostalgia e como um tempo difícil, contudo, o que mais salientaram foi a construção da sua experiência enquanto trabalhadoras que se solidificou com a velhice.

Hilda mencionou: “Um médico esteve lá e me deu uma experienciuzinha, mas ele era muito mais novo que eu. Agora estou velhinha”. Sua fala pauta uma relação direta entre experiência e idade. O mais novo só tem uma “experienciuzinha”. Mas indica também a ideia de incapacidade e finitude, pois “velhinha” foi dita em oposição à época em que atuava. A ideia de finitude é reforçada quando diz: “Agora eu estou doente e não tenho esperança de ficar boa” (HILDA, 2015).

Cecília abordou a sensibilidade com as pessoas que envelhecem e adoecem ou sofrem maus tratos. Com enorme vitalidade, refere-se aos outros como velhos e não se percebe como tal, ainda que, como citado anteriormente, evidencie sua finitude. A afirmação de Mia Couto (2012, p. 123) em um de seus romances pode servir para pensar o motivo da recusa de Cecília em sentir-se velha: “Ser velho é esperar doenças.”

[...] nunca deixei de atender uma pessoa doente. Eu tenho horror de ver gente doente! Assim, é ver uma velhinha caminhando de bastão aí na rua, aquilo me dói. [...] Me dói, aquilo parece que é eu que estou caminhando de bastãozinho. E tem gente má pras pessoas velhas. Tem se visto, eu escuto no rádio. Eu tenho pavor de ver uma pessoa velha passando trabalho! (CECÍLIA, 2012).

Dalva contou de um conflito que teve com a mãe de uma parturiente que também era parteira. Esta era mais velha que ela e caçoou de sua “pouca experiência” ou juventude, que neste caso seriam pensadas como sinônimas. “E aí ela foi e me disse: ‘Essa criança vai nascer em fevereiro’. E eu olhei pra mulher e disse: ‘Dou quatro dias pra essa criança nascer e nada mais’. ‘É agora as parteiras novas tão muito entendidas’”. Esta passagem reforça a relação entre “mais idade” e experiência (DALVA, 2013).

De acordo com Barros (2006), a experiência é percebida pelos mais velhos como um dos únicos ganhos com o passar do tempo.

A experiência de vida, valorizada pelos mais velhos como um dos poucos ganhos da velhice, é o fundamento da narrativa da memória e, do ponto de vista de quem lembra, a experiência é uma interpretação de seu passado. [...] Quem transmite suas lembranças é, na verdade, um mediador entre gerações. É alguém que se percebe como conhecedor das transformações porque as viveu e seus depoimentos são uma apreensão das mudanças sociais, como as que estão aparentes nas marcas da cidade, nas relações de trabalho, na família e nas relações de gênero (BARROS, 2006, p.113).

Medir sua velhice pela idade dos seus “filhos de parto” (bebês que atenderam) é algo frequente entre as narradoras. Conforme Eulália: “Eu tenho filhos de parto velhos, homens velhos aqui em Piratini” (EULÁLIA, 2013).

Vera (2015) contou de quando foi parir e o médico, mais novo que ela, discordou que ela pudesse estar entrando em trabalho de parto, mas depois teve de

reconhecer que era chegada a hora. “Aí ele disse: ‘ai, eu tenho horror dessas parteiras velhas que querem saber mais que o médico’. Eu digo: ‘tem muito médico que aprendeu com nós!’”¹⁶

É perceptível na fala de Vera não só a questão da experiência, mas também a exigência de reconhecimento quanto à sua autoridade. Autoridade de gestante e de mulher que vivenciou em seu corpo a condição da gravidez e do parto e de quem já ensinou outros médicos, sendo mais do que uma mestra de ofício, uma vez que ensina alguém que depois estará na escala social acima daquela de seu ofício. E, uma autoridade do seu relato, que a narradora colocou no momento da rememoração, apontando o quão valoroso era o que contava, pois foi autorizada, inclusive por médicos.

Ainda que Vera seja a narradora mais nova entrevistada e não tenha nenhum neto biológico, referiu-se aos netos de parto, filhos dos “bebês” que ela ajudou a nascer, e evidenciou seu envelhecimento. “Eu digo quantos filhos, até netos [de parto] eu já tenho. Isso não tem preço, não tem palavra. Eu envelheci é claro, mas a paciente guarda o teu rosto. [...] Isso aí é uma emoção muito grande” (VERA, 2015).

A entrevista de Hilda foi marcada pela saudade não só do trabalho, mas da família, amigos e da Vila de Santa Isabel. Durante os encontros da pesquisa ela chorava a maior parte do tempo. Disse que é muito “lacrimosa” e uma das cuidadoras da casa de idosos em que mora, reforçou que ela chora bastante ao longo do dia e quase todos os dias.

Quando a pesquisadora se despediu, Hilda pediu que retornasse a visitá-la, o que é costume, todas as narradoras, com exceção de Jaci, a convidaram para visitá-las novamente e em virtude da própria metodologia é um costume visitar as narradoras em torno de três a quatro vezes. Mas o pedido de Hilda era um apelo. Falou que se sentia muito sozinha e queria muito uma amiga pra conversar. A pesquisadora lhe fez mais algumas visitas, além daquelas sobre a pesquisa, e como era sempre muito sofrido vê-la, lhe disse que suas aulas estavam acabando, e que iria poucas vezes a Pelotas a partir de então, pois estava morando em outra cidade (o que é um fato). Teve necessidade de se colocar como pesquisadora, apenas.

¹⁶ A íntegra do diálogo de Vera com o médico é apresentada nas páginas 78 e 79 sobre os conflitos profissionais.

Hilda a agradeceu, disse que entendia e que tinha se lembrado de uma outra história de um parto – recurso que ela utilizou algumas vezes quando era demarcado o fim da conversa, pois a coordenadora da casa havia liberado uma hora a cada visita.

De acordo com Candau (2011, p. 73) narrar sobre suas memórias é um modo das pessoas tentarem evitar seu declínio. “É por isso que muitas vezes as pessoas, ao envelhecer, tornam-se muito falantes ou então definitivamente silenciosas, após terem aceitado o inevitável”.

Hilda contou a tal história e quando se despediu novamente ela tornou a perguntar quando voltaria. A pesquisadora compreendeu naquele momento que de nada adiantaria repetir e lhe disse que não sabia.

A entrevista de Hilda fez com que a pesquisadora conhecesse pela primeira vez um lar de idosos. Esta sempre teve muito contato com idosos, na sua adolescência morou com os avós paternos, depois só com a avó em um período difícil em que o avô faleceu. Mas, a experiência com as narradoras é outra. Embora exista um nível de afeto com as entrevistadas, pois, são pessoas queridas, acolhedoras que colaboram com boa vontade e entusiasmo na pesquisa, há um distanciamento maior, o qual permitiu que dedicasse esta parte da dissertação a refletir sobre os idosos e as questões da finitude e da experiência.

1.4 Caminhos metodológicos

1.4.1 História oral temática

A História Oral é a base metodológica deste trabalho. Verena Alberti (2008) defendeu que a riqueza dela está em poder observar como pessoas elaboram suas experiências, quais suas possibilidades, ações e estratégias. Essa história da experiência construída pela história oral pode contrapor ou alterar a significação da história oficial, trazendo à tona a multiplicidade de “histórias dentro da história”.

Na visão de José Carlos Meihy e Fabíola Holanda a história oral é “[...] sempre uma história do tempo presente” (MEIHY; HOLANDA, 2007, p. 17), embora possa ser utilizada para o estudo de períodos e acontecimentos passados.

De acordo com François Dosse (2012, p. 15) na História do Tempo Presente o historiador é participe da história que investiga e escreve. Além disso, “é uma história ‘sob vigilância’, a de testemunhas que podem contestar os registros históricos nos quais não se reconhecem, o que torna ainda mais necessária uma estrita articulação entre História e memória.”

Há pelo menos três tipos de História Oral: a de Vida, a Temática e a Tradição Oral (MEIHY; HOLANDA, 2007). Aqui se explicará a História Oral Temática, modalidade utilizada. Nela, o diálogo gira em torno do tema da pesquisa. As perguntas não principiam desde a infância do narrador, como na História Oral de Vida, a menos que essa seja a temática. O roteiro básico tem um papel fundamental e deve ser bem planejado para abordar com amplitude e profundidade o objeto-problema. Na análise desta modalidade, há um apreço pelo confronto de versões, já que se necessita de, pelo menos, alguns entrevistados para abarcar o assunto.

Também há possibilidade de se fazer História Oral Pura ou Híbrida (MEIHY; HOLANDA, 2007). Na Pura a contraposição de fontes se dá entre as entrevistas do próprio projeto com a bibliografia já produzida sobre o tema e estudada pelo autor. Enquanto que na História Oral Híbrida também há o cruzamento – além das entrevistas e da bibliografia – com outras fontes, como é o caso dessa pesquisa.

Para Alberti (1998) dois paradigmas da modernidade indicam que a história oral está muito mais próxima de uma construção totalizadora do que da fragmentação, tão em voga. Um é a ideia do indivíduo como valor. A entrevista de história oral é um trabalho de tentar ordenar, dar sentido e criar coerência, totalizando o que antes eram fragmentos. Já o segundo paradigma é a hermenêutica, que mais do que significar interpretação, neste contexto, seria compreensão, colocar-se no lugar do outro. O próprio trabalho com esta metodologia pode ser pensado como uma “experiência hermenêutica”.

Pierre Bourdieu (2006, p. 185) alertou para o perigo da ilusão retórica ao tratar uma vida como um “[...] relato coerente de uma sequência de acontecimentos

com significado e direção”. A vida do narrador não é coerente, mas há uma pretensão totalizadora tanto de quem narra quanto do pesquisador ao construir seu discurso final.

Contudo, a História Oral não é mais ou menos falha que os outros tipos de produções historiográficas, pois, a história como um todo “[...] opera por descontinuidades: selecionamos acontecimentos, conjunturas e modos de viver, para conhecer e explicar o que se passou” (ALBERTI, 2004, p 13-14).

Ecléa Bosi (1994, p. 1) afirmou que a veracidade dos relatos de seus narradores não a preocupou, pois [...] “com certeza seus erros e lapsos são menos graves em suas consequências que as omissões da História oficial. Nosso interesse está no que foi lembrado, no que foi escolhido para perpetuar-se [...]”.

Com relação às etapas de desenvolvimento da História Oral, neste projeto primeiro foi fundamental compreender o universo das parteiras, a partir da bibliografia existente. Depois, os roteiros de questionamentos foram elaborados a partir do projeto dos ofícios em extinção (GILL, 2012). Contudo, ainda foi necessário a partir de um roteiro básico (Anexo 1), adaptá-lo para as parteiras a domicílio rurais, para as que atuaram a domicílio na cidade e para as parteiras de hospitais, que foram novamente adaptados de acordo com as especificidades de cada narradora, após o primeiro contato. Com a auxiliar de Enfermagem e o médico foram elaboradas questões a partir do primeiro encontro.

Neste primeiro encontro foram explicitadas as motivações para a realização da pesquisa e marcada a entrevista. Na próxima visita a mesma foi realizada, a partir de dois gravadores de voz e de um caderno de campo, no qual foram anotadas algumas observações, sobretudo de fatos que o gravador não podia captar e de falas anteriores e posteriores ao uso do gravador. Algumas entrevistadas sentiram-se à vontade e permitiram ser fotografadas¹⁷.

Depois, se retornou à casa da colaboradora levando a entrevista transcrita. Algumas narradoras pediram que deixasse o texto e retornasse outro dia para que os filhos lessem o material, outras pediram a entrevistadora para que lesse em voz alta e ouviram (sobretudo, as analfabetas que ao final da leitura imprimiram sua

¹⁷ As fotografias serão expostas ao longo da dissertação.

digital) e outras leram e assinaram no mesmo dia a carta de cessão de direitos de uso, na qual constou que sua narrativa seria utilizada para fins acadêmicos. Em algumas entrevistas, para dinamizar o processo, foi pedida autorização da narradora já na gravação em áudio. As entrevistas foram duplicadas, tanto o áudio quanto a transcrição, e guardadas em suportes diferentes. Nesta pesquisa, o único narrador que pediu para que não utilizasse uma parte de sua entrevista foi o médico. As demais mantiveram seu relato.

A análise das entrevistas foi feita destacando-se temas gerais e observando como cada depoente os entende. Assim, estes foram agrupados, mas sem deixar de observar o relato de cada entrevista como uma unidade de significado. Para Yara Khoury (2004), as narrativas são práticas sociais, expressões da experiência vivida, atos interpretativos e processos de atribuição de significados. Cabe ao historiador apreender os sentidos dos fatos narrados. “[...] nosso compromisso social supõe respeitar e incorporar, efetivamente, o ponto de vista do Outro; exercer o que chamamos de direito de autoria de ambas as partes em interlocução” (KHOURY, 2004, p. 124).

Todavia, o documento produzido pode não agradar aquele que narrou porque “[...] nem sempre as encaramos como gostariam de ver-se ou de se verem representadas”, mas que não há o que fazer. O pesquisador precisa interpretar o documento e, deste modo, toda representação “sempre constitui uma intervenção” (PORTELLI, 1997b, p. 31).

Por um lado, os historiadores orais podem achar que não tem o direito de usar as memórias das pessoas para fazer histórias que contestem ou critiquem seus narradores, e que isso constitui um abuso de confiança. Por outro lado, os historiadores orais podem achar que tem outro dever para com a sociedade e a história, a responsabilidade de contestar mitos históricos que privilegiam certas pessoas em detrimento de outras. Talvez todos os pesquisadores convivam com este dilema, mas para os historiadores orais ele está mais presente, porque mantemos relações pessoais com nossas fontes (THOMSON; FRISCH; HAMILTON, 2006, p. 71).

Quanto ao retorno social, última etapa do trabalho em história oral, esquecido por muitos, mas nem por isso, menos importante, há vários dissensos sobre como ele pode ser praticado. Alguns historiadores acreditam que a guarda e divulgação das narrativas e restituição do material ao entrevistado seja uma forma de retorno.

Já Portelli (1997b, p. 30) defendeu que “[...] aquilo que restituímos é uma oportunidade para as pessoas [...] organizarem seus conhecimentos com maior clareza: um desafio para aumentarem sua consciência”.

Em 2013 foi lançada a “Exposição Fotográfica Ofícios em Extinção” com fotos dos narradores que participaram do projeto, produzidas pelo fotógrafo pelotense Vinícius Kusma e pelo LAHO e NDH da UFPel. Tiveram dois lançamentos, um em Piratini no Museu Farroupilha e outro em Pelotas no Núcleo de Documentação Histórica. É uma exposição itinerante, para divulgar o projeto e possibilitar o acesso dos narradores às suas fotos, que já percorreu vários pontos de Pelotas. Apesar desta tentativa de visibilidade aos narradores não somente no âmbito acadêmico, mas em suas comunidades, nem todos puderam ir até a exposição.

Pensa-se, portanto, que o retorno social está para além da organização, disponibilização e divulgação das entrevistas, embora sejam etapas importantes da pesquisa. Situa-se, sobretudo, no cumprimento da parte do pesquisador em fazer o que prometeu, mantendo a relação de confiança estabelecida pela outra parte – o narrador – quando contou suas histórias. E talvez o maior retorno tenha se dado no momento da entrevista, quando cada narradora se sentiu reconhecida por uma “equipe da universidade” – como se referiu dona Cecília – ter se interessado pela sua vida, seu trabalho e, sobretudo, lhe ouvido.

1.4.2 Análise documental de manuais do partejar e parir

Nesta pesquisa, além das fontes orais são utilizados um guia que indica como supervisionar parteiras, destinados aos médicos e obstetras que estavam atuando como vigilantes sanitários, um manual de capacitação para parteiras e um livro para gestantes. Todos podem ser entendidos, a partir da classificação de Maria Fonseca (2002), como documentos de caráter didático-pedagógico.

O/a historiador/a que trabalha com fontes da saúde encontrará tipos diversificados. Segundo Fonseca (2002, p. 278-285) são: “documentos administrativos e legislativos” (atas, relatórios, ofícios, decretos, etc.); “documentos de caráter didático-pedagógico” (programas dos cursos, guias de estudantes, lições,

manuais médicos e de medicina popular); “documentos de caráter acadêmico e cultural” (memórias, correspondências, conferências); “documentos de viajantes, religiosos, naturalistas, cronistas”; “documentos de caráter geográfico e corográfico” (descrições sobre epidemias, endemias, vegetais, localização de hospitais); “documentos de sistematização” (catálogos e índices); “documentos de divulgação” (periódicos e almanaques de saúde); “documentos científicos” (livros, artigos, teses); “documentos de referência teórica” (obras referências no ensino e na prática da medicina); “documentos regionais e gerais”; “documentos memorialistas e biográficos”; “histórias das ciências biomédicas e da saúde” (obras de profissionais da área biomédica); “histórias sociais das ciências biomédicas” (obras de autoria de cientistas sociais), divididas em “histórias das instituições de ensino”, “histórias das associações profissionais e da imprensa médica”, “histórias das instituições de pesquisa” e “histórias da saúde pública”.

Apesar dessa identificação, didático-pedagógicos, as metodologias de livros didáticos, não podem ser empregadas aos manuais aqui abordados, pois, diferentemente daqueles não estão voltados para o espaço escolar. “O livro didático, então, é uma mercadoria destinada a um mercado específico: a escola.” (MUNAKATA, 2012, p. 185). Já as fontes desta pesquisa estão voltadas para a autoinstrução e a vigilância sanitária.

Roger Chartier (2011, p. 154) colocou que durante muito tempo as aprendizagens de um ofício se deram a partir da “transmissão oral e visual dos saberes”, mas com o passar do tempo a cultura escrita assumiu a postura de saber autorizado. Mencionou o papel dos manuais auto-instrutivos de ofícios, no aprendizado de saberes, técnicas e práticas, mas também na subjugação da sabedoria iletrada.

[...] desde os séculos XVI e XVII, e talvez até mesmo antes da invenção da imprensa, em algumas partes da Europa, a leitura de livros era a prática predominante de aprender não só o conhecimento e saberes, mas as técnicas e práticas. [...] Estabelece-se, assim, no mundo de profissões manuais, uma forte relação entre a prática profissional e a posse, consulta e leitura de livros — uma relação que caracterizava, desde os tempos do manuscrito, os clérigos, os advogados, os médicos e os cirurgiões. [...] esses manuais, de clara finalidade educativa e prática, foram lidos sem a preocupação com sua utilidade, mas por outras razões [...]. Os inimigos contra os quais deve-se fundar a aprendizagem escolar são práticas empíricas, as superstições arcaicas, os falsos conhecimentos transmitidos pela tradição oral. A leitura é a única maneira de aprender (CHARTIER, 2011, p. 155-156).

Foram identificadas algumas autoras que trabalham com fontes similares as citadas aqui. Maria Regina Guimarães (2005) analisou os manuais de Medicina popular do Dr. Chernoviz, para entender a difusão de saberes e práticas aprovadas pelas instituições médicas oficiais para regiões rurais do Brasil imperial. Betânia Figueiredo (2005) avaliou em que medida os manuais de Medicina popular exerciam o papel de divulgadores do conhecimento médico sistematizado nas academias brasileiras, no século XIX. As autoras descrevem suas fontes, no intuito de responder seus problemas de pesquisa, todavia, não explicitam uma metodologia de análise.

No manual de capacitação e no de supervisão de parteiras se observará as práticas higienistas que pretendiam ser desenvolvidas a partir desta “instrução”. Já no livro para gestantes, o intuito é buscar relações de gênero entre: parturiente e parteira, parturiente e médico, parturiente e companheiro ou pai do bebê, parturiente e seu contexto histórico-social¹⁸. A partir da possibilidade de observar contexto, autor(es), autenticidade e confiabilidade, natureza e conceitos-chave com lógica interna da fonte, a análise documental foi escolhida como metodologia (CELLARD, 2010).

O “*Guía de orientación y supervisión de parteras empíricas: para enfermeras y obstetras responsables del programa*” é um material produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde, em 1969. É um guia de como executar a orientação e supervisão das parteiras, direcionado a enfermeiras e obstetras diplomadas.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi criada em 1902. A incorporação da OPAS à Organização Mundial da Saúde se deu em 1948, já que a última foi criada em 1946, no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial. Com o desenvolvimento industrial e urbano no Brasil, a partir dos anos 1960 e 1970 a OPAS intensificou os estudos e projetos sobre pobreza e sanitarismo e o manual aqui apresentado reflete tal preocupação (PIERUCCI, 2009).

Constou como justificativa da elaboração do material o interesse crescente em vários países da América Latina em programas de orientação e controle de

¹⁸ Apesar de estes manuais terem sido divulgados no país, as entrevistadas não tiveram acesso a eles. Os cursos realizados por algumas das parteiras continham apenas instruções empíricas.

parteiras empíricas, mas salientou que era uma maneira temporária de suprir a escassez de profissionais qualificados. Foi dirigido a enfermeiras e obstetrias que seriam responsáveis por orientar e supervisionar parteiras empíricas.

O programa deveria ser desenvolvido a partir de um calendário de reuniões, cada uma delas tendo um tema: *“I Cómo es la Partera Empírica Orientada”*; *“II Cómo es el Embarazo y los Meses de Espera”*; *“III Cómo es la Mujer Gestante y cual debe ser su cuidado”*; *“IV Cuál es el Equipo de la Partera Empírica, su uso y cuidado”*; *“Cómo es el Trabajo de Parto y cual debe ser el cuidado de la Madre”*; *“VI Cómo es el nacimiento y cual debe ser la asistencia dada a la Madre y al Recién Nacido”*; *“VII Cuál debe ser el cuidado de la Madre y el Recién Nacido durante el Puerperio”*; *“VIII Cómo es el niño Prematuro y cuáles son sus necesidades especiales”*; *“IX Cuál debe ser la colaboración de la Partera Empírica Adiestrada en Beneficio de la Comunidad”*; *“X Revisión y finalización de la Orientación”* (OPAS, 1969, p. 19-20).

O *“Manual elemental de Obstetrícia: Guía para parteras auxiliares”*, tem como autora Helen Cox¹⁹. Publicado em 1973, é um livro para instrução de mulheres que pretendessem se tornar parteiras auxiliares, tendo alguma experiência com a parturição ou não. Todavia, é um guia que apontou somente os deveres da parteira para com a comunidade.

O manual trabalha atenção pré-natal, parto, pós-parto na unidade A. Na unidade B: A auxiliar de Obstetrícia como trabalhadora da saúde. Estabelecimento de um centro de saúde e atenção da família. Unidade C: Enfermeira elementar: sinais vitais, aplicações locais e sondas. E por fim, na unidade D: Primeiros auxílios.

Este material apontou que o principal papel da parteira era a educação sanitária. Trouxe uma lista dos conhecimentos e experiências necessários à parteira, estando a educação sanitária em primeiro lugar. *“Educación sanitaria”*; *“Nutrición”*; *“Planificación familiar”*; *“Desarrollo y cuidado del niño y enfermedades comunes de la infancia”*; *“Enfermedades comunes trasmisibles”*; *“Higiene personal y ambiental”*; *“Prácticas elementales de enfermaría”* e *“Aptitud para el manejo del hogar.”* (COX, 1973, p. 126)

¹⁹ Não foi possível localizar informações sobre a autora deste manual.

Assim como o guia, este manual está em espanhol e no acervo da Biblioteca de Medicina da UFPel. Contudo, enquanto um tem um caráter de supervisão o último é de instrução, mas ambos podem indicar relações, em perspectivas diferentes, entre as parteiras e o sanitarismo. Serão utilizados principalmente, no capítulo dois abordando a higienização do parto.

“Gravidez e parto” é um manual dedicado a gestantes publicado em 1984 no Brasil, que tem como autora Sheila Kitzinger. Ela foi uma antropóloga britânica, escritora e ativista do parto natural e humanizado. Escreveu mais de 20 livros sobre maternidade, gravidez, gestação, parto, bebês, família e feminismo. Suas primeiras produções datam da década de 1970 e são consideradas referências para a humanização do parto ainda na atualidade. Morreu em 2015, com 85 anos.

Na apresentação do livro a autora disse:

Este livro descreve as opções que existem para o parto, de modo que você pode decidir como gostaria de ter seu bebê, o tipo de cuidados que prefere, como encarar seu próprio papel e como você deseja que seu bebê seja recebido neste mundo. Inclui também sugestões sobre como conduzir as conversas com seu médico, como apresentar aquilo que você quer, como perguntar sobre tudo que a preocupa e partilhar as importantes decisões sobre você mesma e seu bebê. O livro também fornece uma espécie de mapa do que ocorre durante a gravidez e durante o trabalho de parto. Por outro lado, explica quem faz o que para você e porquê, o que essas pessoas estão procurando fazer e o que acontece quando as coisas não são conduzidas com inteira franqueza (KITZINGER, 1984, p. 2).

O livro é dedicado às gestantes ou àquelas que querem se preparar para a gravidez e foi localizado no acervo da Biblioteca Pública Pelotense. Com muitas fotos e leitura de fácil compreensão, trabalhou questões práticas como posições para parir, formas de diminuir a dor e até mesmo a compreensão de que a “dor” do parto pode não ser sentida por algumas parturientes e que ela é diferente das dores de uma doença ou ferimento. Pontuou questões fundamentais na equiparidade dos gêneros quanto ao papel do pai/companheiro no momento da gestação e na criação dos filhos. Também indicou como a parturiente deveria proceder caso quisesse um parto domiciliar ou menos intervencionista. Será uma fonte fundamental nas abordagens da humanização do parto, no capítulo dois e das relações de gênero, no capítulo três desta dissertação.

1.5 Saberes específicos do partejar

O ofício de parteira demanda conhecimentos sobre o corpo da parturiente, da criança e das plantas medicinais (BARROSO, 2001). Nicolás Arata (2013, p. 151) apontou que os saberes de ofício são aprendidos na prática, no trabalho do corpo, são “saberes incorporados”. “El saber socialmente válido fue homologado con el conocimiento elaborado por la cultura escrita. [...] al conocimiento se lo codificó a través de la letra escrita, deviniendo un tipo de saber des-incorporado, fuera del cuerpo, incorpóreo”.

Não se pretende identificar acertos ou erros das parteiras e nem traçar paralelos entre práticas da medicina popular e da douta, mas promover uma reflexão acerca das práticas das parteiras, compreendendo que há uma eficácia simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1996) no seu agir, estabelecida pela confiança e pela solidariedade entre os membros de sua comunidade. E para que a ideia da parteira como “ignorante” “[...] encontrada não apenas na literatura médica brasileira do século XIX, como também na de vários países, tendo sido inclusive incorporada por historiadores e sociólogos do século XX” (MOTT, 1999, p. 25) pare de ser reproduzida.

Jaqueline Ferreira (1994, p. 101) defendeu que o corpo e as práticas aplicadas a ele são objetos das ciências sociais e devem ser lidas dentro do seu contexto social: “Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base de nossa vida social. Por sua vez, o corpo é emblemático de processos sociais”.

Cecília começou a atuar em 1936, quando teve o primeiro filho. Relatou que pariu seus onze filhos, sozinha. E, devido a sua experiência, outras mulheres passaram a lhe procurar para que as acompanhasse nesse momento. Ia atender os partos a cavalo. Chegava à casa da parturiente e o primeiro procedimento era passar álcool dos seus cotovelos até as mãos e “afumentar” (massagear) a mulher. Logo após o nascimento da criança ela realizava o ritual de “fechar os ossos” da parturiente: “[...] botava na cama e deitava de lado que é pra apertar [...]. Porque os ossos abrem pra nascer a criança e era toda apertada pros ossos ir pro lugar.” Em seus partos amarrava fraldas em seu corpo e seu marido a apertava. Leal (1994, p.

135) também apontou “a representação do corpo feminino como algo que se abre e se fecha”. Assim, ao final do parto “fechar os ossos” que se abriram para o nascimento é algo esperado.

Dentre os 109 partos que fez, destacou um de gêmeos, no qual teve de fazer manobras dentro da barriga da parturiente para o segundo bebê nascer.

Uma vez eu fui partejar uma mulher que estava pra ganhar dois filhos. Aí eu cheguei lá e ela estava chorando: “É eu tinha que ir pro hospital, mas vou ter que ganhar esses filhos...” Aí eu digo: “O que é que te aconteceu?” “Eu quero ganhar em casa.” Já estava sentindo as dores. Aí ganhou o guri. A gurua estava sentada em cima do guri. [...] E, nada de nascer. Eu tive que empurrar a gurua pra dentro e meter a minha mão dentro dela e puxar as pernas da criança pra nascer, mas venci! (CECÍLIA, 2012)

Quanto ao umbigo, ela relatou como fazia para cauterizá-lo, evitando a perda de sangue e uma possível infecção do corte: “O umbigo da criança a gente corta, comparação: aqui é o umbigo, [...] ata aqui bem atadinho, depois corta e depois agarra um ferro quente e encosta em cima, na ponta. [...] que com oito dias cai”. (CECÍLIA, 2012).

Cecília, assim como, Vitalina (2012) tinha o cuidado de banhar os recém-nascidos que morassem próximo de sua casa até que o coto do umbigo caísse. As duas narradoras deram o mesmo significado a este ato: depois de cair o coto o bebê estaria salvo. Tal simbologia está vinculada ao chamado “mal de sete dias”, expressão utilizada para o tétano neonatal, o qual poderia levar os recém-nascidos a óbito dentro deste prazo.

Ao fim da entrevista, já com o gravador desligado, dona Cecília narrou sobre as posições do bebê dentro da barriga, antes de encaixar na posição do nascimento. Segundo ela, quando o bebê está na mesma posição da mãe, com os pés para a barriga é menina; quando está ao contrário da mãe, com as costas para a barriga e os pés para dentro do corpo da mãe, é menino.

Dona Dalva deixou claro sua atuação como de necessidade e que apesar de não diplomada possui um saber vinculado a sua coragem em aprender:

A mulher adoeceu e as outras mais velhas não se animaram a chegar e eu cheguei. E aí quando se apertavam... Eu nunca fui uma parteira formada, mas em aperto eu peguei uns quantos. [...] Nem eu sabia, mas eu sempre gostei de chegar nas coisas que eu não sabia pra aprender. [...] Eu chego

na hora da necessidade, sei cortar o umbigo, sei como fazer se o “parto” [placenta] não vem junto [...]. (DALVA, 2013)

É perceptível em sua fala a compreensão do momento de parir como doença. Quando disse “a mulher adoeceu” significa que entrou em trabalho de parto. Nas outras narrativas foi possível observar que as demais parteiras também fazem esta relação.

De acordo com Alberto Quintana (1999), a doença é compreendida como desordem. Traçando um paralelo, o parto pode ser percebido como um fenômeno desordenador da rotina e dos hábitos da parturiente.

[...] a doença é vista como uma irrupção no cotidiano e se manifesta no corpo, impedindo a pessoa de realizar suas tarefas habituais. [...] a doença é percebida e representada como [...] algo que irrompe no curso normal das coisas [...] (QUINTANA, 1999, p. 46).

Para alguns militantes da humanização do parto essa concepção tem origem na industrialização do parto, quando a parturiente torna-se paciente e o processo fisiológico torna-se patológico (TORNQUIST, 2002). E talvez essa associação do parto com a doença esteja arraigada às dores do parto:

Os depoimentos dos informantes como a literatura médica em sua essência, não diferem. Em ambos os casos, a dor é indicada como sensação desprazerosa e sua condição de sintoma torna implícita a possibilidade de uma patologia. O fato de as palavras dor e doença possuírem uma raiz etimológica comum (no latim, *dolor* e *dolentia*) é por si só bastante expressivo da íntima relação que existe entre a experiência de dor e o reconhecimento de um estado mórbido. A dor sempre nos reporta à ideia de sofrimento [...]. Assim, dominá-la é um dos grandes desafios da medicina (FERREIRA, 1994, p. 105).

No entanto, dona Dalva mencionou que as dores são um processo normal do parto e que tentava conscientizar as mulheres sobre este fato: “Eu dizia: ‘Isso é assim mesmo, a gente tem que ter paciência, eu sei que é uma dor horrível, mas a gente tem que aguentar, o que vai se fazer?!’ Algumas entendem que tem que dar a dor e umas não querem saber” (DALVA, 2013).

Contou das dificuldades da época, dos recursos que utilizava para esterilizar os materiais, quando necessário desafogar o recém-nascido e ajudar a mulher na amamentação:

Era tudo grosseiro, não tinha nada, nenhum remédio, [...] e era longe de recurso. Então, a gente tinha as coisas caseiras já reservadas. [...] O umbigo mesmo antes de cortar a gente atava com barbante de saco, era lavado bem lavado e passava um álcool. Secava bem sequinho e já guardava num vidrinho. [...] E a gente só o que tinha pra desinfetar a tesoura e as mãos era álcool [...]. E o cuidado que a gente tinha quando nascia, é que algum nasce afogado. Então, a gente tinha que pegar um paninho, limpar bem a boca e aquilo pegava a sair pelo nariz e o remédio que tinha era chupar o nariz. Tudo isso eu fiz. [...] Não tinha outro recurso e se tivesse as pessoas eram todas humildes. Não existia nem carro lá onde eu morava. [...] Nem as maquinazinhas pra gente apertar no peito da mulher, não tinha. Não existia. A gente tinha que lavar bem, amaciar bem e às vezes até pegar uma garrafa pra ajeitar, pra criar bico. [...] Tudo isso a gente tinha que fazer (DALVA, 2013).

Em relação à placenta, se esta demorava a vir dona Dalva realizava uma simpatia e chamava este ato da expulsão de “deslivar”:

[...] naquela época era com simpatia que a gente fazia. [...] Tu pegava a placenta quando ficava, quando saía só um pouco, às vezes a gente tem a sorte de sair toda junto. Então [...] atava um barbantino daqueles desinfetados e atava assim pra não dar volta, [...] na perna da mulher. Que às vezes sai um pedaço e fica o outro [da placenta] e a gente não pode puxar, tem que deixar que saia. [...] E a gente passava um café, naquele tempo era só café passado, passava um café purinho, dava três golinhas de café pra ela. Tipo de uma simpatia e aí botava! (DALVA, 2013)

Disse não saber os motivos da simpatia dos três goles de café, mas que funcionava. Fazia mais por costume do que por conhecer as propriedades estimulantes da cafeína. Em relação aos cuidados com a criança, contou que o primeiro banho no bebê era ela quem dava, depois de “deslivar” a mulher da placenta:

E a criança agora não lavam mais quando nasce. Naquele tempo a gente tinha que banhar, as outras pegavam a criança, enquanto a mulher se “deslavrava”, botavam a criança em cima de um paninho no chão, qualquer. E eu nunca fiz isso, eu tinha um medo da criança se “encarregar”, eu enrolava bem enrolado, ia atender a mulher e depois desenrolava e ia dar o banho. Aí depois do banho, a gente dava um chazinho. (DALVA, 2013)

Dona Dalva relatou conseguir prever em torno de quantos dias o bebê nasceria pelo tamanho do seio, que segundo ela, quando estava próximo crescia de leite até embaixo do braço:

E aí ela foi e me disse: “Essa criança vai nascer em fevereiro”. E eu olhei pra mulher e disse: “Dou quatro dias pra essa criança nascer e nada mais”. “É agora as parteiras novas tão muito entendidas” e embraveceu. “Ué, vamos ver, pode eu errar, mas dentro de quatro dias ela vai estar com o filho nos braços.” Dito e certo! [...] Então, estava ela tomando banho e eu disse: “não está vendo que já está crescendo até embaixo do braço?!” (DALVA, 2013)

Em relação ao exame de toque e ao caso de ser necessárias manobras para mudar a posição do bebê, dona Dalva contou ter aprendido com outra parteira:

A gente pegava a ver e já via se estava certo. Assim também, às vezes eles não vêm muito certo, e se trancar os ombrinhos me ensinaram... isso me foi ensinado. Que já que eu me animava que eu tivesse sempre um paninho bem fininho, bem limpinho, um paninho branco, quando tranca os ombrinhos, a gente tem que meter a mão assim e puxar, mas com muito jeito. Isso aí me ensinaram e eu nunca mais me esqueci (DALVA, 2013).

Através dos relatos orais foi possível perceber que, embora dona Cecília e dona Dalva não tenham feito capacitações para o atendimento e tenham aprendido mais em suas práticas do que na observação do trabalho de outra pessoa, desenvolveram conhecimentos sobre a parturição e a saúde familiar. Assim, deslizar placentas, queimar umbigos e fechar corpos eram procedimentos que possuíam um significado e uma técnica própria a cada parteira e à comunidade que pertenciam.

Erci mencionou saberes do parto hospitalar. Aprendeu a partejar com o médico e a freira da Santa Casa, aos 17 anos, enquanto esteve lá fez apenas um curso de Atendente de Enfermagem de curta duração depois de muitos anos atuando, no qual disse não ter aprendido nada de Obstetrícia. Narrou qual era o seu procedimento com os partos e que muitas vezes ela indicava a cesariana para ser feita pelo médico:

A gente tinha que examinar, preparar a paciente, controlar. Tu tinhas que ver o tempo do trabalho de parto, tudo direitinho. Tu tinhas que monitorar a paciente, escutar o nenê, ver contrações e observar. Qualquer dúvida que tivesse tinha que chamar o médico. E a cesariana era muitas vezes indicada

pela gente mesmo! Porque estava assim, estava assado, a gente dizia para o médico e ele levava para o bloco. [...] Só o que não se fazia era cesariana, mas se assistia o parto de cesariana no bloco cirúrgico, até o nenê sair, aí tu ia levar pro setor. (ERCI, 2012)

Erci também contou que os médicos estagiários aprendiam com ela. Mencionou o nascimento de um bebê grande que o estagiário ficou com medo de pegá-lo e recorreu a sua ajuda: “Na época já tinha a Medicina junto e um acadêmico estava fazendo... ‘ai dona Erci, pega aqui, pega aqui’, ‘não te assusta, é que o nenê é grande!’” (ERCI, 2012). Vera também contou que muitos médicos aprenderam a partejar com ela na Santa Casa. (VERA, 2015).

1.6 Parteiras que benzem, usam ervas e têm noções de atendimento em saúde

A) A benzedura

A benzedura é uma prática social dinâmica vinculada a grupos populares. É compreendida como uma atividade terapêutica, que possui eficácia na relação de confiança estabelecida entre benzedor e cliente, conforme apontou Claude Lévi-Strauss (1996). Há intermediação do “sagrado” para a obtenção da cura. Alberto Quintana (1999) defendeu que, geralmente, são feitas rezas, utilizadas ervas e outros recursos simbólicos, como carvão para queimar e tesoura para cortar os males, entre outros.

Paula Almeida (2015) e Maurício Schneider (2015) a partir de etnografias abordaram o tema da benzedura no RS no tempo presente. Almeida (2015) trabalhou com benzedores/as de Pelotas buscando suas trajetórias, a inserção na carreira, o dom e o sacrifício, a eficácia simbólica e a magia. Também observou como ocorre o afastamento do ofício e sua transmissão.

Já Schneider (2015), dentre outros aspectos, observou o compartilhamento de práticas de benzeção fortemente difundidas entre quilombolas e pomeranos da Serra dos Tapes. Percebeu que há uma negação da existência de benzedoras

pomeranas vinculada a religiosidade: “[...] os clérigos, sobretudo os pastores luteranos, veem tais práticas com maus olhos. Costumam dizer que as benzeções não têm a eficácia que as pessoas acreditam ter e que são práticas maléficas.” (SCHNEIDER, 2015, p. 96). Entretanto, a maioria da comunidade acredita na benzedura associada à medicina convencional para curar problemas de saúde.

A benzedura não é um universo estranho às parteiras tradicionais. Ambas participam do mesmo grupo de mulheres que ora são valorizadas pelos seus saberes na medicina alternativa, ora são chamadas de bruxas e veem sua capacidade questionada. Mas há distinções entre elas que as parteiras não deixam de frisar. Observou-se nas entrevistas que as parteiras não se sentem muito à vontade para falar sobre a benzedura e muitas nem se reconhecem como benzedoras, dizem apenas que fazem uma reza²⁰. Não se utilizam de muitos recursos e invocações para a benzedura além das ervas e da oração a Deus, e geralmente suas benzeduras são destinadas a recém-nascidos e crianças.

Dona Cecília é evangélica não praticante da Igreja da Cruzada Universal. Atuou como parteira no terceiro distrito de Piratini. Contou um pouco sobre quais benzeções fazia:

Erisipela, de ar, de sol e de quebrante, de mal olhado, benzer cobreiro, benzer sapo, tem crianças que tem sapo, aqui mesmo quantas vezes já trouxeram criança pra cortar, porque a gente corta o sapo é na sombra, no chão. [...] Comparação, aqui é a sombra da criança então a gente corta aqui, a gente pergunta pra mãe da criança: ‘o que é que eu corto?’ Ela diz assim: ‘sapo bravo’. ‘Isso mesmo eu corto, em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo, de Jesus e Maria’. É três vezes e não tem mais sapo. Eu já benzi umas quantas crianças depois que eu estou aqui (CECÍLIA, 2012).

Ela “aposentou a tesoura”, ou seja, não corta mais cordões umbilicais. Essa é a forma que se refere ao fato de ter parado de acompanhar partos, mas ainda benze quando procurada. Inclusive em um dos encontros depois da entrevista uma mulher esteve em sua casa perguntando se podia trazer o filho para uma benzedura e ela disse que sim e também mostrou a foto de um animal doente que estava benzendo todos os dias, contra “bicheira²¹”.

²⁰ Observou-se que as Santas mais evocadas nas orações para um bom parto entre as narradoras foram: Nossa Senhora do Parto (DALVA, 2013), Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (VITALINA, 2012) e Santa Cecília (HILDA, 2015). As demais mencionaram que rezavam somente a Deus.

²¹ Ferida na qual se encontram larvas de moscas.

Dona Teresa assistiu partos domiciliares no bairro Areal em Pelotas. Contou para o que benzia:

As minhas benzeduras eram mais criancinha, ou dependendo do que era. Criança de encalho, espinhela caída. Gente grande benzia de espinhela caída também, benzia de encalho... eu benzi um menino dali do armazém que ele chegou aqui em casa chorava que nem criança, de soluçar e dizia: 'eu tenho uma dor no estômago que parece que eu estou todo quebrado. Será que a senhora pode me benzer?' Digo: 'Deita na minha cama', eu recém tinha arrumado a cama e os travesseiros limpinhos e ele deitou ficou que parecia que estava na casa dele. Aí eu me benzi primeiro pra depois benzer ele. No segundo dia ele entrou no portão com um arzinho de riso pra mim. E depois no terceiro dia ele disse: 'a senhora sabe que eu já fiz cocô' (TERESA, 2015).

É interessante notar que ela se benzia primeiro, para depois benzer os outros. Era como um processo de purificação para que nada de mal seu passasse ao outro e ela ficasse protegida de receber algo ruim. A disponibilidade em "fazer o bem", como ela se refere em outros momentos, atendendo alguém em sua cama "arrumada e limpinha" também é notável. Contou que é espírita kardecista desde os onze anos de idade, quando foi curada por médiuns de uma paralisia.

Dona Eulália já atendia como parteira e depois fez dois cursos de capacitação em Obstetrícia, um em Bagé outro em Pelotas, oferecidos pelo Exército Brasileiro, com duração de um mês cada, a pedido de seu marido. Atendia a domicílio no interior e zona urbana de Piratini. Quando se fez a pergunta sobre a benzedura agiu com rejeição:

Não. Isso aí não, nunca! Nem sei que bicho é esse. Eu estava conversando ontem com essa velhinha que estava aqui [...] e ela dizendo que tinham simpatias que as mulheres faziam, viravam o chapéu do marido e botavam na cabeça das mulheres, faziam um monte de simpatia boba, mas nada adiantava. Ela até estava dizendo umas palavras que elas diziam, simpatia pra ajudar no parto, mas nada adianta. A única coisa que adianta é injeção! É bom! Porque aí dá mais dor, a dor é mais forte (EULÁLIA, 2013).

Sua atitude quanto à benzedura é interessante. Ela é uma parteira com capacitação em Obstetrícia, o que a diferiria das demais. Refere-se às parteiras sem formação como as que "nem usavam luvas" e é evangélica, frequentadora da Assembleia de Deus. Embora em sua concepção a benzedura e as simpatias não tenham efeito, reconhece que eram praticadas por algumas parteiras.

B) O uso de ervas

A fitoterapia, utilização de plantas para o preparo de medicamentos terapêuticos, é uma prática recorrente em comunidades rurais e, cada vez mais, presente nas cidades, sobretudo, nos espaços de medicina alternativa. Algumas das parteiras entrevistadas conhecem ervas/raízes para o preparo de chás e suas utilidades.

Quando Cecília morava na zona rural plantava ervas para curar sua família e vizinhos. Na cidade também mantém uma horta com legumes e ervas. Mencionou que dava o chá do broto de sabugueiro ao bebê antes do leite, para limpar os intestinos. Como ele teria um efeito de purgante, a amamentação continuaria sendo o primeiro alimento.

Tinha o chá do broto de sabugueiro, que a gente dá pra “mode” dar purgante. A criança a gente tem que dar um purgante que é pra sair aquela coisa ruim que está dentro da mãe, que ele está comendo, junta tudo dentro da barriga. Então a gente dá um chá, broto do sabugueiro [...]. E depois então, dá a maminha. É obrigado a dar a maminha porque a gente também tem colostro (CECÍLIA, 2012).

De acordo com a Coleção de Plantas Medicinais e Aromáticas (CPMA) da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) o sabugueiro (*Sambucus nigra L.*) tem diversas propriedades medicinais reconhecidas e serve como laxativo, conforme apontou Cecília²².

Para ajudar na expulsão da placenta dona Teresa preparava chá de laranjeira ou canela e para a criança dava chá de bergamota como calmante.

Dava um chazinho bem espertinho depois que a placenta saía. [...] Chazinho de laranjeira, chazinho de canela [para a parturiente]. [...] Chazinho de bergamota que a gente dá pra criança, não é laranja. Agarrava nove folhinhas de bergamota, as mais pequeninhas, tirava o centro da folhinha, a gente rasga pro ladinho, tira todo o centro da folha, rasga com a mão, bota numa xícara pelo meio de água fervendo em pulo e abafa com o pires. Depois de uns minutos está pronto o chá (TERESA, 2015).

²² Esta pesquisa não tem o intuito de conferir se as ervas utilizadas pelas parteiras tiveram o emprego cientificamente comprovado. Contudo, algumas narradoras pediram que a pesquisadora buscasse as propriedades “científicas”, numa espécie de confirmação de sua prática.

Na CPMA não foram encontradas propriedades medicinais da laranja e da bergamota, buscou-se também por laranja e tangerina. Apareceram as laranjas Pera rio e Kinkã. A primeira tem as seguintes propriedades: analgésica, anti-hemorrágica, calmante, laxante, reguladora intestinal, tônica, entre outras. A segunda não tem propriedades medicinais reconhecidas, do mesmo modo que a tangerina. Já no banco de dados do *Ervanarium*, criado pelo fitoterapeuta Rodrigo Silveira, foram localizadas diversas propriedades da laranja amarga (*Citrus aurantium L.*), entre elas: sedativa; tranquilizante; anti-inflamatória. Sobre a tangerina (*Citrus reticulata*) não foram encontradas propriedades nestes bancos de dados, mas em vários *sites* de medicina alternativa, como o “Plantas que curam” é mencionado seu efeito sedativo. Já a canela (*Cinnamomum zeylanicum Blume*) no *Ervanarium* é indicada para: hemorragia de parto e auxiliar na contração do útero no parto, dentre outras indicações e é um lactogogo, ou seja, aumenta a quantidade de leite.

Dona Dalva atuou no terceiro distrito de Piratini e relatou sobre os chás que utilizava:

De erva doce, de funcho [...] É, porque tudo ajudava. Mas agora não dão mais, não pode dar chá, não sei por quantas horas não pode dar. [...] A primeira coisinha que a gente dava era o chazinho, depois o leite. Mas depois proibiram não podia mais dar chá. Pros meus eu sempre dava, nunca fez mal o chazinho de erva doce. [...] [Para a parturiente] Podia ser um chazinho quente, um chazinho de canela, mas o principal era uns golinhos de café. (DALVA, 2013)

Maria Basilícia também mencionou que dava o chá de erva-doce no hospital para os bebês logo após o nascimento. Era dado antes da primeira mamada também, mas depois foi proibido, a partir dos anos de 1997 ou 1998 (MARIA BASILÍCIA, 2012).

No *Ervanarium* aparecem as seguintes propriedades da erva doce (*Pimpinella anisum L.*): para cólicas abdominais e intestinais; vômitos e enjoos na gravidez; aumenta a quantidade de urina, do fluxo menstrual e do leite materno; etc. e o funcho (*Foeniculum vulgare Mill*): expele gases, má digestão e é um laxante suave. As propriedades da canela já foram mencionadas e as do café (*coffea arabica*) não constam nos bancos de dados referidos. Entretanto no *site* “Plantas que curam” são

apontadas: Analgésica, anti-hemorrágica, antidiarreica, anti-inflamatória, estimulante, excitante, expectorante, tônico, dentre outras.

Dona Dalva contou outra situação e como procedeu:

Dali a pouco apareceu o marido dela, pra eu ir lá, que na criança dava umas coisas parecia que ia vomitar e não vomitava e a mulher louca de dor e inchada. Aí eu cheguei lá e perguntei: 'o que tu fez? Porque tu estavas tão bem!' 'A mamãe disse que eu tinha que me alimentar, me socou uma caneca de marmelada e pro negrinho ela deu duas colheres de óleo'. Só o que eu tinha pra fazer, dei um chá de marcela pra cada um. E ela me pedia pra afumentar porque ela não aguentava a dor (DALVA, 2013).

O chá de marcela (*Chamaemelum nobile* (L.) All.) utilizado por Dalva para problemas digestivos possui esta capacidade apontada na CPMA. Ainda é interessante a menção de que dava os chás inclusive aos seus filhos e que nunca fizera mal, mas que atualmente teria sido proibido. Embora o uso de fitoterápicos não tenha sido proibido, sua fala demonstra reflexões entre suas práticas e a da Enfermagem e Obstetrícia na atualidade, pois mora com uma neta estudante de Enfermagem, utilizando as expressões “no meu tempo” e “agora”.

C) Noções de atenção à saúde

Algumas dentre as dez parteiras entrevistadas para pesquisa de Mestrado trabalharam em hospitais e não somente na parte obstétrica, uma delas chegou a auxiliar o médico durante cirurgias, Jaci. Mas nesta parte serão abordadas as parteiras que atuaram a domicílio nas cidades e na zona rural que desenvolveram algum tipo de conhecimento relativo à Enfermagem ou noções de atendimento em saúde, como primeiro socorros, imobilizações e aplicação de medicamentos.

Dalva buscava na cidade mercúrio para colocar no umbigo do recém-nascido. Apesar das dificuldades econômicas e da distância da cidade procurava ter em casa os preparos para curativos, mas quando não os tinha improvisava. Disponha-se a ir ou recebia em sua casa pessoas que precisavam de injeções. Explicou que há um lugar certo para aplicar a injeção, por isso não são todas as pessoas que sabem.

Contou de um rapaz para o qual ela fez uma imobilização enfaixando-o com madeiras e panos:

Costumava fazer injeção. Fazia curativo também. Uma vez se quebrou um guri na casa que ele trabalhava e a mulher já botou a boca. E eu disse: [...] 'janta tu não dá, porque tem que fazer anestesia e chegar lá com o estômago cheio não pode'. E aí pedi pra ela, duas dessas palminhas de madeira e pedi uns paninhos e enfaixei bem enfaixadinho. [...] E dizem que o doutor disse: 'mas essa pessoa que fez esse curativo até não é muito atrasada' (DALVA, 2013).

Dona Eulália contou de alguns atendimentos feitos ou “pessoas que salvou”, de acordo com suas palavras, e que para intervir a pessoa precisava “aceitar a sua cura”:

Em muitas pessoas, eu salvei meu concunhado, ele ia perder a mão, 'preteou' a mão. Não sei o que aconteceu, ele se cortou ou cravou um porrete na mão, sei lá e foi lá na minha casa muito triste, disse: 'olha eu vou perder a minha mão, tá preta'. Daí eu disse: 'mas se tu aceita eu te curo!' Eu comecei a fazer curativo. E eu morava na beira da estrada e uma vez um velho caiu do cavalo, o cavalo arrastou ele e ele ficou puro sangue. Eu fui lá peguei o velho, entreguei o cavalo pros meus filhos, meus gurus, eu tinha seis gurus, e eu fiquei com o velho ali, fiz curativo no velho e depois segui indo na casa dele pra fazer curativo. Também uma menina, filha de uma cunhada minha, cresceu uma íngua de baixo do braço dela e rebentou e eu fiz curativo até ela ficar boa. Eu fazia muito serviço, assim de Enfermagem. Ia longe fazer injeção (EULÁLIA, 2013).

Frequentava a casa do doente até que este melhorasse. Aplicava injeções e em casa mantinha a injeção de penicilina para aplicar na parturiente, caso fosse necessário para evitar infecções. Também mantinha uma pequena farmácia em casa, motivo pelo qual afirmou necessitar cobrar pelos atendimentos (EULÁLIA, 2013).

Atendia. Se era preciso fazer uma injeção, naquela época tinha muita penicilina, porque conforme fosse o atendimento eu fazia uma injeção de penicilina. [...] pra evitar uma infecção, um problema qualquer. [...] Eu cobrava bem pouquinho, só pra manter os meus remédios. [...] Eu alimentava elas [parturientes que iam parir em sua casa] tudo por minha conta, porque que eu ia estar cobrando tanto?! (EULÁLIA, 2013).

As entrevistadas referem-se ao atendimento na parturição como um conhecimento adquirido na prática, sobretudo nos percalços desta e no qual é fundamental adaptar-se a especificidade de cada mulher, ao seu corpo e suas

condições de parto. Ser parteira, segundo elas, demanda habilidades manuais para as massagens; para o corte do cordão umbilical; conhecer ervas medicinais; ter fé em Deus e orar para que tudo ocorra bem; possuir sensibilidade para entender a “dor do parto” e/ou os sentimentos vários que ele propicia e para estar à disposição durante as muitas horas de um trabalho de parto normal. Características que qualificam e tornam singular o trabalho de quem o desempenha.

CAPÍTULO 2: TRANSFORMAÇÕES NO OFÍCIO DE PARTEIRA

2.1 Medir com dedos ou fita métrica?

2.1.1. O higienismo e a mãe científica

Sidney Chalhoub (1996) em seu livro *Cidade Febril – Cortiços e epidemias na Corte Imperial* compreendeu a Revolta da Vacina (Rio de Janeiro, 1904) como uma revolta popular de resistência aos interesses do poder público. Os sanitaristas promoveram despejos e demolições das moradias populares, sobretudo dos cortiços, isolaram doentes nos hospitais, reprimiram as práticas populares de cura e a cultura afro-brasileira.

Os pobres, além de ser considerados como uma classe perigosa pela questão da ordem pública, também o eram pela possibilidade de contágio. Os higienistas acreditavam que “[...] cabia reprimir os supostos hábitos de não-trabalho dos adultos; a mais longo prazo, era necessário cuidar da educação dos menores.” (CHALHOUB, 1996, p. 29).

A questão da higiene se colocou então como uma ideologia. “[...] um conjunto de princípios que, estando destinados a conduzir o país ao ‘verdadeiro’, à ‘civilização’, implicam a despolitização da realidade histórica, a legitimação apriorística das realizações.” Servindo de suporte para a “ação saneadora”. (CHALHOUB, 1996, p. 35).

Médicos e sanitaristas não tinham apenas o intuito de higienizar a população para evitar doenças, mas também a de doutrinar seus corpos e costumes. De acordo com Michel Foucault (1988, p. 113) as técnicas mais rigorosas de repressão à sexualidade foram “aplicadas em primeiro lugar com mais intensidade nas classes economicamente privilegiadas [...]”. Foi primeiro na família burguesa que se medicalizou a sexualidade feminina. Os pobres eram fundamentais à existência urbana, para a realização dos serviços, desde a entrega das cartas ao despejo dos lixos. Assim, eles “escaparam, por muito tempo, ao dispositivo de ‘sexualidade’”.

Nesse processo, a mãe burguesa passou a aliada dos higienistas, lendo manuais e aplicando os “conselhos médicos” com rigor em sua família; enquanto “as classes populares não consideravam seu corpo como um valor; não o cultivavam, nem o protegiam com tamanha atenção” (LEMOS; VASCO, 2012, p. 4).

A vida como um valor, o corpo "saudável e limpo", a casa higienizada e a conjugalidade centrada nos filhos serão impostos às classes pobres por meio da escola, da política habitacional, da higiene da cidade e dos órgãos da vigilância sanitária, das instituições de assistência e previdência, da medicina coletiva, enfim, de toda uma tecnologia política de controle, vigilância e correção dos corpos do proletariado (LEMOS; VASCO, 2012, p. 4).

Michelle Perrot (2008, p. 75) citou esse interesse dos estados pela “medicinização” da maternidade e da infância, já que o parto era o principal responsável pela morte precoce das mulheres e a elevada mortalidade infantil. “[...] um interesse nacional que recai obsessivamente sobre o corpo da mãe. [...] Ajudantes dos médicos, agentes da puericultura, as mães são estimuladas a registrar por escrito o crescimento de seu bebê, peso, estatura, mamadas”.

Criou-se assim um discurso maternalista, no qual a mãe precisa ser “científica” (FREIRE, 2008) sabendo higienizar sua família e “cívica” (RAGO, 1997) compreendendo que a maternidade tem uma função social: criar os futuros cidadãos/trabalhadores da pátria. Esse dever à mulher em tornar-se mãe e uma mãe higiênica e cívica naturaliza-se no Brasil principalmente, a partir dos anos 1930 (RAGO, 1997).

O maternalismo não se encontrava descolado do contexto geral da sociedade brasileira, mas sim associado ao higienismo – adotado de forma hegemônica como modelo explicativo e propositivo diante das principais questões sociais no período [...]. Representou, portanto, um dos caminhos que permitiram à sociedade brasileira materializar, através da higienização da maternidade e da infância, as transformações sociais e políticas almejadas, efetivando na prática a ‘republicanização’ do país (FREIRE, 2008, p. 168).

Elizabeth Nagahama e Silvia Santiago (2005, p. 652) mostraram que o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940, durante o Estado Novo, foi o primeiro órgão do governo brasileiro voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil. Estava “[...] concentrado nas ações de

puericultura, e voltado para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação”.

2.1.2 A higienização do parto

Dentre as consequências do movimento higienista está a perseguição aos terapeutas populares, como as parteiras. Tânia Silva e Luiz Otávio Ferreira (2011) discutiram as ações de treinamento e controle das parteiras curiosas promovidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)²³, entre as décadas de 1940 e 1960. De acordo com estes autores:

O treinamento e controle desse tradicional grupo de mulheres foram confiados aos programas de higiene pré-natal e da criança, implantados pelo mesmo órgão. Para os sanitaristas, tais ações consistiam em importante medida para o sucesso do projeto de implantação de serviços sanitários locais de assistência materno-infantil. Ao atuar diretamente junto às parteiras curiosas, o Sesp pretendia não apenas lhes impor seus rigorosos padrões higiênicos para a execução dos partos e dos cuidados com os recém-nascidos, como também, e, sobretudo, utilizar sua influência e prestígio nas comunidades rurais, para, com sua ajuda, popularizar as ações de saneamento junto às populações (SILVA; FERREIRA, 2011, p. 96).

Neste trecho da narrativa da parteira Teresa (2015), ela evidenciou sua preocupação com a higiene, ao mencionar diversas vezes o uso do álcool, do algodão e a forma que executava o banho no recém-nascido.

Aí o nenê chorou, ele chorou a coisa mais engraçadinha! E já levou as mãozinhas pra cima assim e eu agarrei, eu tinha um vidro com álcool, algodão e a tesoura ali. Aí tirei o algodão, o cordão e a tesoura. Medi quatro dedos do corpo da criança, a criança está aqui, então eu boto a mão aqui em cima, quatro dedos, eu agarrei e fiz assim com a mão, peguei o cordão e puxei de dentro do vidro que estava no álcool, e dei o primeiro nó, o segundo nó, dei o terceiro nó, bem forte. Aí cortei o cordão primeiro, depois cortei um tantinho assim, como uns quatro dedos, cortei com a tesoura. Aí aquela buchada que estava com aquela tripa, ficou pra depois botar nos

²³ A criação do SESP foi consequência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano durante a Segunda Guerra Mundial. O SESP pretendia sanear a Amazônia e a região do Vale do Rio Doce (locais com altos índices de malária e febre amarela), onde se produzia borracha e minério de ferro, estratégicas para o esforço de guerra americano. Ao final do conflito o SESP continuou em atuação. “Em 1952, o serviço expandiu-se para o estado do Rio Grande do Sul, em cooperação com o Departamento Estadual de Saúde, visando à intensificação e melhoria dos serviços de saúde e saneamento [...], bem como a formação de técnicos especializados.” (MENDONÇA, 2004, p. 32).

restolhos fora. Aí agarrei o álcool, empapei bem no algodão e botei bem assim, para o álcool ir ali assim, e aí preparei a água e botei o nenê pra dar o banho. Dei o banhozinho nele, botei na toalha e enrolei bem enroladinho, todo enroladinho pra cá e a cabecinha eu fiquei secando, bem sequinho nos ouvidinhos, tirar aquele sangue que fica nas voltinhas. Limpei com o algodãozinho bem limpinho, aí sequei pra baixo, botei num algodão um pouco de canela em pó, aí botei tampando em cima do umbigo, botei uma meia fralda [...]. Aí comecei a vestir o nenê, depois que estava todo bem vestidinho, dei por pronto, botei 'carpinzinho' (meias) nos pezinhos, deixei feito um bonequinho! (TERESA, 2015)

Para esta pesquisa, foi localizado um clínico geral que atuou principalmente, como obstetra entre 1962 a 2009, em Piratini. Rômulo Panatieri foi também o coordenador da vigilância sanitária nesta cidade e treinou muitas parteiras rurais e urbanas. Atualmente, com 85 anos, é o anestesista dos partos cesáreos no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

A placa (figura 06) construída em homenagem aos seus 50 anos de trabalho nessa instituição indica que Rômulo recebeu reconhecimento. Neste hospital existem outras homenagens aos médicos, dando seus nomes a algumas alas, entretanto, nenhuma demonstração deste tipo foi realizada para parteiras ou enfermeiras.



Figura 06: Placa em homenagem a Rômulo Panatieri, que deu seu nome ao Centro Obstétrico do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Piratini, 2012. Acervo da pesquisadora.

Ao treinar parteiras e sendo concomitantemente vigilante sanitário, que na época era o órgão que as habilitava para atuarem de forma profissional, estava executando o reconhecimento delas enquanto parteiras. As que não passaram pelo

seu treinamento ou de outro médico ele denominou de “curiosas”. Deste modo, narrou sua visão sobre o processo de fiscalização e treinamento:

No Posto de Saúde meu exercício envolveu fiscalizar, inclusive, as parteiras, que estavam exercendo, de certa forma, ilegalmente a atividade. Por que ilegalmente? Porque as parteiras teriam que passar por um curso na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, serem obstetrizas. Dessas parteiras, a dona Pura Amaral era parteira-obstetrix, tinha o curso. Em Piratini, a única. Mas [...] eu não tenho lembrança da dona Pura²⁴ exercendo. Então, as outras todas eram chamadas de curiosas. Por que curiosas? Eram parteiras. A parturiente entrava em trabalho de parto e chamavam uma dessas curiosas. A curiosa se instalava na casa um dia, dois dias, uma semana, um mês ficava a curiosa acompanhando o trabalho de parto. E, ao observar essa gente com uma boa vontade tremenda de fazer o bem, mas fazendo o bem muito mal, eu invés de colocar-me contra elas, eu tentei trazê-las para mim. De fazer com que elas minimizassem o mal com algum aprendizado. Eu fui atraindo diversas dessas senhoras, algumas delas de boa memória a dona Negra, dona Santinha... essas pessoas não tinham o mínimo do material para o atendimento. Usavam para romper a bolsa amniótica uma das unhas sem higiene. Então aquela unha ficava comprida e afiada e altamente infectada. Isso fazia evidentemente um grande dano, era o “mal do sétimo dia”, o tétano do recém-nascido. E hoje falar do mal do sétimo dia... Quem é que fala a respeito disso? O tétano do recém-nascido, o que é isso? Acabou com a graça de Deus e o atendimento hospitalar. E, com a vacina antitetânica acabou. O cordão umbilical era rompido com uma tesoura enferrujada, suja e era atado com um barbante, sabe lá Deus que barbante era esse. Então a introdução da fita umbilical esterilizada foi um avanço. A utilização de luvas, a esterilização do material, evidentemente que na época se usava a esterilização com álcool, [...] já minimizando fontes de outras situações. E isso foi se realizando com esse contato que a gente procurou ter com essas pessoas. E o atendimento domiciliar aos poucos foi terminando (RÔMULO, 2014).

Este sanitarista demarcou que as parteiras possuíam boa vontade, mas que em sua visão, eram sujas e as responsáveis pelo tétano neonatal. Já Maria Lúcia Mott (2001) trouxe outra versão sobre a transmissão de infecções e afirmou que muitas mulheres foram contaminadas por doenças nos próprios hospitais:

Quando os médicos passaram a fazer os partos eles não tinham incorporado a prática da lavagem das mãos e a mortalidade por febre puerperal era brutal. Vários hospitais foram fechados para desinfecção e mães e crianças foram enviadas de volta para suas casas. [...] Apesar das parteiras serem acusadas como principais responsáveis pela transmissão de infecção, em 1900, as mulheres grávidas acolhidas pela Maternidade de

²⁴ Sobre a parteira Pura Acosta do Amaral escreveu Elma Sant’Ana. Apontou que ela era uruguaia e começou a atuar nos anos de 1920. Citando trecho do livro do marido de Pura (“Reminiscências do meu passado”, 1985 – sem referência) percebe-se porque Rômulo se referiu a ela: “usava um impecável avental branco, luvas de borracha e fazia desinfecção prévia das mãos. A malinha que portava continha todos os instrumentos necessários para o bom desempenho da tarefa. Isso foi importante para conquistar grande popularidade.” (AMARAL *apud* SANT’ANA, 2006, p. 129). Existe um bairro na cidade de Piratini denominado Pura Amaral, indicando reconhecimento aos seus serviços prestados.

São Paulo foram reenviadas para seus domicílios devido a existência de vários casos de febre puerperal na enfermaria (MOTT, 2001, p. 49).

Ao mesmo tempo em que cumpria esse papel de vigilante sanitário e reprimia a atuação das parteiras ao “treiná-las” Rômulo também era vítima da “mentalidade saneadora”. Neste trecho ele narrou sobre seu primeiro atendimento em Piratini. Ao ser o primeiro e ainda único médico negro da cidade é marcante em sua fala o sofrimento pelo racismo.

[...] o primeiro atendimento que eu fiz em Piratini eu cheguei à noite. Naquela época a Usina do Venâncio fornecia eletricidade até a meia-noite, 10 minutos antes da meia-noite a luz ofuscava e dava um sinal de que ia acabar. Dava três sinais assim, 5 minutos depois, ‘tchau à luz’. Então eu estava conversando com o Grandini e ele me passando as diretrizes do hospital e a luz fez essa ofuscada e ele botou um toco de vela e acendeu a vela e eu digo: ‘mas onde é que eu estou?’ (risos) E, a luz se foi e nesse intervalo de tempo foi solicitado um chamado para atender uma paciente [...] veio a pessoa e ele já me passou esse atendimento. Era um abortamento e eu fui atender sem luz, à luz de lampião. Entrei na casa: ‘negro é pra senzala’. Meu Deus do céu! ‘Não me toca’, ‘não te toco’, mas como é que eu vou atender sem tocar. Evidentemente que esse atendimento tinha que ser feito dentro do hospital, tinha que fazer curetagem. E o meu conhecimento da época é que a curetagem se fazia a frio, não tinha anestesia porque a parte dolorosa da curetagem é a pinça que belisca o útero e puxa o útero, dá condições de passar a cureta. E o negro teve que fazer isso em alguém que tinha me dito que lugar de negro era na senzala. Foi o meu primeiro atendimento em Piratini (RÔMULO, 2014).

Corroborando a análise sobre a ação sanitarista e as parteiras foram localizados o Manual elementar de Obstetrícia de 1973 e o Guia de orientação e supervisão de parteiras empíricas de 1969, já referidos no capítulo um. No primeiro documento, é perceptível o incentivo à parteira se integrar a um centro de saúde ou constituir um, incluindo dicas de como montá-lo e os materiais básicos para iniciar. Há também o reconhecimento de que a parteira “[...] *en muchos casos, puede ser el único representante de los servicios de salud que ve a todos los miembros de la familia*” y por eso, defienden que “[...] *su principal papel es la educación sanitaria*” (COX, 1973, p. 126).

Este Manual apontou os “conocimientos y experiencia necesarios en la partera” e os ordenou da seguinte forma (COX, 1973, p. 126):

1. <i>Educación sanitaria</i>

2. <i>Nutrición</i>
3. <i>Planificación familiar</i>
4. <i>Desarrollo y cuidado del niño y enfermedades comunes de la infancia</i>
5. <i>Enfermedades comunes trasmisibles</i>
6. <i>Higiene personal y ambiental</i>
7. <i>Prácticas elementales de enfermería</i>
8. <i>Aptitud para el manejo del hogar</i>

No guia de orientação e supervisão fica evidente não só que os sanitaristas desejavam higienizar as parteiras, mas que as parturientes parassem de buscar “parteiras não adestradas” e fossem aos centros de saúde.

La experiencia en varios países ha demostrado que, donde se realiza la orientación y supervisión de las parteras empíricas paralelamente con la educación sanitaria al público, crece favorablemente la preferencia de las madres recurrir al centro de salud, en vez de a la comadrona no adiestrada en su domicilio (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1969, p. 2-3).

De acordo com o Guia, as orientações deviam girar em torno de dois pontos: “lo que la empírica debe hacer y lo que ella no debe hacer” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1969, p. 12). É explicado como os agentes sanitários devem proceder com as parteiras, fazendo-as mudar seus hábitos.

[...] cabe al profesional – en este caso, a la enfermera u obstetrix – dejar de lado sus prejuicios y poner empeño en conocer y entender las creencias y costumbres locales, especialmente aquellas sobre el embarazo, parto, puerperio, el recién nacido y la lactancia. De estas costumbres y creencias, ella debe seleccionar las que considera “buenas” o por lo menos inocuas, para adaptarlas dentro del programa de orientación (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1969, p. 4-5).

Também frisavam a importância do controle ser periódico e contínuo e, se possível, com visitas de “surpresa”, para que as parteiras não voltassem a atuar como antes. Entretanto, os treinadores deveriam cuidar para que elas percebessem este controle como um “processo eminentemente educativo” e não policialesco, como podia parecer. Afinal, já que não seria possível controlá-las em todos os atendimentos, as parteiras precisavam estar confiantes para “confessarem seus erros”.

Uno de los aspectos más importantes en la ejecución de programas de orientación de parteras empíricas, es la provisión posterior de guía e control periódica y continúa. Este es especialmente necesario, porque comúnmente las comadronas sin supervisión frecuente, vuelven fácilmente a sus antiguos hábitos. [...] Es importante no dar a la supervisión la apariencia de una actividad policíva. Como proceso eminentemente educativo que es, debe conservar un clima amistoso y de confianza. Las comadronas deben sentirse en la libertad de comentar su trabajo y aún más, sus errores, con la enfermera u obstetrix. [...] Mas La revisión del maletín o paquete de parto es una oportunidad para controlar a la comadrona y corregirla sobre el cuidado y mantenimiento de su contenido. Se ha de aprovechar realizar esta revisión no solamente en las reuniones periódicas en el centro de salud o cuando la comadrona viene en busca de suministro para este, sino también en visitas que se hacen a su hogar, un tanto sorpresivas, pero sin que la partera comprenda el carácter de las mismas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1969, p. 51-52).

Reconheceram que a parteira é uma líder em sua comunidade e que poderia ser uma importante agente para a propagação do sanitarismo:

Como la comadrona es una líder natural en la comunidad que ejerce influencia sobre la madre, la cual a su vez da bases a los padrones de salud para los demás miembros de la familia, se puede orientar a las parteras empíricas sobre nociones elementales sobre educación sanitaria y prestaciones de primeros auxilios simples, para así tornarla en un agente de salud comunal que contribuya para el bien de las gentes, en vez de una trabajadora clandestina que ponga en peligro las vidas de parte importante del pueblo – como son las madres y los recién nacidos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1969, p. 13).

Rômulo contou sobre algo que era frequente na década de 1960, sobretudo, em cidades do interior. Segundo ele, a Unidade de vigilância sanitária (Posto de Saúde) em Piratini era dirigida por um senhor que não tinha nenhuma formação, mas era chamado de doutor e receitava medicamentos, fazia perícias e exames ginecológicos. Rômulo o denunciou e ocupou a chefia, mas criou conflitos políticos e teve de deixar o Posto²⁵.

Ele expôs quais estratégias as unidades sanitárias utilizavam para que as pessoas se vacinassem e qual o objetivo da vacinação.

²⁵ A fala de Rômulo denota um período em que não havia faculdades de Medicina nesta região do Estado. A Faculdade de Medicina da UFPel é fundada somente em abril de 1963 (CCS-UFPel, 2013). Os poucos médicos diplomados haviam estudado na capital do Estado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande Sul, fundada em julho de 1898, como fizera Rômulo (FAMED-UFRGS, 2012).

As unidades sanitárias distribuíam leite, donativos, em troca do convencimento para a vacina. Então o uso da carteirinha foi introduzido antes do pré-natal. Isso vem sendo trabalhado desde 1960, 1950, desde a organização dos Postos de Saúde (PS), antes era Departamento Estadual de Saúde e PH (Postos de Higiene), para depois Postos de Saúde. [...] Isso gira muito nos valores eu diria mais econômicos, não se visa muito o ser humano, mas o que o ser humano pode oferecer de lucro. Não o que o ser humano precisa. Temos que cuidar do lucro, então temos que ter gente sadia pra produzir. A preocupação é o lucro, o que infelizmente continua até hoje. Precisamos de mão-de-obra, esta mão-de-obra precisa estar com saúde. Então vamos cuidar da saúde (RÔMULO, 2014).

Dona Eulália (2013) fez dois treinamentos em Obstetrícia. Depois, os médicos que a treinaram mantinham o contato com as parteiras, propagando o higienismo para além dos cursos: “Os médicos lá de Bagé foram muito bons, me ajudaram muito, depois eles vieram me visitar e ainda trouxeram bastante remédio. Remédio pra fazer higiene na mulher, injeção. Eles foram muito bons pra mim.” Ela mencionou o fato de que eles vinham sem avisar, o que evidencia que a “visita” tinha um caráter fiscalizador, era uma vistoria de surpresa.

A partir da História Oral, se observou que as parteiras de hospital seguiam o modelo sanitarista mais fielmente e eram mais intervencionistas que as outras que atendiam a domicílio. Realizavam como procedimento de rotina a tricotomia²⁶ e a episiotomia²⁷, além da aplicação de drogas analgésicas e estimulantes. Entretanto, todas elas demonstraram preocupação com a higiene, inclusive as parteiras rurais ao utilizarem o álcool. Dona Cecília afirmou: “Tesoura de corta umbigo era tudo marcado, tudo era passado no álcool”. E Dona Dalva: “[...] só o que tinha pra desinfetar a tesoura e as mãos era álcool”.

2.1.3 Conflitos profissionais e as consequências do sanitarismo às parteiras

As enfermeiras Marisa Vieira e Ana Lúcia Bonilha (2006) apontaram que, com a institucionalização do parto a partir das décadas de 1960 e 1970, no Rio Grande do Sul, a atividade de parteira permanece somente na lembrança das pessoas.

²⁶ Tricotomia é a raspagem dos pelos.

²⁷ Episiotomia é o corte cirúrgico feito no períneo.

No Rio Grande do Sul, ainda é possível localizar-se mulheres que até pouco tempo atuavam como parteiras leigas e não apenas em partos domiciliares. Quando houve a transferência do parto para o hospital, nas décadas de 1960 e 1970, algumas parteiras foram incorporadas no ambiente hospitalar. [...] Atualmente, no nosso Estado, as parteiras estão praticamente fora de atividade, especialmente no meio urbano, embora ainda guardem consigo sua bagagem de conhecimentos (VIEIRA; BONILHA, 2006, p. 20).

Do ponto de vista historiográfico, se tentou compreender esses processos que o ofício de parteira na Região Sul do RS passou e qual a condição atual destas trabalhadoras que, diferentemente de outras regiões do Brasil, perceberam seu ofício se extinguir.

Foucault em uma de suas célebres obras *Vigiar e Punir* (1987) defendeu:

Temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 1987, p. 30).

A percepção de Foucault (1987) sobre a relação recíproca entre saber e poder é útil para compreender os conflitos entre médicos e parteiras, enfermeiras e parteiras e entre parteiras treinadas por médicos e parteiras sem treinamento oficial. O “saber-poder” entre essas categorias se coloca de modo hierárquico, permitindo supervisionar, ou melhor, “vigiar e punir” os que supostamente estão numa escala inferior.

Para Perrot (2008, p. 74) a crescente “medicização” do parto desencadeava conflitos de saber e de poder entre médicos e parteiras. A autora defendeu que as parteiras sentiram-se excluídas em função dos saberes formalizados. Todavia, a Ginecologia, enquanto um campo de saber historicamente feminino deixou dificuldades também para os médicos que queriam se especializar nesta área. “[...] resta alguma coisa dessas rivalidades nas dificuldades recentes da ginecologia para ser reconhecida como uma verdadeira especialidade médica”. Afinal, a Ginecologia era entendida como um campo menos importante dentro da Medicina, já que tratava do corpo da mulher e de partir dos conhecimentos populares e empíricos desenvolvidos, especialmente, pelas parteiras e benzedeadas.

É interessante, nesse sentido, o trecho que Rômulo (2014) contou do período em que fez seu estágio: “Nos chamavam assim, ‘os peniqueiros’, porque íamos pras enfermarias aprender a colocar comadre, papagaios, a recolher os potes de escarro. [...] Nós éramos supervisionados de certa forma pelas parteiras. E a hierarquia era o residente [...] e o chefe da enfermaria.” Sua recordação desmistifica essa imagem gloriosa construída aos médicos, evidenciando a condição daqueles que se destinavam à “Medicina da mulher”. Além de citar que no estágio de Obstetrícia eram supervisionados por parteiras, no capítulo um foi mencionado a partir das entrevistas de Vera (2015) e Erci (2012) que os estudantes de Medicina aprendiam com elas.

Vera (2015) quando engravidou já era parteira há alguns anos, então usou essa experiência com os partos de outras mulheres para perceber o seu. Narrou o dia do nascimento de sua filha e como o médico discordou do seu saber, de parteira e de parturiente.

Eu ia ao médico todos os meses, aí quando foi do sétimo pro oitavo mês eu disse: ‘Doutor Guilherme, a Silvia’, eu já sabia que era menina, então eu disse ‘a Silvia está muito baixa, eu sinto quando caminho pressão na pelve’. E ele disse assim: ‘isso aí é queixa de parteira velha!’ Ele me chamava de parteira velha. Ele disse assim: ‘tu até que está certa, ela está encaixada, vamos fazer repouso’. [...] Aí no dia 13 de novembro eu tinha consulta às duas horas da tarde. [...] Aí cheguei no consultório e o doutor Guilherme disse: ‘o que?’ E eu disse: ‘Doutor, não passa de hoje!’ E ele: ‘Por quê?’ E eu disse: ‘eu já estou com contrações e eu estou caminhando bastante pra ver se adianta. E o nenê é pequenininho’. Eu sou fumante, então o bebê já nasce de baixo peso mesmo. E ele disse: ‘passa aqui e vamos ver. Tu está com três dedos, dois pra três dedos de dilatação. Lá por amanhã de manhã ela deve de vir’. Eu digo: ‘eu estou com esta dilatação?’ E ele: ‘é.’ ‘Lá por umas oito, mais tardar estou lhe chamando’. Aí ele disse: ‘ai, eu tenho horror dessas parteiras velhas que querem saber mais que o médico’. Eu digo: ‘tem muito médico que aprendeu com nós!’ (VERA, 2015)

A parteira prosseguiu a história do nascimento de sua filha, evidenciando o desprezo do médico em relação aos seus conhecimentos e a sua condição de parturiente.

Eu saí de lá e a contração dava e aliviava de cada 15, 20 minutos. Cheguei no banco paguei a conta e pensei não vou nem pegar um táxi, nem chamar o Ariosto. O ônibus vinha vazio Eduarda e eu não conseguia me sentar. [...] Fui ali na mãe, avisei: ‘Mãe, a Silvia vai nascer hoje!’ Aí já começou a ficar nervosa e eu disse: ‘Não quero ninguém, só alguém que vá junto comigo e carregue as bolsas’. Aí comecei a caminhar no pátio pra lá e pra cá. Seis e meia (18h30min) eu chamei os bombeiros, a ambulância. Cheguei na Beneficência dez para as sete (18h50min) e disse me traz uma cadeira ou

uma maca, se não ela vai nascer na ambulância e chama o doutor Guilherme. Me trouxeram a cadeira e eu fui apertando as pernas. Aí o Ariosto ligou para o doutor Guilherme e disse: 'Olha a Silvia já está nascendo!' E ele disse: 'Não, isso é fiasco da Vera!'. Quando o médico chegou a Silvia já tinha nascido. Aí eu disse: 'Doutor Guilherme quantos partos eu fiz? Eu estava com aquela dilatação, nenê pequeno, eu caminhei um monte e o nenê estava em posição boa.' Mas ele disse: 'Eu achei que primeiro filho fosse lá pela meia noite'. Eu até hoje espero a dor de parto. Claro que eu tive dor, mas acho que eu preparei tanto as pacientes, porque elas diziam: 'Não aguento mais a dor, me dá um remédio pra passar a dor'. Eu dizia: 'olha a dor forte ainda vai vir'. Eu preparando as pacientes o tempo todo, eu me preparei também. Só que aquela dor horrível, até hoje não veio. (VERA, 2015).

Erci (2012) reforçou a ideia de que o médico ao possuir o saber acadêmico detém o poder. Em suas palavras: "A culpada depois é a parteira! Tudo que acontecia de ruim a parteira era a culpada! Agora as coisas boas era o médico. [...] Mas é assim, o médico sempre teve, vai ter sempre a última palavra, pra isso que ele estudou". Maria Basilícia (2013), disse algo nessa perspectiva: "[...] o povo só quer o médico, não querem confiar mais na prática, eles querem teoria, querem diploma!"

Além das diferentes formas de saber, os modos de cuidar também são apontados como indícios de conflito, desta vez entre parteiras e enfermeiras.

Pra fazer uma injeção tu pegavas uma laranja, pra não praticar no paciente. Hoje em dia o pessoal da Enfermagem, eu brigava um monte, quando vinham alunas novas, elas iam praticar nas pacientes. [...] achavam que nós não sabíamos. Tinha uma professora Chica, ela era baiana, muito querida. Ela chegava e dizia pras alunas delas: 'olha qualquer dúvida não perguntem pra mim, perguntem pras gurias que tão aqui, elas trabalham há anos, eu aprendo com elas. Parto não é o que está escrito, parto é prática'. [...] Mas sempre tinham umas que achavam que a gente não podia saber mais, porque não tínhamos faculdade. E o doutor Luis Fassa era professor de Ginecologia e ele dizia assim: 'o que as funcionárias daqui fazem eu assino em baixo! Mas o que um aluno de Enfermagem faz eu não assino'. Então, elas ficaram furiosas com a gente. (VERA, 2015).

O uso da laranja para a prática dos estagiários evitaria que os pacientes fossem feridos. Ao ter o reconhecimento tanto da professora da Enfermagem quanto do professor de Ginecologia (Medicina), Vera reforçou a importância da prática e defendeu que o aprendizado do parto é prático, em contraponto ao aprendizado teórico.

Vera (2015), de modo irônico, contou essa passagem: “Nós parteiras medimos com os dedos, mas os residentes (médicos) e a Enfermagem mediam em centímetros. Elas ficam bravas que a gente falava dedos. Mas eu dizia: ‘a gente mede com os dedos, não enfia a fita métrica’.”

Nas narrativas também se instalou uma relação de poder entre as parteiras que fizeram um curso de capacitação com médicos e as que só tiveram a prática.

Ah, os meus partos foi... Aquelas parteiras da campanha, que não sabiam nada. Nem as mãos não lavavam! [...] As unhas bem... Eu sempre trabalhei de luva [...]. As mulheres que me atenderam... Era de qualquer jeito. E tinha aquela mania de afumentar a barriga. O quê que vai fazer? Botavam aquelas graxas de porco nas mãos e afumentavam a barriga. Nada adiantava. Eu gritava e pedia “não me afumenta, não toca na minha barriga!”. Mas eu nunca fazia isso nas mulheres. [...] Modéstia à parte, eu não estou me gabando. Eu atendi uma vez e ela não queria outra, queria eu. Mas de fato, porque as parteiras lá eram... Era bravo. [...] Tinha outras, mas já ninguém queria as outras. Essas que me atenderam eram horríveis, coitadas, elas não sabiam nada, gostavam da profissão e tinham coragem. Não estudaram porque não tiveram oportunidade, naquela época era tudo difícil. (EULÁLIA, 2013)

Em contraponto, Eulália contou que as parteiras que só possuíam a prática não ficavam bravas ou “contra” ela que tinha estudado, porque nenhuma delas cobrava caro para atender, então, segundo ela, não havia uma disputa financeira. Como se evidenciou na pesquisa, Eulália era uma das poucas, entre as parteiras que atendiam a domicílio, que cobravam. “Elas sabiam que eu tinha feito o curso e elas não. Nunca ficaram viradas contra mim por isso. Todo mundo trabalhava, mas não era uma usura, de ganhar muito dinheiro, porque todo mundo tinha consciência que o povo era muito pobre” (EULÁLIA, 2013).

O hospital, enquanto um espaço de saber que foi se tornando científico, passou a confrontar e invisibilizar o saber prático das parteiras. Conforme Erci:

[...] as parteiras não eram parteiras, eram como eu. Se tu chegavas e perguntavas: “a parteira?” “Não tem parteira na Santa Casa, tem médico!” Naquela época era assim. [...] formada mesmo, ninguém era. Então, não existia parteira e existia! [...] Entendesses? Elas faziam os partos, faziam tudo, mas não eram consideradas! (ERCI, 2012).

Corroborando a esta perspectiva, Vera colocou o quanto era difícil para ser reconhecida oficialmente como parteira e que para tanto era necessário o aval de um médico:

Não era reconhecida, não existia parteira. Só uma colega nossa, quando ela foi se aposentar que ela correu atrás e conseguiu ser aposentada como parteira, mas ela não era reconhecida na época. [...] Mas aí a dona Ana, colega minha, correu atrás com o doutor Luis Fassa, que era nosso médico chefe lá e conseguiu provar que ela era parteira. Então, foi a única de todas nós parteiras que conseguiu se aposentar como parteira. Mas ela correu muito. Teve que buscar provas aqui, registros ali, pro Ministério da Saúde aprovar. (VERA, 2015).

Para a maioria das parteiras a condição de seu ofício na atualidade tem uma relação direta com a criação do curso de Enfermagem, a partir do qual se consolidou um enfrentamento entre parteiras e enfermeiras e a falta de reconhecimento das primeiras, sobretudo, por parte dos médicos.

Como eu te disse depois que começou a Escola de Enfermagem e Obstetrícia, ninguém mais reconhece parteira, não aceitam. Porque parteira nunca teve um curso, só teve curso prático. [...] Se tu fores numa maternidade hoje, não vai ter parteiras, elas podem até ser, mas não são reconhecidas, elas não podem dizer sou. E nenhum médico assina, como assinavam na minha época, o que as parteiras faziam. E hoje nenhum médico assume. Pra tu ser parteira precisa ter alguém que assuma, confie em ti. [...] Esses novos hoje não... tanto é que o meu médico que eu tratei o pré-natal me chamava de parteira velha. Eles não dão o braço a torcer que uma parteira tenha mais prática do que eles. Enquanto um médico fazia um parto, a parteira naquela época fazia 10, 12 (VERA, 2015).

Vera (2015) reiterou quando esse processo começou a ocorrer em Pelotas: “A escola de Enfermagem começou em Pelotas nos anos..., qual é que foi a primeira turma que veio pra lá?! 82 parece... aí mesmo que elas começaram a dar em cima, que nós não podíamos mais fazer parto!”

No Estado havia um curso de partos em Porto Alegre até 1925, quando foi criado o curso de Enfermagem Obstétrica (BRANDÃO, 1998). Na Região Sul do RS, os treinamentos aconteciam, principalmente, nas cidades de Pelotas e Bagé, geralmente, coordenadas por médicos e tinham a duração de aproximadamente um mês²⁸. Apenas em 1976 foi fundada a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia em

²⁸ Informação dada pelo médico Rômulo Panatieri e pela parteira Eulália Sória.

Pelotas, na UFPel, não na data que Vera mencionou. Em 2012 esta Faculdade passou por uma reformulação curricular tornando-se Faculdade de Enfermagem²⁹.

Rômulo apontou que o reconhecimento das parteiras enquanto tal estava condicionado ao acompanhamento de um médico.

Maria Basilícia faz parte dessas últimas que passaram a trabalhar como parteira. [...] a Ana Julia e a Sueli que restaram de parteiras. O que eram estas parteiras? Essas parteiras receberam a sua formação no acompanhamento aos médicos, no seu atendimento obstétrico. Então, de tanto acompanhar o médico foram adquirindo conhecimento e informações adequadas (RÔMULO, 2014)

Na sequência se organizou os motivos pelos quais as parteiras explicaram o término de sua atuação.

Dona Cecília mudou-se da zona rural para a urbana de Piratini com 45 anos, na década de 1960. Ao chegar à cidade já havia um hospital, local onde as mulheres urbanas, segundo ela, preferiam parir e, devido à distância, não podia ir ao interior sempre que houvesse um parto.

Erci (2012) saiu da Santa Casa de Pelotas quando se aposentou. Disse que sempre atuou na Obstetrícia, entretanto, a primeira assinatura em sua carteira profissional colocaram que a sua função desempenhada era a de “servente” (Figura 07 B). Depois de um curso passaram-na ao posto de “atendente de Enfermagem” (Figura 07 C). “[...] foi o único curso que eu fiz lá dentro. Porque na época teve uns cursinhos de atendente de Enfermagem”. Ainda disse: “[...] depois de muito tempo, eles me passaram pra trás!”

²⁹ Informação localizada no site da Faculdade de Enfermagem da UFPel.



Figura 07 A: Carteira de Trabalho de Erci. Folha inicial. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.

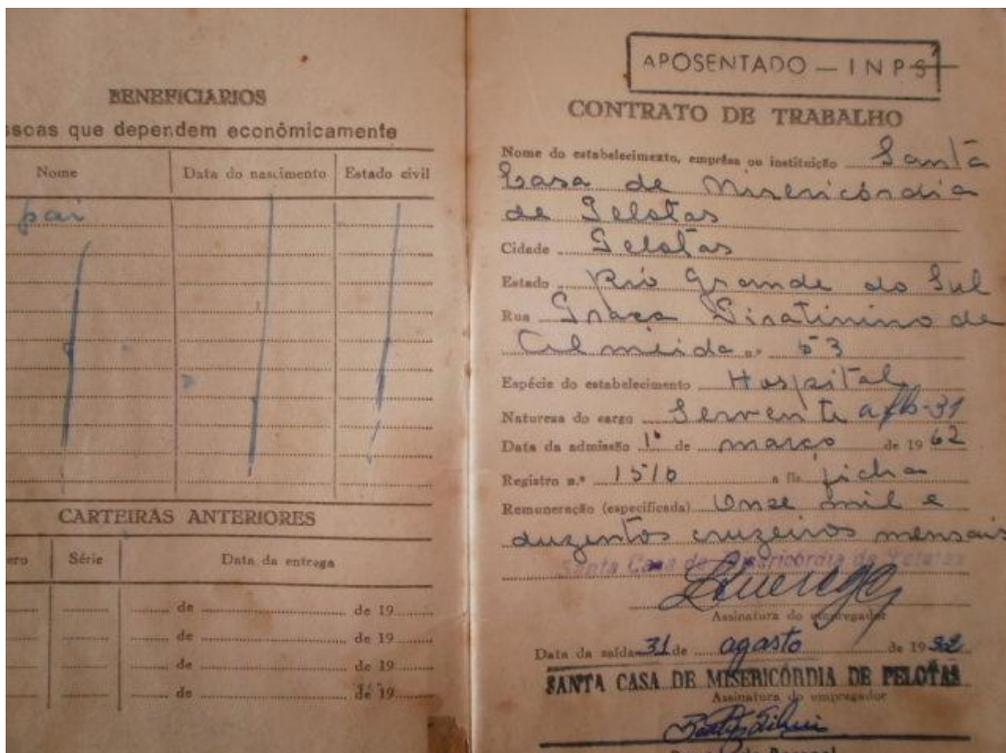


Figura 07 B: Carteira de Trabalho de Erci. Folha que indica a contratação na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.

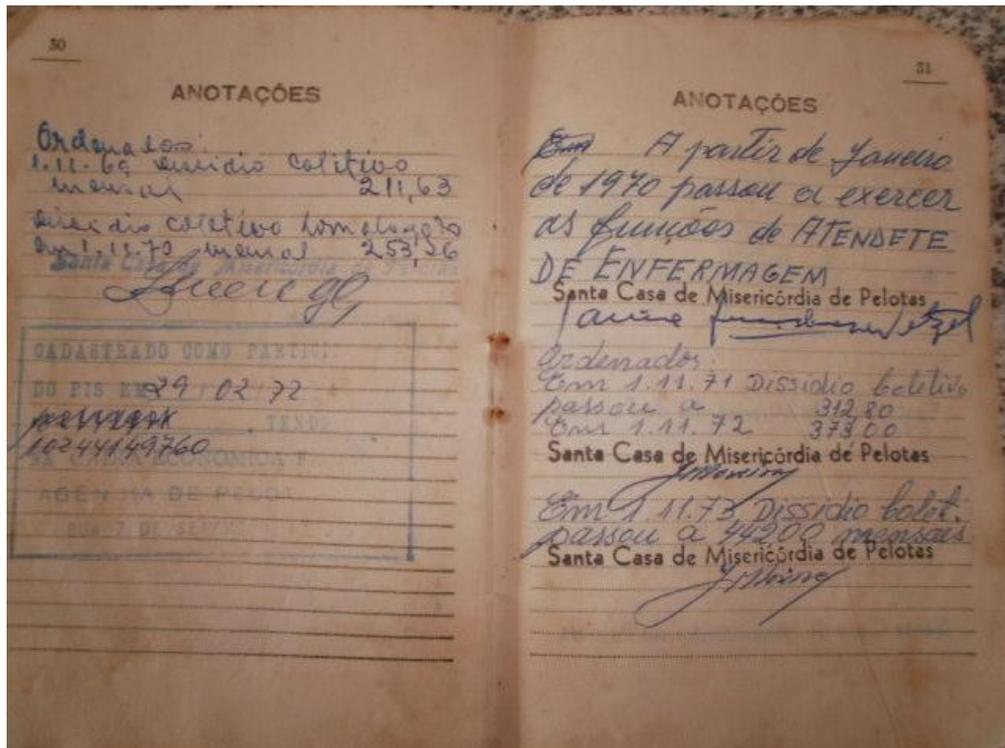


Figura 07 C: Carteira de Trabalho de Erci. Folha que indica a transferência para o posto de Atendente de Enfermagem. Pelotas, 2012. Acervo da pesquisadora.

Já Vitalina (2012) parou de atuar em virtude da perda da visão. Afirmou que: “[...] gostava muito! Sempre gostei e se eu enxergasse bem agora, seguia de novo”.

Dona Dalva contou que tinha mais de quarenta anos quando parou de partejar. Segundo ela, as mulheres foram parando de lhe procurar porque as estradas melhoraram, as pessoas da zona rural começaram a comprar carros e ir para a cidade na hora de parir e depois, ela também se mudou para a zona urbana de Piratini.

A parteira Eulália (2013) parou de partejar há cerca de vinte anos. Quando se mudou para a cidade seguia indo até o interior atender partos, quando era perto ia a pé, quando era longe lhe buscavam de carro, mas depois ela mesma passou a indicar o hospital para a parturiente.

Dona Jaci cessou o trabalho quando se aposentou do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Piratini, onde atuou por mais de 40 anos. Em sua Carteira de Trabalho consta Serviços Gerais. Ensinou outras mulheres a partejar como Maria

Basilícia (entrevistada nesta pesquisa) e mencionou que uma de suas aprendizes, Ana Júlia, permanece no hospital³⁰.

Vera também deixou de atuar em função da aposentadoria e acredita que fez parte da “última leva” de parteiras de Pelotas. Hilda cessou a atividade pela velhice e Teresa (2015) porque teve uma isquemia que como sequela lhe atrapalha alguns movimentos, inclusive o indispensável uso da tesoura a uma parteira: “No dia que eu não estou boa assim, essa mão principalmente, a mão direita, ela fica sem jogo, ela dispara. Então, pra lidar com uma tesoura o braço tem que estar bem firme, a mão tem que estar boa pra cortar!”

Maria Basilícia se aposentou do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em 1996, mas seguiu trabalhando até 2009. Relatou que com 30 dias de trabalho lhe assinaram a Carteira, mas que “Na carteira nunca constou, sempre assinaram como enfermeira. No cartão-ponto era parteira.” Explicou como se deu a eliminação das parteiras do Hospital e a substituição por enfermeiras:

E aí em 1996 parece que foi que eles proibiram, em 2000 foi que a gente não podia mais fazer partos sem o médico presente. Se fazia porque os médicos não chegavam, nunca tinha no hospital. Quando chegavam tu já tinha feito tudo, já estava pronto o parto. E quando eu me aposentei em 1996 já não tinha mais esse negócio de parteira, era enfermeira da sala de parto, aí eu me aposentei como auxiliar de Enfermagem. [...] Foi o COREN [...] e a Secretária da Saúde parece que foi que eliminou essa parte, não existe parteira, existe enfermeira-obstetra, parteira não existe! Aí liquidou com as parteiras! Mas lá nos seguimos fazendo parto. (MARIA BASILÍCIA, 2013)

Ao obstetra Rômulo (2014) foi perguntado quando as parteiras de experiência começaram a ser proibidas. Ele respondeu: “Eu acho que de uns quatro anos pra cá, isso é coisa do COREN, das enfermeiras-padrão”.

A técnica de Enfermagem Sueli Braga, 54 anos, trabalha na maternidade do Hospital de Piratini e explicou que começou sem o curso, era uma parteira prática, mas que teve que fazê-lo em seguida, por causa da fiscalização na década de 1990.

Primeiro era auxiliar, depois vinha o técnico de Enfermagem pra gente fazer. E quando eu vim pra cá eu fiquei trabalhando aqui um tempo, mas aí depois em seguida eu logo tratei de fazer o curso. Porque em seguida a fiscalização já estava em cima (SUELI, 2012).

³⁰ Ana Julia foi procurada para a pesquisa, mas afirmou não ser parteira e sim técnica de Enfermagem.

Expôs quais são suas funções atuais no hospital Nossa Senhora da Conceição, em Piratini:

[...] eu auxilio o doutor na hora do parto. Quando as parturientes chegam a gente dá uma olhada e comunica eles, que aí eles vem avaliar pra ver se realmente elas estão em trabalho de parto e se elas vão ficar. [...] Na hora que vem nascendo o bebê se o doutor não está, tu faz, tu é obrigada a pegar o bebê ali na hora e tudo. [...] No início a gente escuta os BCF, a gente verifica pressão, e a gente informa o médico [...] são chamados, na hora que elas vêm, a gente avisa eles, aí eles vem avaliar. [...] Às vezes tem umas que ganham lá fora ou no carro, geralmente dentro da ambulância. [...] agora tem que ir [buscá-las] porque os papeis tem que sair daqui, se ganhar em casa tem que trazer pra cá, porque tem que ter o papel pra registrar. Elas não podem mais ficar em casa. [...] dou uma medicaçãozinha pra dá uma relaxada no útero, pra ajuda elas a ter força no parto. [...] Parto normal, se corre tudo bem, depois que elas vão pro quarto a gente já leva o bebê junto com elas. (SUELI, 2012)

Trabalha há mais de 20 anos neste Hospital e reconheceu que na cidade é conhecida como parteira, todavia, defendeu que parteiras não existem mais. “Claro aqui até chamam nós de parteira, mas aqui não é parteira. Nós somos técnicas de Enfermagem. A gente só auxilia o médico. Porque parteira nem existe mais. [...] Aqui pra nós não existe” (SUELI, 2012).

Essa afirmação também é compartilhada pelas parteiras, que não conhecem nenhuma “parteira das antigas”, como se referem às tradicionais, em atuação. Tão pouco jovens mulheres dispostas a aprender e seguir carreira em seu ofício.

2.2 Parir na era industrial

Para a antropóloga Robbie Davis-Floyd (2000) existem três modelos de atendimento obstétrico: tecnocrático, humanista e holístico. Para o primeiro o corpo é uma máquina; no segundo há uma conexão entre mente e corpo formando um organismo e o terceiro modelo compreende o corpo, a mente, as emoções e o espírito como uma unidade, sendo que o corpo é definido como um campo de energia, onde a cura ocorre de dentro para fora.

Neste momento, interessa mais a discussão sobre o modelo tecnocrático. Ao invés deste termo, se optou por trabalhar na dissertação com o termo “industrialização do parto”, conforme Michel Odent (2003), embora os dois expressem a mesma condição.

Este modelo de atención a la salud humana deriva del paradigma mecanicista de la realidad jerarquizado en la revolución científica en Europa, en donde la sociedad occidental en expansión comercial tomaba a la máquina como metáfora para la organización del universo humano. En el transcurso del siglo XVII, aplicando la metáfora mecanicista al cuerpo humano, comenzó el proceso de traslado del cuerpo del ámbito de la religión y de la filosofía hacia el ámbito de la ciencia. La concepción del cuerpo como una máquina implicó entregarlo a la investigación científica dejando de lado fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad. (ALEMÁN, 2010, p. 29)

O parto passou a ser percebido como um processo mecânico imperfeito (DAVIS-FLOYD, 2000). Desse modo, se criou uma metáfora do corpo feminino como uma máquina defeituosa e esta ideia, constituiu a Obstetrícia moderna.

Davis-Floyd realizou uma pesquisa com mais de cem mulheres que pariram nos Estados Unidos e observou que existem três rituais centrais no modelo tecnocrático, os quais também são identificados no processo de industrialização do parto.

[...] tres rituales que transfieren los valores centrales de la sociedad tecnocrática norteamericana a la parturienta y su familia: el monitoreo fetal electrónico, la oxitocina y la episiotomía; los considera emergentes del paradigma que denominó: modelo tecnocrático de nacimiento (DAVIS-FLOYD, 2004, p. 15 *apud* ALEMÁN, 2010, p. 33).

Lorena Gill (2012, p. 2) apontou que a maior parte dos trabalhadores de ofícios tradicionais, como as parteiras, está fora do mercado de trabalho em função “do esgotamento de suas forças de trabalho, com o declínio natural da idade e também pelo avassalador efeito das novas tecnologias, que tornaram alguns dos ofícios mais tradicionais até então, completamente ultrapassados”.

Gestine Trindade e Paolo Nosella (2010) citaram uma grande lista de ofícios e trabalhadores extintos ou em processo de desaparecimento, entre eles: os tecelões, os fiandeiros, os alfaiates, os sapateiros, os consertadores e as parteiras. Explicaram como consequência dessa crise a modernidade e o capitalismo.

Pouco a pouco, em decorrência das determinações econômicas, das mudanças nas formas de organização do trabalho e do consumo, e das próprias fragilidades da profissão e das relações profissionais, aquelas profissões entraram em crise, crise do poder profissional, crise da ética profissional, crise de confiança na formação do profissional, crise de filiação. [...] A questão aponta para as contradições da dinâmica da sociedade capitalista, que ora cria e ora extingue profissões, atividades produtivas e frações da classe trabalhadora, em razão dos interesses econômicos e políticos do processo civilizatório da modernidade e do capitalismo industrial e globalizado (TRINDADE; NOSELLA, 2010, p. 91).

Mott (2002, p. 198) defendeu que a institucionalização do parto começou no Brasil na década de 1930, quando o hospital passou a ser indicado como o “[...] local ideal e seguro para as mulheres darem à luz”, período em que o parto começou a ser visto como um evento médico.

[...] O exame clínico passava a contar com diferentes tipos de diagnóstico fornecidos por aparelhos, exames de laboratório e raio X. [...] A indústria farmacêutica colocou no mercado uma série de medicamentos para diminuir a dor e acelerar o trabalho de parto [...]. Aconselhava-se que as operações fossem realizadas em maternidades (ou em hospitais) e, não mais em residências [...] [devido] a possibilidade de se ter um maior controle sobre a paciente e o recém-nascido, bem como uma menor interferência da família (MOTT, 2002, p. 203-204).

Perrot (2008) discorreu sobre essa transição do parto domiciliar para o hospitalar, enfatizando que por muito tempo este último local era destinado as mulheres pobres e desamparadas e que depois da Segunda Guerra Mundial há uma inversão e as mulheres de posses passam a procurar a clínica médica para parir. De acordo com as palavras de Perrot (2008, p. 74): “o parto medicalizou-se, masculinizou-se, hospitalizou-se”.

Nadja Brandão (1998) abordou “o declínio do ofício” de parteira. Segundo ela, começou a partir de 1950 com o aumento do poder médico e com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em 1967.

Tem-se, então, a partir de 1950, os médicos obstetras, os médicos plantonistas, os cuidados oficializados no pré-natal e os hospitais credenciados onde é essencial para a baixa, a carteira do assegurado. Estão à disposição das gestantes os berçários assépticos, as vacinas para a mãe e para o filho, os anestesistas, o parto sem dor, as cirurgias a granel e a data do nascimento escolhida. [...] Aliado a isso, o INPS passa a cobrir qualquer despesa médica [...]. As parteiras, pouco a pouco, são desativadas do seu papel (BRANDÃO, 1998, p. 218-219).

Corroborando com estas perspectivas, o obstetra francês Michel Odent (2003) escreveu o livro “O camponês e a parteira: Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto”. No estudo, dedica-se a pesquisar a situação do parto em diversos países pelo mundo, inclusive no Brasil. Em sua visão, todos os países capitalistas vivenciam processos de industrialização do parto, em diferentes proporções.

Odent (2003) assinalou dois marcos como determinantes para a instituição da industrialização do nascimento: o pós-Segunda Guerra Mundial quando foram propagados antibióticos e anestésicos e começaram a acondicionar as transfusões de sangue em materiais plásticos, transformando, “[...] de repente, a cesariana numa operação confiável. [...] [Entretanto,] o índice de cesarianas não aumentou de forma drástica até a década de 60, quando apareceu uma nova geração de obstetras treinados cirurgicamente” (ODENT, 2003, p. 47). E, segundo o autor na década de 1970 os partos hospitalares tornaram-se a norma, em detrimento dos partos domiciliares e das parteiras. Elencou outras características desse processo:

A concentração nos grandes hospitais não é a única característica do parto industrializado. Também existe uma tendência notável rumo à padronização. Rotina e protocolos representam palavras-chave na obstetrícia moderna. [...] além do parto por cesariana, que pode ser planejado ou decidido durante o trabalho de parto, existe um parto normal, quase padronizado. No caso de um parto “normal”, a mulher recebe uma peridural e ocitocina intra-venosa, enquanto o bebê é monitorado eletronicamente. É normal que um tubo seja inserido pela uretra para esvaziar a bexiga. Durante as últimas contrações, a utilização de uma ventosa (ou de fórceps) é associada a uma episiotomia. No momento preciso em que o bebê nasce, administra-se uma droga rotineiramente para contrair o útero, permitindo a expulsão segura da placenta. Na idade do parto industrializado, a mãe não tem o que fazer. Ela é uma “paciente” (ODENT, 2003, p. 49).

Perrot (2008, p. 73) colocou que “a cesariana, inventada na Itália na Época Moderna, põe em evidência o conflito que se estabelecia em torno do dilema: a mãe ou a criança? Na maior parte das vezes, os médicos escolhiam a criança”.

Enfatiza-se que o Brasil é considerado atualmente o líder mundial de cesáreas. Ao invés de indicar uma condição tecnológica positiva, é uma situação epidêmica, que aumenta o número de prematuridade, hemorragias, infecções e embolia. 55% dos nascimentos no Brasil são feitos via cirurgia abdominal, sendo que a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15%. Um fator

que evidencia o quanto a cesariana se tornou um bem de consumo no Brasil, permitindo que o/a médico/a e a parturiente agendem o nascimento é que a maior ocorrência de cesarianas eletivas é na rede privada, perfazendo 84,6%. Já no SUS é de 40%, uma taxa menor, mas consideravelmente elevada para os padrões da OMS (BRASIL, 2015³¹).

Odent (2003, p. 45) apontou que “o principal ímpeto de eliminar as parteiras se disfarçava no pretexto de melhorar a assistência. Porém os reais motivos eram econômicos. As parteiras [...] limitavam o volume de negócios para os médicos [...]”. Jardim (1998, p. 192), que percebe este ofício como extinto, discordou. Para ela o principal conflito com os médicos é “[...] mais do que uma disputa que se dava ao nível do mercado, isto é, na busca de clientes, tratava-se de uma competição ao nível das mentalidades. A busca de um lugar de confiança no imaginário das pessoas”.

Rômulo (2014) apontou que “não se fazia cesárea eletiva. [...] Era por necessidade da criança ou da mãe. Nunca por desejo.” E quando perguntado se ela é feita nos dias atuais, visto que ele ainda atua como anestesista, ele respondeu:

Agora me enrascasse com essa pergunta. Não devia ser. Até hoje a cesárea é por indicação. É evidente que as mulheres modernas, por assim dizer, entendem que o trabalho de parto é coisa ultrapassada. Definir quando vai nascer, data, dia, hora e há quem se submeta a isso. Mas no meu entender a cesárea é uma alternativa para circunstâncias negativas a evolução do parto. (RÔMULO, 2014)

Embora Rômulo tenha dito que a cesárea deve ser feita mediante circunstâncias negativas, que estejam prejudicando à parturiente ou o feto, deixou explicitamente escapar que entende o trabalho de parto (e a espera por ele) como ultrapassado. Ao tentar fazer uma crítica à “mulher moderna”, a que escolhe uma cesariana sem indicações, assumiu concordar com ela.

Kitzinger (1984, p. 231) em seu manual indicou que “A cada dia, mais mulheres estão sendo incluídas na categoria de ‘alto risco’. [...] Se você tiver mais de trinta anos de idade e houver suspeitas de que haverá problemas com seu parto, você poderá ser aconselhada a fazer uma cesariana”. Também afirmou que na América do Norte e Sul se a primeira gravidez resultou em cesariana é comum

³¹ Matéria publicada em 13/11/2015 no Portal da Saúde do SUS.

repetir o procedimento as demais, mesmo que não haja indicação. Sua fala é expressa para afirmar que os índices de cesáreas na década de 1980 estavam aumentando, por fatores diversos e algumas vezes injustificáveis, a não ser a preferência do/a médico/a.

A parteira Erci (2012), apesar de ter trabalhado diariamente assistindo partos normais na Santa Casa de Pelotas, e acreditar que são melhores para a mulher e o bebê, explicou por que escolheu fazer uma cesariana.

Eu fiz um parto programado, fiz uma cesárea. Por que quando ela nasceu eu tinha 38 anos, eu tinha tudo para fazer como eu queria, eu fiz um parto programado. Foi no dia do meu aniversário. [...] Teria que ter contrações, sentir dor, entrar em trabalho de parto, aquele processo todo da mãe pra ganhar o nenê normal. [...] Foi minha escolha e com a ajuda da médica, muito querida a minha médica, aí eu fiz cesariana. Por que eu também queria fazer laqueadura. Eu trabalhava lá, hoje em dia se tu vai fazer é uma fortuna! Até tem uma conduta que eles não querem mais fazer cesárea e é bom mesmo parto normal, melhor que uma cesariana, sem dúvida, para mãe mesmo. (ERCI, 2012)

Erci relatou como era o seu atendimento em um turno de trabalho. É notável a forma mecânica com que procedia. Um ritual repetitivo, rápido, que pouco permitia individualizar a condição de cada paciente e extremamente exaustivo.

Tinha noites que eu fazia cinco partos, eu fazia! Atendia as mães, cansei de atender a mãe na sala de parto, nascer um na cama e eu ia lá pegava o nenê, trazia na sala para aspirar, passar a sonda pra tirar a secreção, enrolava, não dava tempo de dar banho, botava o bebê dentro da incubadora, aí atendia as mães, tirava a placenta e preparava a mãe, botava no leito e depois eu vinha atender os nenezinhos. Às vezes cinco partos por noite eu tinha e eu era sozinha! Tinha que me virar, mas passou! (ERCI, 2012)

Igualmente se referiu ao curso de atendente de Enfermagem que fez:

Não me lembro, mas foi uma coisa rápida assim. Que eu não aproveitei nada, porque tudo que ele passava ali eu já sabia, só pra ter um diploma. [...] depois de muito tempo que apareceu o curso na carteira [de trabalho]. Aquilo era mais pra Enfermagem, parto mesmo não tinha (curso). Era curativo... por isso, também, que eu passei em todos os setores, além de trabalhar de noite eu fazia estágio, das 14:00 às 18:00h. E tinha aula também das 14:00 às 18:00h. (ERCI, 2012).

Por fim, a analogia de Odent (2003) ao pensar em industrialização do parto, permitiu que se pensasse nas ferramentas utilizadas. Rômulo apesar de ter dito que

tem uma “reserva” ao uso do fórceps³², ou seja, que ele deve ser usado em situações específicas, afirmou utilizá-lo.

Fórceps de alívio cheguei a usar. É o fórceps que se faz já na parte final, quando a cabeça do bebê já está livre do canal vaginal, então é só de alívio realmente. [...] Eu tenho uma certa reserva ao fórceps porque usado mal e eu vi essa utilização, o professor Oton uma vez pra demonstrar que não se faz, pra mostrar o malefício do fórceps alto ele fez uma demonstração com um feto morto, o olho da criança saltava... meu Deus!

Já Erci (2012) considerava que utilizá-lo seria demais e que ao fazer isto o parto perderia seu caráter de natural. “Só, eu sempre fiz assim, parto normalzinho, nunca usei ferro, nada, nada! Mas eu tive colegas que usavam! Eu nunca usei, achava que isso já era demais”.

E, Maria Basilícia (2013) demonstrou rejeição ao fórceps, embora tenha dito que ele poderia salvar o recém-nascido. “Eu não, eu não usava por nada aquilo, tinha horror daquilo, mas eu ajudei muito parto que o Dr. Chico aquele de Pelotas, ele fazia muito parto com aquilo. E salvou uma criança eu me lembro, com o fórceps”.

2.3 Humanizar o parto ou parir como uma leoa?

2.3.1 O movimento de humanização do parto

Desde o começo da década de 1980 começaram a chegar materiais traduzidos no Brasil sobre o movimento de humanização do parto. Entre eles, o livro *Gravidez e Parto* (1984) de Sheila Kitzinger, que propôs mudanças na forma de atenção ao parto e incitou as mulheres para protagonizarem este momento. Carmen Tornquist (2004, p. 152) apontou que “a identidade do movimento se constitui, justamente, pela contestação desta prática e de seus pressupostos, a saber, a *patologização do parto*”.

³² “Os fórceps se assemelham a pegadores de salada de metal. [...] As lâminas curvas são introduzidas uma de cada vez e se fecham em torno da cabeça, uma em cada têmpera.” (KITZINGER, 1984, p. 229).

No ano de 1993 foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) em Campinas-SP. Foi quando o movimento se institucionalizou em uma rede de associados, sendo a maioria composta por profissionais da área da saúde, sobretudo enfermeiras (TORNQUIST, 2004). E, em 2012 o movimento, composto majoritariamente por mulheres foi para as ruas de pelo menos 30 cidades brasileiras e chegou as mídias, protestando pelo direito ao parto domiciliar no evento que ficou conhecido como “Marcha do parto em casa” (GONÇALVES, 2014).

Para Tornquist (2004) no movimento não há uma recuperação da forma tradicional de parturição, pode haver no máximo uma reinvenção da prática. “Esse movimento se constitui em torno de um ideário, ou seja, de um conjunto de valores e propostas partilhados por pessoas [...] que recusam formas altamente medicalizadas para o nascimento de seus filhos” (TORNQUIST, 2004, p. 6).

Segundo Maria da Glória Gohn (2011, p. 335-336), os movimentos sociais são “ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas”. Seja através de denúncias, marchas, desobediência civil ou negociações, os militantes constroem propostas para mudar a sociedade.

Interessa para a dissertação analisar esse primeiro momento do movimento. Compreende-se que ele faz parte de uma grande crítica a todo o modelo hegemônico brasileiro de atenção a saúde. Os movimentos nesta área que ocorreram entre as décadas de 1970 e 1980 foram: a luta pela construção do campo saúde da mulher e pelos direitos reprodutivos, o embate pelo fim da AIDS e contra os manicômios e pela humanização do atendimento à saúde de modo geral. Esse processo é definido por José Palma (2013) como um enfrentamento às práticas higienistas e disciplinares destinadas especialmente, aos pobres, mulheres, crianças e trabalhadores.

Tornquist (2002) explicou que o movimento propõe mudanças no modelo de atenção ao parto tendo por base a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1985, que inclui:

[...] incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de

parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas. A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, a curto, médio e longo prazos. O conjunto de medidas tidas, então, como humanizadoras busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicizado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002, p. 483-484).

A humanização do parto tem várias correntes de pensamento e militância, dentre elas os que acreditam na possibilidade de um “instinto materno” (BADINTER, 1985). Na crença de que toda mulher estaria apta a parir naturalmente, porque esta seria uma condição inata, portando desejada/consentida, por todas elas e que ao gestar a futura mãe seria inundada por um amor incondicional ao feto. Tal concepção deixa de lado que o parto além de biológico – no qual a possibilidade de patologias não está excluída, é também um processo psíquico e cultural e a sua individualidade (seu direito de escolha) precisa ser respeitada (TORNQUIST, 2002).

Elizabeth Badinter (1985) desconstrói tal ideário apontando que o amor materno é construído de modo contínuo e não dado. Esta acepção criada no século XVIII implica em obrigar a mulher a cuidar dos filhos, trancafiada no espaço privado, aliviando o homem de tal tarefa. A mulher selvagem ocupa lugar de honra em contraponto às amas de leite que são vistas como mercenárias e as “mães burguesas” como egoístas. Ainda, utilizavam comparativos da mulher com fêmeas de várias espécies do reino animal, inclusive as leoas.

Foi por isso que se recomendou às mães imitar a sábia atitude de todas as espécies de Fêmeas [...]. Entre essas fêmeas, encontra-se o estado ideal de pura natureza, um instinto não desnaturado pelo interesse, isto é, o instinto materno não desviado pelo egoísmo da mulher. [...] os bichos mais cruéis, os mais selvagens como as tigresas ou as leoas, abandonassem sua ferocidade para cuidar de seus filhotes. E que preferissem, muitas vezes, perecer com eles a abandoná-los, quando perseguidos pelos caçadores (BADINTER, 1985, p. 186).

Tornquist (2002) reforçou os perigos de discurso da humanização do parto, sobretudo quando ele é utilizado para reforçar papéis à mulher e ideários como o do instinto materno.

As mulheres sem dúvida foram expropriadas de seus saberes, de seu trabalho como parteiras e dos poderes no campo da parturição – e recuperá-los é uma questão política fundamental. Mas cabe ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que reproduz categorias como as de instinto materno e de natureza, ainda que ressignificadas em novo contexto. Embora essa ‘mulher moderna’ seja vista agora como sujeito de suas escolhas – inclusive a maternidade – ela novamente se vê diante de prescrições ditadas por saberes científicos, que a farão escolher o que é o melhor para o bebê, e de uma celebração do parto ideal, este não raro muito distante do campo de escolha e de possibilidade de boa parte das mulheres que dão à luz. Apesar dessas armadilhas, as reivindicações em torno dos direitos reprodutivos e sexuais para aquelas mulheres que escolheram ser mães apontam para mudanças substanciais na vida das mulheres que não podem ser desconsideradas, sobretudo em um contexto no qual o tratamento desigual, a desinformação, os maus tratos e as formas sutis de tortura e mutilação sexual involuntária são comuns, como é o caso brasileiro (TORNQUIST, 2002, p. 490-491).

A maternidade pós 1968, com a revolução sexual e a popularização da pílula anticoncepcional, é percebida pelo movimento de humanização do parto, de acordo com Tornquist (2004, p. 138, grifos da autora): “como uma *escolha*, não como um destino; fruto do *desejo do casal* e parte central de um projeto familiar”.

Tornquist (2004) também mencionou que entre as famílias de classe média urbana nas décadas de 1980 e 1990 se disseminou a possibilidade de pensar o casal enquanto “casal grávido” ou “casal igualitário” (SALEM, 1983). Essa concepção propõe uma responsabilidade compartilhada entre pais e mães pelo cuidado com os filhos e é a mentalidade de grande parte dos casais que buscam um parto humanizado. A discussão entre maternidade e paternidade será retomada adiante.

2.3.2 O protagonismo da mulher

O guia “Gravidez e parto” (1984), conforme exposto no capítulo um, foi dedicado à leitura de gestantes. Sua autora é ativista do parto natural e humanizado.

No momento em que Kitzinger é uma antropóloga que está escrevendo sobre a cultura do parto, este manual não deixa de estar também ditando “saberes científicos”, embora não sejam conselhos médicos ou de enfermeiras, como os outros guias apresentados na parte que se abordou o sanitarismo. Além disso, é presente no texto o estímulo para que a mulher idealize o seu parto. Isto não é um incentivo apenas ao protagonismo feminino, mas também uma idealização que pode desconsiderar as situações imprevisíveis e emergências do nascimento.

A escritora teceu críticas ao uso excessivo de tecnologias, salientando que as mulheres estavam (na década de 1980) cada vez mais desejando serem parturientes ativas.

A moderna tecnologia empregada em obstetrícia, com suas luzes brilhantes e máquinas sussurrantes, inspira confiança em algumas mulheres, mas em muitas outras provoca preocupação e medo. [...] muitas mães acabam sentindo que não são elas, mas os médicos, que estão tendo um bebê. Alguns obstetras, por sua vez, estão convencidos de que suas pacientes não devem saber mais do que aquilo que é considerado ‘bom’ para elas e simplesmente devem confiar neles. Este é um conceito cuja validade este livro implicitamente questiona. [...] Mais e mais mulheres em todo o mundo estão decidindo que desejam ser parturientes ativas, ao invés de se submeter passivamente ao trabalho de parto. (KITZINGER, 1984, p. 2).

Um dos pontos que se preconiza na humanização do parto é o protagonismo da mulher, seu direito de escolher como e onde parir e ter suas escolhas acolhidas e respeitadas pela equipe que lhe acompanha.

Você tem o direito de decidir sobre o que acontece com seu corpo antes, durante e depois do parto. E não é obrigada, nem pela lei nem por cortesia, a concordar com métodos e investigações que não esteja disposta a aceitar. Se forem feitas coisas para as quais você não deu seu consentimento, isso se constitui numa agressão. [...] É você quem dá a palavra final sobre *onde* e *como* desejaria ter seu bebê. Se você deseja um parto natural, não meça esforços para conseguir. Planeje-o, prepare-se [...]. (KITZINGER, 1984, p. 214)

Assim, a posição do parto se torna um ponto relevante de análise. No hospital a posição que a paciente deve adotar é imposta pelo médico ou pela parteira, conforme indicou Vera (2015): “A posição era sempre a mulher deitada, na posição ginecológica, só com as pernas um pouco mais abertas.”

Todavia, cabe analisar como as parteiras a domicílio atendiam. Dalva narrou uma situação em que a parturiente não queria parir deitada na cama e ela se negou a atendê-la.

[...] só o que ela me disse: ‘ah eu não ganho filho deitada na cama, é numa caminha no chão’. Daí eu digo: ‘bom então eu não chego perto de ti. [...] Mas como é que tu vai ganhar uma criança no chão. Se até os animais se deitam pra ganhar um filho’. Foi muito contrariada, mas foi pra cama e ganhou perfeitamente. Imagina uma pessoa se parar ali, além das dores. (DALVA, 2013).

Observou-se que a maneira como Dalva convenceu a parturiente a se deitar na cama também remete ao instinto materno, de retomar a uma essencialização da natureza. Comparou a mulher a um animal para expressar a ideia de que todas as fêmeas devem parir do mesmo modo.

Teresa também preferia que a parturiente se deitasse, mas aceitava que algumas ficassem de cócoras. Contudo, advertiu o quanto é ruim para a parteira atender deste modo:

Tinha que ficar deitada. Se ela não queria ficar deitada, pedia pra descer, eu dizia: então, fica de cócoras. Botava umas cobertas, umas coisas no chão pra ficar molezinho, e ela ficava assim, como quem vai fazer cocô. [...] Eu tenho uma cunhada, a mãe do Deco, os dois que ela ganhou comigo, ganhou de cócoras. Ganhou o que ela perdeu e o Deco. Ela disse que se eu não me importava ela queria ganhar de cócoras porque parece que saía mais rápido. Eu disse: ‘pode ser.’ [...] É muito diferente, é muito ruim atender de cócoras, mas ela pediu. [...] Pra mulher eu acho que ela se sente bem porque não está deitada, mas ela não pode fazer movimento nenhum a não ser se espremer. (TERESA, 2015)

A narrativa de Teresa exemplificou a consolidação da forma de parir nos hospitais, deitada. Esta é uma posição que auxilia quem está atendendo, o médico ou a parteira, e não quem está parindo. Isto também evidencia quem protagoniza e faz as melhores escolhas para si no momento do parto. Em contraponto, Hilda (2015) relatou que a parturiente ia se ajeitando e ela ficava na posição que fosse necessária, inclusive ajoelhada. “Agora se eu pudesse me ajoelhava e atendia”.

Para Kitzinger (1984) o parto domiciliar, que foi um evento transformado e preterido pelo hospitalar, começava a ser novamente buscado de forma lenta e

gradual pelas mulheres, em razão da medicalização e da ausência de protagonismo que sofriam no hospital.

Ao mesmo tempo em que o parto no hospital constitui a maneira mais comum de se ter um bebê, está existindo um pequeno, mas constante, aumento do número de mulheres que decidem ter os seus filhos em casa. Existe uma variedade de razões que podem levar uma mulher a fazer esta escolha. [...] desejam ter o filho em um ambiente familiar, confortável e desmedicalizado, cercadas por seus próprios objetos domésticos [...]. Querem estar prontas para tomar as próprias decisões, ter o filho à sua própria maneira e ter um comportamento espontâneo, sem se sentirem forçadas ao papel de pacientes sujeitas às regras e regulamentos do hospital [...]. Em sua casa, você comanda e a parteira ou o médico são convidados [...]. Muitas mulheres suspeitam que a intervenção médica é quase sempre desnecessária e que em suas casas elas terão a oportunidade de ter um parto natural e sem drogas. Elas acreditam que a completa consciência do que está acontecendo com elas é uma experiência valiosa e que os remédios podem fazer mal a seu filho ainda por nascer. (KITZINGER, 1984, p. 19-20).

Entre as discussões sobre humanização do parto é recorrente nas regiões urbanas brasileiras falar-se em parto domiciliar planejado. “A procura de grávidas por esse tipo de atendimento tem crescido e as enfermeiras obstétricas e obstetrizas vêm intensificando suas habilidades para atuarem fora do ambiente hospitalar” (COLACIOPPO, 2010, p. 82).

Apesar do Conselho de Medicina e seus conselhos regionais apontarem que não aprovam a realização de partos domiciliares, a doula³³ e advogada Priscila Cavalcanti defendeu que não há na Constituição Federal nenhuma proibição na forma de lei ao parto domiciliar no Brasil.³⁴

No manual, Kitzinger apontou que a tecnologia e o controle médico não devem intervir de modo que estrague a experiência de parir.

Alguns obstetras acreditam que sempre que existir uma máquina ou um método que permita um maior controle médico do parto eles deveriam ser utilizados. Um ponto de vista igualmente válido é o de que se deve ser seletivo na utilização da tecnologia moderna, empregando-a onde ela for indicada, mas tendo em mente que o nascimento também é, inevitavelmente, uma experiência psicológica que afeta o relacionamento entre mãe, pai e bebê durante muito tempo depois. [...] Não se pode permitir

³³ Acompanhante do parto, responsável pelo conforto físico e emocional da parturiente.

³⁴ Informação localizada no site Vila Mamífera. Disponível em: <http://vilamamifera.com/cafemae/parto-em-casa-pode-ou-nao-pode/> Acesso em: 23 set. 2016.

que a tecnologia estrague a experiência pessoal de uma mulher que dá à luz. Quando máquinas são usadas em lugar de relações humanas calorosas e gentis, elas parecem assumir o controle. (KITZINGER, 1984, p. 214).

Kitzinger (1984, p. 215) ressaltou que nem todas as mulheres se sentem afetadas negativamente pela utilização de máquinas/ferramentas no parto. “Outras se sentem seguras ao saber que o parto está sendo controlado pelo obstetra com o auxílio de todo o seu aparato, como [...] para determinar com precisão a data do parto”.

Por fim, enfatizou que “muitos médicos e parteiras ainda não fazem nenhuma ideia de como humanizar onde se dá o parto” (KITZINGER, 1984, p. 215). Sua colocação se refere ao começo da década de 1980, entretanto a condição obstétrica atual no Brasil indica que a sua fala se mantém pertinente.

As parteiras tradicionais embora possam ser apontadas/processadas como ilegais, seguem atuando em regiões do chamado “Brasil profundo”, sobretudo no Norte e Nordeste do país. Muitas vezes, com o conhecimento dos/as médicos/as de sua comunidade, como no caso de Rômulo Panatieri, que conhece quase todas as parteiras entrevistadas para esta pesquisa e treinou parte delas.

A maioria dessas trabalhadoras não possui nenhuma certificação/habilitação, embora algumas capacitações de ONGs (como o Grupo Curumim) em parceria com o Ministério da Saúde venham sendo realizadas. Estas não possuem um caráter profissionalizante, pelo contrário, incentivam-nas a requerem seu *status* de tradicionais (TORNQUIST, 2004).

[...] apesar da perseguição sutil ainda presente e a falta de apoio, as parteiras tradicionais continuam atuando e estão se organizando em grupos e associações em diversos estados brasileiros hoje, com a assistência de organizações não-governamentais, como o Grupo Curumim. O CURUMIM é uma ONG que não visa ao lucro, fundada em 1989, para tratar de questões na área da saúde reprodutiva usando de uma perspectiva feminista. [...] Em 1991, o grupo participou com outras ONGs e funcionários do Ministério da Saúde no estabelecimento do Programa Nacional para Parteiras Tradicionais. Este programa procurou reforçar e apoiar as práticas das parteiras em suas comunidades, para fornecer cuidados de saúde primários para as mulheres durante a gravidez, parto e puerpério; melhorar a segurança das mulheres e das crianças através da humanização do nascimento com o objetivo de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade maternas. Infelizmente, o programa não foi implementado. Hoje é parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o qual também não foi implantado. O Grupo Curumim agora trabalha basicamente com parteiras

tradicionais que vivem na zona rural de Pernambuco. O grupo oferece cursos na forma de oficinas, com o objetivo de treinar as parteiras para atenderem partos normais com segurança e serem capazes de reconhecer fatores de risco ao mesmo tempo que se respeita suas práticas e conhecimentos (CARVALHO; CHACHAM; VIANA, 1996, p. 874-875).

Atualmente, há projetos em várias regiões do país dentro do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), a partir dos quais as parteiras são capacitadas para atender gestantes e crianças e serem facilitadoras na prevenção de DST/HIV/AIDS e hepatites virais. Dentre as experiências consideradas exemplares pelo MS constam:

O Projeto de Saúde Reprodutiva na Reserva Extrativista do Alto Juruá – Acre; Programa Nascendo na Floresta – Acre; O Projeto Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais do Estado do Amapá; O Projeto Modelo de Desenvolvimento Sustentável da Floresta Caxiuanã – Pará; O Projeto Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres – Goiás; As parteiras tradicionais das Reservas de Desenvolvimento Sustentável; Mamirauá e Amanã – Amazonas; As parteiras tradicionais de Minas Gerais; As parteiras tradicionais da Paraíba; O Programa Estadual de Parteiras Tradicionais de Pernambuco; Projeto Parteira Indígena Guarani e Tupi-Guarani do Estado de São Paulo; Ações voltadas para promover a atenção à saúde da mulher índia; A atuação da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais (BRASIL, 2010).

A Obstetrícia moderna contribuiu para melhorar a saúde das mulheres e crianças. Isto é inegável. Porém, trouxe alguns efeitos negativos, como o “[...] excesso de intervenções médicas, o grande número de cesáreas e o uso de drogas durante o parto, e também custos elevados e tratamento impessoal” (CARVALHO; CHACHAM; VIANA, 1996, p. 873).

Odent (2003) e Carvalho, Chacham e Viana (1996) apontaram que muitos países resolveram estes problemas através do parto humanizado, que está diretamente, na visão deles, vinculado ao trabalho das parteiras e da relação de confiança que se estabelece entre as parturientes com estas mulheres. Carvalho, Chacham e Viana (1996) citaram que na Alemanha e na Holanda as parteiras são consideradas profissionais e trabalham de forma independente, contribuindo para que mais partos naturais sejam realizados, centrados nos interesses das parturientes.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a formação de obstetrizes e parteiras profissionais, pois “[...] a tarefa de assistir à gestação e ao parto e ao puerpério normais deve ser delegada a esses profissionais” (CARVALHO; CHACHAM, VIANA, 1996, p. 874). O Ministério da Saúde brasileiro já prevê o atendimento humanizado desde o ano 2000, com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002), entretanto, só se refere ao Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, como uma parceria e não estabelece nenhuma outra estratégia/articulação para inseri-las no SUS e para a formação e inserção de novas parteiras.

CAPÍTULO 3: RELAÇÕES DE GÊNERO NA PARTURIÇÃO

3.1 A maternidade como uma questão de gênero

3.1.1 Um modo feminista de escrever a história

A escrita da História foi até pouco tempo atrás exercida majoritariamente por homens, contando suas impressões e a exaltação de seus feitos. Quando as mulheres conquistaram espaços nos bancos universitários, nem todas elas quiseram criticar tal modo de escrita e tal tarefa não cabe somente a elas.

O que se pretende nesse subcapítulo é mais do que reforçar as críticas já existentes a essa escrita centrada no homem, pensar na possibilidade de uma escrita feminista. O que não significa uma prática única às mulheres ou que só leve suas trajetórias em consideração, mas uma escrita diferente e inclusiva.

De acordo com Joan Scott (1989, p. 3) “as pesquisadoras feministas assinalaram muito cedo que o estudo das mulheres acrescentaria não só novos temas como também iria impor uma reavaliação crítica das premissas e critérios do trabalho científico existente”. Mas antes de adentrar nessa discussão, se faz necessário refletir sobre o emprego do conceito de gênero.

A palavra “gênero” vem sendo utilizada como sinônimo de “mulheres”, já que o primeiro conceito tem mais aceitabilidade no campo acadêmico, pois indicaria, ao menos aparentemente, uma neutralidade em contraponto ao segundo termo empregado, na maioria das vezes, numa perspectiva engajada.

Nessas circunstâncias, o uso do termo “gênero” visa indicar a erudição e a seriedade de um trabalho porque “gênero” tem uma conotação mais objetiva e neutra do que “mulheres”. O gênero parece integrar-se na terminologia científica das ciências sociais e, por consequência, dissociar-se da política – (pretensamente escandalosa) – do feminismo. Neste uso, o termo gênero não implica necessariamente na tomada de posição sobre a desigualdade ou o poder, nem mesmo designa a parte lesada (e até agora invisível). Enquanto o termo “história das mulheres” revela a sua posição política ao afirmar (contrariamente às práticas habituais), que as mulheres são sujeitos históricos legítimos, o “gênero” inclui as mulheres sem as nomear, e parece assim não se constituir em uma ameaça crítica. Este uso do “gênero” é um

aspecto que a gente poderia chamar de procura de uma legitimidade acadêmica pelos estudos feministas nos anos 1980. (SCOTT, 1989, p. 6)

Todavia, o conceito não pode ser considerado somente como uma estratégia para que os estudos sobre as mulheres se tornem legítimos, até porque ele não visa analisar as mulheres de modo isolado. O seu uso trouxe ganhos teóricos, já que se afasta da biologia e das interpretações essencialistas. Ele indica que os papéis atribuídos aos homens e às mulheres são construções sociais e que ambos devem ser analisados em interação.

Quando uma teoria tem por única variável a diferença entre os corpos ela torna-se um problema, pois, “[...] pressupõe um sentido coerente ou inerente ao corpo humano – fora qualquer construção sociocultural – e portanto, a não historicidade do gênero em si.” (SCOTT, 1989, p. 10).

Scott (1989) salientou que se deve dar atenção aos significados, aos modos que cada sociedade em particular representa o gênero e articula as relações de poder entre os sexos. A própria concepção de homem e mulher pode variar segundo o contexto social aplicado.

Esse tipo de interpretação torna problemáticas as categorias “homem” e “mulher” sugerindo que o masculino e o feminino não são características inerentes e sim construções subjetivas (ou fictícias). Essa interpretação implica também que o sujeito se encontra num processo constante de construção e oferece um meio sistemático de interpretar o desejo consciente e inconsciente, referindo-se à linguagem como um lugar adequado para a análise. (SCOTT, 1989, p. 16).

O gênero é uma categoria útil de análise baseada “nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.” (SCOTT, 1989, p. 21). Contudo, apontou Rago (1998, p. 6) que o gênero “[...] postula a dimensão relacional do movimento constitutivo das diferenças sexuais.”

A epistemologia feminista é uma forma de produzir o conhecimento a partir de críticas postuladas pelo feminismo. “O feminismo não apenas tem produzido uma crítica contundente ao modo dominante de produção do conhecimento científico, como também propõe um modo alternativo de operação e articulação nesta esfera.” (RAGO, 1998, p. 3)

Para Margareth Rago (1998, p. 3, grifos da autora) as mulheres trazem uma experiência cultural diferente da masculina, “que se expressa na busca de uma **nova linguagem**, ou na produção de um **contra discurso**, é inegável que uma profunda mutação vem se processando também na produção do conhecimento científico.”

As mulheres entram no espaço público e nos espaços do saber transformando inevitavelmente estes campos, recolocando as questões, questionando, colocando novas questões, transformando radicalmente. Sem dúvida alguma, há **um aporte feminino/ista específico, diferenciador, energizante, libertário**, que rompe com um enquadramento conceitual normativo. [...] Entrando num mundo masculino, possuído por outros, a mulher percebe que não detém a linguagem e luta por criar uma, ou ampliar a existente: aqui se encontra a principal fonte do aporte feminista à produção do conhecimento, à construção de novos significados na interpretação do mundo. (RAGO, 1998, p. 10-11, grifo da autora)

Dona Cecília (2012) contou que em sua comunidade era mais conhecida que seu marido e que as pessoas se referiam a ele como “o marido da parteira Cecília”. Isto era uma exceção, já que lá quase todas as pessoas se referiam às mulheres como esposas do “fulano de tal”, indicando que as figuras públicas eram na maioria das vezes homens. Todavia, mencionou uma situação que demonstra como seu ofício era, muitas vezes, incompreendido por seu marido:

Eu chegava em casa e meu marido me perguntava: ‘Tu cobrou?’ Eu digo: ‘Eu não cobrei.’ Uma vez eu saí na garupa de um velho, estava chovendo e nós não tínhamos cavalo pegado, lá no Passo das Carretas e nós morávamos no Terceiro. E aí eu cheguei no outro dia e ele me trouxe noutro cavalo e aí ele foi e disse assim pra mim: ‘Tu cobrou?’ E eu: ‘Não cobrei nada!’ ‘Tu sai na garupa desses velhos e não cobra nada!’ (CECÍLIA, 2012)

Geralmente, os chamados para atender os partos na campanha eram feitos pelo marido da parturiente que buscava e levava a parteira a cavalo. Mas em uma sociedade rural em meados do século XX uma mulher sair na garupa de um homem à noite (dona Cecília afirmou que a maioria dos trabalhos de partos começava a noite) e voltar somente no dia seguinte (ou após dias) nem sempre era compreendido, gerando, por vezes, desconfiança.

Contudo, o ofício de parteira permitia uma liberdade às mulheres para transitar entre o público e o privado. Dalva (2013) contou que quando era criança seu sonho era ter a profissão da Alvorina, parteira.

[...] porque naquele tempo a gente se criava era tudo escondido ninguém conversava nada e ela cruzava a toda disparada. E eu tinha paixão por andar a cavalo e um dia eu disse pra minha mãe de criação: 'Se Deus quiser quando eu ficar grande eu vou ter a mesma profissão da Alvorina'. Mas às vezes elas se apertavam, essas que já eram parteiras [...] às vezes iam tirar uns dias, as mulheres inventavam que ia ser tal dia [...] iam tiravam uma semana, duas, mês e ela não ganhava, então elas estavam longe e foi aí no aperto que eu segui. (DALVA, 2013).

Com a crítica feminista novas percepções se fazem necessárias, como estas em que as parteiras confrontavam as regras sociais de suas comunidades: eram mais conhecidas que os maridos; cavalgavam livremente, inclusive durante a noite e acompanhadas de outros homens. Assim, buscar essas histórias não contadas, essas pessoas que foram lentamente tornando fluidas as tão enrijecidas regras culturais, é o que se quer.

Do mesmo modo, na epistemologia feminista há um interesse por novas fontes que possam indicar algo do cotidiano, da vida privada e das resistências e alianças das mulheres, que estão em interação com os homens e as diferentes sexualidades. Nesta análise novas perguntas e conceitos devem ser introduzidos.

Essa dissertação tem o desejo de ser uma pesquisa feminista. Na introdução a autora reconhece os limites do feminismo que representa (branco e acadêmico). Porém, pretende corroborar na crítica a uma ciência que se apresenta como universal, mas é ainda um espaço masculino.

No campo historiográfico, isso pode ser observado não só pelo reconhecimento e privilégio dos autores homens que são os representantes das Escolas teóricas, mas também com relação aos conceitos. Por exemplo, a palavra compadrio é bastante utilizada no vocabulário dos/as historiadores/as e antropólogos/as, sobretudo para o estudo da escravidão (LEVI, 2015; VARGAS, 2015; VENÂNCIO, 2009; BACELLAR, 2007; MACHADO, 2007; WOORTMANN, 1995; GUDEMAN e SCHWARTZ, 1988).

O termo significa uma relação de aliança entre dois homens, os compadres, o padrinho e o pai do afilhado, ou o afilhado e seu padrinho (relação de apadrinhamento) com possibilidades de ajuda mútua e mobilidade social. Geralmente, o convidado a tornar-se padrinho possui prestígio social. Mesmo

quando se trata de uma madrinha, como a escrava Angélica, pesquisada no artigo de Luís Augusto Farinatti e Marcelo Matheus (2015), o termo empregado permanece compadrio. Embora ela represente o prestígio de seu senhor, os autores poderiam ter relativizado o termo.

A palavra “comadres” no senso comum é empregada no intuito de designar mulheres que vivem unidas (ou se reúnem) para fazer fofocas. São as “histórias de comadres”, como colocou Claudia Fonseca (2004). No entanto, essa autora alertou que a fofoca não significa o mero uso das palavras sem intenção, feito só para passar o tempo. “[...] a fofoca serve para informar sobre a reputação dos moradores de um local, consolidando ou prejudicando sua imagem pública”. (FONSECA, 2004, p. 23). Já o conceito “comadrio” que pode indicar uma relação estratégica, de ajuda recíproca estabelecida pelo gênero é pouco utilizado.

Nesse sentido, se destaca o artigo de Nikelen Witter (2015) sobre os obséquios das senhoras da cidade de Santa Maria no século XIX. Mulheres que trocavam doces e visitas, mas nos momentos de dor eram presenças certas. A autora empregou o conceito “comadrio” fazendo a flexão de gênero e caracterizando essa relação entre comadres como laços políticos, buscando suas particularidades, mas também suas formas de sobreviver e lutar.

É necessário contextualizar, historicizar, relativizar e criar conceitos que incluam, verdadeiramente, as ações e reações das mulheres.

Para apreender no passado estes momentos de resistência é preciso uma formação crítica do historiador (a) que enseje a elaboração de conceitos temporalizados e a vontade de perseguir abordagens teóricas necessariamente parciais, pois o saber teórico implica também um sistema de dominação. A crítica feminista torna-se contextual, histórica e relativista, [...] consiste em não aceitar totalidades universais ou balizas fixas. Trata-se de historicizar os próprios conceitos com que se tem de trabalhar, tais como reprodução, família, público, particular, cidadania e sociabilidades, a fim de transcender definições estáticas e valores culturais herdados como inerentes a uma natureza feminina. (DIAS, 1994, p. 375)

É notável que o caso das parteiras que se tornaram madrinhas dos bebês que ajudaram a nascer (discussão que será abordada mais a frente) é uma relação de reciprocidade entre mulheres: parturientes e parteiras. Elas dividiam momentos

alegres, mas que de repente poderiam se tornar difíceis e necessitar de ajuda, como o parto.

Assim, o conceito compadrio quando empregado neste caso passa a ter outra conotação e perde em significado. As estratégias utilizadas pelas mulheres são outras, seus espaços de atuação e poder são outros, bem como suas formas de resistir. Esta reflexão sobre o conceito comadrio será retomada no último subcapítulo da dissertação.

3.1.2 Maternidades, paternidades e feminismos

Perrot (2008, p. 69) em seu livro “Minha história das mulheres” disse: “A maternidade é um momento e um estado. Muito além do nascimento, pois dura toda a vida da mulher.”

No ocidente burguês a maternidade é idealizada, romantizada, tanto que, por vezes, esquecem que ela é um tipo de relação social, que assim como as amizades e demais parentalidades também pode ter conflitos. Todavia, evidentemente a maternidade para aquelas mulheres que decidem vivenciá-la (ou quando ela é imposta) é uma experiência. Prazerosa ou dolorosa, por vezes uma mescla de ambos os sentimentos, mas com certeza é uma experiência particular para cada mulher.

O feminismo é um movimento que produz sua crítica. Segundo Céli Pinto (2010, p. 15) há uma “coincidência entre militância e teoria”. Além disso, o feminismo abarca muitas ideias e discursos. Há o feminismo negro, o transgênero, o radical, o liberal e assim por diante. Mas em síntese é compreendido nessa pesquisa enquanto um movimento social que objetiva transformar e “questionar as relações sociais que mantêm uma desigualdade historicamente construída entre mulheres e homens”. (MÉNDEZ, 2004, p. 92).

Para o movimento feminista a maternidade explicava a dominação de um sexo sobre o outro, confinando as mulheres ao espaço privado e afastando-as da possibilidade de ter um trabalho visível e que lhe proporcionasse independência.

Assim, em um primeiro momento a recusa da maternidade parecia a forma mais lógica para subverter tal dominação.

[...] a luta política das mulheres francesas, nos anos 1970, para obter a pílula contraceptiva e o aborto como direito político, possibilitou a efetivação desta recusa. A máxima deste movimento era “un enfant, si je veux, quand je veux” [“uma criança se eu quiser, quando eu quiser”], que reivindicava o direito à livre escolha da maternidade. Por outro lado, nesta mesma década nos Estados Unidos, uma outra corrente feminista mais radical condicionava a libertação das mulheres à chegada dos bebês de proveta, supondo que, nesse momento, a maternidade não se passaria mais no corpo das mulheres. (SCAVONE, 2001a, p. 139)

Essa luta pela escolha da maternidade situa-se na corrente do feminismo igualitário. Já em um segundo momento, parte do movimento feminista passou a considerar a maternidade “[...] como um poder insubstituível, o qual só as mulheres possuem e os homens invejam.” (SCAVONE, 2001a, p. 140). Esta corrente passou a ser definida como o feminismo diferencialista, baseada no saber-poder feminino sobre a maternidade, afirmando uma identidade feminina.

A partir da introdução do conceito de gênero há uma compreensão relacional da maternidade. Não é possível compreender a maternidade sem pensar sobre a paternidade. Nesse momento se desenvolve a concepção de parentalidade. “Este tipo de análise tem como ponto de partida a relação dos indivíduos adultos (homens e mulheres) com suas crianças, não considerando *a priori* as noções de maternidade e paternidade”. (SCAVONE, 2001b, p. 53).

Poucas pesquisas foram realizadas no âmbito da História enfocando a paternidade, ou as paternidades (a partir da compreensão de que ela não é vivida de uma única forma). Nesse sentido, se apresenta o artigo de Vanderlei Machado (2013) sobre paternidade, maternidade e ditadura militar no Brasil e se destaca a dissertação de Natasha Castelli (2015) sobre os pais da Plaza de Mayo (Argentina).

Em sua pesquisa Machado (2013, p. 187) contatou que os pais mesmo que envergonhados em ver os filhos presos, sendo acusados de terroristas e assaltantes de bancos, prestaram auxílio e se mostraram indignados, contudo não invocaram a sua condição de pais, conforme fizeram as mães. “[...] jogando com os papéis de gênero. Ao se apresentarem como mulheres frágeis, que agiam por amor aos filhos

e pela união da família, acreditavam que isso as tornava menos vulneráveis à agressão dos agentes da repressão”.

Castelli (2015, p. 134) verificou que “[...] houve, ainda que timidamente, a tentativa de formação de um grupo paterno.” Contudo, o grupo não se constituiu, segundo a autora, porque os pais identificavam-se em um “papel secundário de colaboradores”. Atribuíram a sua participação menor importância em relação às mães da Praça de Maio. Estes homens reforçaram as concepções subjetivas da maternidade e “optaram pela promoção da visibilidade materna”. Ainda, para Castelli (2015, p. 135) havia outro significado por trás deste ofuscamento paterno: “[...] a reprodução de uma menor evidência política do pai obedecia a uma menor evidência do seu papel dentro do lar”.

Kitzinger em seu manual refletiu sobre as mudanças do papel do pai tradicional para um pai presente. A autora observou que no passado o parto era um assunto de mulheres, no qual a experiência da mãe era passada para a filha, mas que isso começava a mudar nos anos de 1980: “[...] hoje em dia esta é uma situação cada vez mais partilhada entre o homem e a mulher, tanto na fase de gestação quanto no momento do parto”. (KITZINGER, 1984, p. 15)

Contudo, alguns homens acreditavam que fazer parte desses momentos considerados historicamente femininos poderia comprometer sua masculinidade. De acordo com Kitzinger (1984):

Ainda existem homens que afirmam que não querem se envolver com “coisas de mulher”, e acham que a sua hombridade está sendo ameaçada. Eles têm a incômoda suspeita de que o interesse pela gestação e pelo parto poderá emascular-los, comprometendo sua condição de homens potentes e viris. Alguns imaginam estar cumprindo um ritual de boas maneiras ao levar a mulher aos cuidados de um especialista, saindo, então, de cena. Eles acreditam que um profissional entenda muito mais do que eles sobre o problema, que poderão atrapalhar o trabalho e não terão função alguma na sala de parto. (KITZINGER, 1984, p. 115)

Essa concepção, de que o universo do parto não diz respeito aos homens, não partia apenas do pai/companheiro, era compartilhada também pelos profissionais da saúde, inclusive pelas parteiras que acreditavam que o homem iria atrapalhar ou trazer maus agouros.

Há cerca de dez anos atrás [1970], algumas parteiras e obstetras encaravam com desdém os homens que se envolviam no processo do nascimento do bebê, como se eles fossem ligeiramente esquisitos. Se recuássemos no tempo cerca de quarenta anos, veríamos o homem completamente alheio a qualquer coisa referente ao parto. A gravidez era chamada “estado interessante”, sobre o qual o homem simulava desinteresse. (KITZINGER, 1984, p. 115).

A parteira Erci Maria (2012) contou que até 1992, quando se aposentou, os pais não podiam assistir os partos e que isso permanecera por mais alguns anos.

Naquela época não se entrava, não entrava nem visita na maternidade. Quando eu trabalhava de dia eu ficava na porta, a visita era das 14 às 15:00 horas. 14:00 horas tinha que estar prontinha, bonitinha na porta... receber os maridos, os parentes. Conversava com a pessoa: “fulano de tal, minutinho”... aí ia lá [na parturiente], “olha fulano de tal mandou isso aqui pra ti”. Não se enxergavam. E os nenês eles olhavam pelo berçário, tinha uma moça que fazia isso aí. (ERCI MARIA, 2012).

Kitzinger contou que mesmo que um homem se sentisse disposto a empurrar um carrinho ou trocar uma fralda, tais trabalhos eram considerados tão impraticáveis e inesperados para esse gênero que dificilmente ele os faria. “Os homens temiam que um envolvimento com as atividades da mulher pudesse humilhá-los aos olhos dos outros homens. E a concepção e o nascimento de um filho eram a síntese de todos os mistérios femininos”. (KITZINGER, 1984, p. 115)

Mas a vergonha de que outros homens duvidassem da sua masculinidade não era o único motivo para o pai deixar de realizar tais tarefas. Até porque, na maioria das vezes, elas ocorriam no interior do lar, distante dos possíveis comentários. O trabalho de cuidar dos filhos é da ordem da reprodução, é invisibilizado, considerado de menor importância. Assim, seria uma afronta àquele que “traz o sustento ao lar”, com seu trabalho público e remunerado, ter de trocar uma fralda.

Todavia, a autora do manual, em sua aceção positiva, acredita que tal situação estaria mudando: “O homem moderno está decidido a compartilhar com a mulher, tanto quanto possível, a experiência da gravidez e do parto.” (KITZINGER, 1984, p. 115)

Eulália contou que levou muitas mulheres para parir em sua casa, quando lhe pediam, pois tinha condições de melhor acomodá-las. E que suas filhas ficavam

apavoradas com sua coragem em atender os partos e que em um deles teve de pedir a ajuda de seu filho.

É que as mulheres ganhavam filho na minha casa e elas viam [suas filhas]. Inclusive meu filho mais velho, eu fiz um parto que ele teve que me ajudar, mas ele já era casado. Ele e a mulher dele me ajudaram. No tempo do lampião de querosene! Era um lampião de querosene e eu tinha que cortar o umbigo e eu tive que chamar eles, eles moravam comigo. (EULÁLIA, 2013).

Um homem neste universo era algo diferente. A maioria das parteiras afirmou que não permitia a presença de homens no quarto, nem o marido da parturiente, pois o parto seria um momento de afloração do feminino e neste contexto, conseqüentemente, um espaço delas. Mas diante do inesperado, ele pode entrar e ajudar porque já era casado e estava acompanhado de sua esposa. Havia transições ou transgressões, portanto, entre os espaços privados, tidos como femininos e os públicos, tidos como masculinos.

A posteriori, o movimento feminista passou a perceber que “[...] não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade.” (SCAVONE, 2001a, p. 141).

A perspectiva de gênero nos possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas. Ela pôde ser abordada tanto como símbolo de um ideal de realização feminina, como também, símbolo da opressão das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo. (SCAVONE, 2001a, p. 142)

Segundo Lucila Scavone (2001b, p. 48) “a escolha da maternidade é um fenômeno moderno consolidado no decorrer do séc. XX com o avanço da industrialização e da urbanização.” A maternidade no ocidente contemporâneo vem passando por transformações, sobretudo a partir da década de sessenta com as tecnologias reprodutivas e “[...] tem como características gerais proles reduzidas e mães que trabalham fora”.

As contradições inerentes ao processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressaram no mercado de trabalho, marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais, revelam os impactos desse processo na mudança dos padrões da maternidade. No momento em que as mulheres das famílias operárias, no séc. XIX, começaram a associar, de forma

crescente, trabalho fora do lar e maternidade (leia-se, também, como trabalho no lar), instaurou-se a lógica da dupla responsabilidade, que se consolidou no séc. XX, com o avanço da industrialização e da urbanização, recebendo por parte das análises feministas contemporâneas a designação de “dupla jornada de trabalho”. (SCAVONE, 2001b, p. 49)

A dupla jornada (DEL PRIORE, 2008), já discutida no capítulo um com relação às parteiras, sempre existiu para as mulheres pobres. Mas na atualidade nem as mães burguesas mais crentes do instinto materno dedicam os dias inteiros ao cuidado dos filhos. Seja pela busca da sua independência financeira, trabalhando fora de casa, ou por perceberem que o cuidado é um trabalho invisível, não valorizado.

Deste modo, são encontradas “[...] diversas soluções [...] para os cuidados das crianças (escolas com tempo integral, creches públicas, babás, escolinhas especializadas, vizinhas que dão uma olhadinha, crianças entregues a seus próprios cuidados, avós solícitos)”. (SCAVONE, 2001b, p. 56). A experiência da maternidade se transforma nessa relação com os filhos, mas, além disso, há uma variedade de tipos de mães: “[...] mães donas de casa, mães chefes-de-família, mães ‘produção independente’, ‘casais igualitários’” (SCAVONE, 2001b, p. 56).

O parto é vivido por cada mulher de um modo. “O fato de o parto durar por vezes mais de vinte e quatro horas e, por vezes, terminar em duas ou três horas, impede qualquer generalização. Para certas mulheres, o parto é um martírio” (BEAUVOIR, 1967, p. 272), para outras pode ser um instante de felicidade.

Contudo, a maternidade em si é um momento de instabilidade, mesmo quando todo o processo ocorre bem, há um novo ser dependente de proteção. O que pode ser mais um peso para os fatigados braços e seios da mulher.

Há também muitas mães que se assustam com suas novas responsabilidades. Durante a gravidez, [...] nenhuma iniciativa lhes era exigida. Agora há em face delas uma pessoa com direitos sobre elas. Certas mulheres acariciam alegremente o filho enquanto se acham no hospital, ainda joviais e despreocupadas, mas começam a encará-lo como um fardo quando voltam para casa. Nem mesmo a amamentação lhes dá alguma alegria, ao contrário, receiam estragar os seios; e com rancor que os sentem partidos, com as glândulas doloridas; fere-os a boca do filho: parece-lhes que ele aspira-lhes as forças, a vida, a felicidade. Ele inflige-lhes uma dura servidão e não faz mais parte delas: apresenta-se como um tirano; elas olham com hostilidade esse pequeno indivíduo estranho a elas e que constitui uma ameaça à carne, à liberdade, ao seu eu inteiro. (BEAUVOIR, 1967, p. 275-276)

Para Erci (2012) a parte mais triste de seu ofício de parteira era noticiar a parturiente que o feto havia nascido morto. Observou que as reações das mulheres divergiam: “[...] A coisa mais triste pra mim era quando a criança nascia morta, que eu tinha que dizer. Quase sempre era eu que dizia. Ninguém queria dizer [...]. Umãs mães já sabiam, outras estavam bem conformadas, outras não [...]”.

A parteira Vera (2015) narrou sobre a gravidez indesejada e que o número de concepções desse tipo aumentava no período do carnaval, ocasionando em muitos abortos e nascimentos prematuros que eram levados para o hospital.

[...] acontecia muito, como eu digo na safra do carnaval. Junho, julho já começava. E não eram só meninas, eram senhoras. Depois vinham as mães solteiras e a gente perguntava: ‘Quando é que menstruou a última vez? Como foi a gravidez?’ E aquelas mães... e isso não foi uma, nem duas, nem dez que diziam assim: ‘eu não quero nem ver a cara do meu filho’. Sabe o que é tu estar fazendo um parto atendendo aqui e a paciente virada pra lá?! O nenê chora e ela diz: ‘eu não quero ver isso’. (VERA, 2015)

A fala de Vera é marcada pela rejeição das parturientes com os recém-nascidos. Apesar de se mostrar abalada emocionalmente nos momentos em que isto acontecia, e eram muitos momentos, a parteira contou como procedia.

Sempre nós dávamos o bebê pra mãe ver, pegar, botar no seio, mas quando era assim o pessoal dizia: ‘ não insiste’. Se a mãe disser: ‘ não quero ver’. Só pergunta: ‘ não queres mesmo?’ Chama o pessoal do berçário e manda para o berçário que depois a assistente social vai lá e conversa. (VERA, 2015)

Erci (2012) também recordou que algumas parturientes não desejavam a maternidade e decidiam fugir sem a criança: “[...] E outras ganhavam nenê normal, umas ricas dumas crianças e diziam: ‘ não quero nem enxergar essa criança!’ [...] Na minha época acontecia das mães fugirem e deixarem as crianças na cama.”

As parteiras obedeciam o procedimento do hospital, encaminhavam o recém-nascido para a assistência social. Ao relatar que os bebês sentiam a rejeição durante o nascimento, que sofriam, Vera transpareceu seu desacordo com o ato das parturientes.

A diferença que tu sentia na hora do parto, da própria criança, quando era uma criança rejeitada. ‘ Como que a criança vai saber se queriam ou não

queriam?’ Eu digo: ‘Sente, na hora que vai por a cabecinha pra fora tu vê a diferença. Tu vê um sofrimento naquele bebê.’ [...] E outras que iam embora e deixavam as crianças, ‘só vou ali no banheiro’. [...] Dá pra fazer um livro de histórias [...] homens invadindo a sala de parto querendo matar a mulher. Dizem: ‘Ah maternidade é tão bom, só tem alegria.’ E é, 99%, mas aquele 1%. (VERA, 2015)

Também cabe evidenciar que as parteiras reconheciam que a maternidade pode ser muito dolorosa. Não eram só os bebês que sofriam ao ser rejeitados. Essas mulheres que haviam parido recentemente saíam escondidas, provavelmente, envergonhadas, amedrontadas, ainda sangrando, para livrarem-se desse encargo.

Por isso, faz-se necessário compreender que há distinções entre ser mulher, parir e ser mãe. Não é o corpo biológico que determina que a primeira chegue à condição da última. Parir também não faz nenhuma mulher tornar-se automaticamente mãe. Viver a maternidade deve ser uma escolha livre e decidida pelas próprias mulheres!

3.2 Direitos reprodutivos: da pílula à quarentena

Thomas Malthus³⁵ (1766-1834) economista e pastor da Igreja Anglicana acreditava que a população crescia mais rápido que os meios de subsistência. Ele “defendia a ideia de que a população crescia em ritmo geométrico, enquanto que a produção de alimentos crescia em ritmo aritmético”. (PEDRO, 2010, p. 142). Alguns demógrafos apontaram que na segunda metade do século XX as altas taxas de crescimento demográfico eram “[...] decorrentes de uma mortalidade em queda num quadro de elevadas taxas de fecundidade”. (CORRÊA; JANUZZI, 2003, p. 31).

Os países, de acordo com suas posições econômicas e ideológicas, divergiam quanto às políticas de natalidade.

Os Estados-nação, quer se trate dos Estados totalitários ou de democracias, têm uma política demográfica natalista, favorável às famílias numerosas e às mulheres que não trabalham fora. Sua legislação persegue

³⁵ Para saber mais sobre a teoria de Malthus sobre o crescimento populacional recomenda-se a leitura da obra: MALTHUS, Thomas Robert. **Ensaio sobre a população**. Tradução: Antonio Alves Cury. São Paulo: Abril Cultural, 1993. (Os economistas).

o aborto como um crime de Estado, opõe-se à contracepção e institui os primeiros benefícios do salário família. Tolerantes quanto ao aborto, os Estados e os partidos comunistas rejeitam a contracepção, numa tradição marxista fortemente antimalthusiana, visto que Marx havia se insurgido fortemente contra Malthus, por seu pessimismo e por recorrer à restrição dos nascimentos para resolver a questão social. O desenvolvimento das forças produtivas devia proporcionar o acolhimento de todos os pobres ao “banquete da vida”. Nada poderia frear o crescimento do proletariado, ator das revoluções por vir. Os comunistas não aceitavam os neomalthusianos, pequenos burgueses individualistas. As mulheres do povo deviam ter todos os filhos que pudessem ter, e não imitar “os vícios das mulheres da burguesia” [...]. (PERROT, 2008, p. 73)

As décadas de 1950 e 1960 apresentaram uma “explosão populacional” servindo como justificativa para as políticas de redução da fecundidade, como a neomalthusiana. A maioria dos países do Terceiro Mundo em 1974, na Conferência de Bucareste, defendeu a natalidade elevada, argumentando que era um sinal de afirmação nacional, diante dessa postura dos países ricos em controlar a natalidade, intrometendo-se na soberania dos países pobres. “A posição defendida pela delegação da Índia – ‘o desenvolvimento é o melhor contraceptivo’ – pode ser tomada como uma síntese das resoluções da conferência.” (CORRÊA; JANNUZZI, 2003, p. 32)

Os anos de 1980 foram marcados pela noção de saúde integral da mulher. O movimento feminista aliou-se ao da reforma sanitária e em 1983 foi criado no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Reclamavam que os programas percebiam as mulheres somente na condição da maternidade “[...] negligenciando os problemas de saúde relacionados às demais fases da sua vida: problemas da adolescência e da menopausa, doenças sexualmente transmissíveis, esterilidade, contracepção, entre outros”. (MESQUITA, 2010, p. 15).

Embora as discussões sobre sexualidades e reprodução se tangenciem é importante compreender que são esferas diferentes da vida humana e que, muitas vezes, os debates sobre procriação têm o intuito de regular/controlar as sexualidades. Essa parte da dissertação não trata dos direitos sexuais, mas dos reprodutivos, ou seja, sobre a autonomia de decidir procriar ou não.

No que diz respeito à esfera pública, implica a restrição tanto a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade quanto a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. No mundo privado, respeitar os direitos reprodutivos implica que maridos e companheiros, esposas e companheiras, familiares e redes comunitárias não obriguem alguém a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, a

não abortar, ou a realizar um aborto forçado. Os direitos reprodutivos significam que toda pessoa tem liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter (incluindo não ter filho algum, isto é, o direito “não-reprodutivo”), além de poder contrair matrimônio de maneira livre e com o pleno consentimento de ambas as pessoas. (CORRÊA; JANNUZZI, 2003, p. 48)

As conquistas tecnológicas na área da reprodução trouxe um dilema: ser ou não ser mãe? A pílula contraceptiva garantiu um controle eficaz da fecundidade aceito socialmente. Apesar disso, ela não é uma conquista acessível a todas as mulheres e devido às muitas contraindicações, na atualidade se discute se o seu uso não representa um retrocesso à saúde das usuárias. A própria difusão dos métodos contraceptivos foi diversa:

[...] seja como conquista de uma luta feminista (o caso da França), seja como objetivo das políticas demográficas (o caso do Brasil) – indicam a existência de inúmeras contradições nesse processo. Destaca-se entre estas, os limites da livre escolha marcados: pelas contradições de classe, raça/etnia; pelos impactos da utilização de métodos contraceptivos pesados como a esterilização feminina no Brasil; pelos danos que os métodos contraceptivos, sem acompanhamento médico, podem causar à saúde das mulheres; pelas desigualdades sociais relacionadas com o uso dos métodos contraceptivos (SCAVONE, 2001b, p. 51-52)

Joana Pedro (2010) em seu artigo “A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil (1960-1980)” afirmou que o destino dos contraceptivos eram diminuir as numerosas famílias pobres sob um recorte racial. Contudo, as mulheres das camadas médias “apresentaram uma vertiginosa queda na fecundidade e mudaram sensivelmente as relações de gênero” (PEDRO, 2010, p. 141). O medo de uma explosão populacional que se via na mídia até os anos de 1980 era “uma preocupação eminentemente racista. A questão é o crescimento da população não-branca” e pobre. (PEDRO, 2010, p. 142).

Malthus propunha que as pessoas se abstivessem das relações sexuais. Já os neomalthusianos no final do século XIX propuseram métodos que separavam a sexualidade da procriação. Responsabilizando os pobres por sua própria pobreza surgiram as ligas neomalthusianas, muitas comandadas por mulheres que trabalhavam na área da saúde. Dentre os argumentos para defender o uso dos contraceptivos estavam: “[...] capacidade dos contraceptivos de proporcionar a felicidade do casal, e, especialmente, na possibilidade de melhoria da qualidade da

raça, redução dos gastos com assistência social e, conseqüentemente, com impostos”. (PEDRO, 2010, p. 143).

Nos Estados Unidos a pílula foi liberada para comercialização em 1960 e no Brasil em 1962. “Em 1970, no Brasil, foram vendidas 6,8 milhões de cartelas de pílulas anticoncepcionais e, em 1980, este número subiu para 40,9 milhões.” (PEDRO, 2010, p. 146).

Para Pedro (2010, p. 147) “o investimento no controle da natalidade, no Brasil e nos demais países da América Latina, teve relação direta com a Revolução Cubana de 1959”. Os governantes capitalistas acreditavam que o crescimento da população latino-americana poderia servir de aliado à revolução comunista. Já na Europa “a quantidade de mortos da Segunda Guerra Mundial, da mesma forma como ocorrera na Primeira Guerra, provocava a adoção de políticas públicas fortemente natalistas.”

Ao invés de uma revolução comunista como alardeavam, o Brasil viveu a ditadura militar. De um lado estavam os antinatalistas e do outro, os anticontrolistas, os quais “[...] com a teoria geopolítica de “ocupação de espaços vazios”, encontravam entre os militares nacionalistas fortes aliados. Estes argumentavam que a soberania nacional dependia da presença de brasileiros em todas as regiões do País”. (PEDRO, 2010, p. 149).

Diferentemente do modo como ocorreu na Inglaterra e na França, onde os movimentos feministas lutaram por informações e gratuidade dos métodos anticoncepcionais para todas, no Brasil não houve luta coletiva. O acesso aos métodos não foi “[...] resultado de reivindicação, luta coletiva, e, portanto, não poderia estar na memória das mulheres como tendo forte significado para a autonomia do conjunto das mulheres”. (PEDRO, 2010, p. 154).

As narradoras desta pesquisa compreendem que os métodos contraceptivos não devem ser incumbências só da mulher. Teresa (2015) contou que muitas parturientes reclamavam que não conseguiam comprar ou ir ao Posto de Saúde para adquirir um anticoncepcional por morarem em zonas rurais, por falta de dinheiro e até por vergonha e enfatizou o fato da maioria dos maridos se recusar a usar preservativos. Há uma resistência dos homens com relação aos contraceptivos

masculinos e um desinteresse da ciência em desenvolvê-los ou divulgar os estudos já realizados (SCAVONE, 1985).

Ondina Leal (1994, p. 132) pesquisando no RS indicou que a lógica de preparo dos chás abortivos é a mesma para os chás que evitam a gravidez, não havendo uma distinção entre aborto e contracepção. “[...] a própria noção de prevenção não se faz presente no domínio da reprodução: pode-se desfazer apenas aquilo que está feito. O sangue que conforma o feto é o sangue que, não tendo ocorrido fecundação, seria fluido menstrual.”

Teresa (2015) para referir-se aos abortos chamou-os de “descontos”. Contou sobre os abortos, possivelmente espontâneos, de sua mãe.

A minha mãe tinha muitos filhos, ela ganhava de dois em dois anos um, de dois em dois anos outro. Ela teve nove filhos! Nove que nasceram, fora os descontos. Que assim, às vezes estava num trabalho pesado. [...] Ela perdeu [...] no início da gravidez com dois meses por aí, três meses. [...] Por causa do trabalho, as panelas muito grandes, ela era cozinheira [...].

Depois Teresa (2015) referiu-se aos seus dois “descontos”:

Não nasceu com tempo, fora de tempo. Dois descontos. Uma guriuzinha que nasceu de um ataque de nervos que me deu. Me deu o ataque e dali três dias na criança. Me deu um ataque de nervos de ver um irmão esguelhando a mulher. E eu comecei a gritar, gritar e me botei nele. Ainda lutei um pouco com ele. [...] Com oito meses, quase nove. E ela botou uma perninha pra fora, o corpo já estava morto. Depois que deu aquela agitação botou a perna pra fora, mas morreu. Aí eu mandei chamar uma vizinha do lado e disse: ‘Dê uma olhada aqui pra mim vizinha, o nenê botou a perna pra fora’. E eu sentia uma coisa que parecia que pulava. E o outro que eu perdi era pouquinho tempo. Estava na horta capinando senti o sangue correndo na perna, fui olhar e sabia já que ali não tinha mais. Tinha uns três, quatro meses por aí.

Chama-se a atenção para a diferença entre o aborto do feto que carregava há quase nove meses e o que ela gestou por pouco tempo. O primeiro, o feto tinha uma “perninha” que colocou para fora do seu corpo e ele próprio tinha um “corpo” que estava “morto”, era em suas palavras, um “nenê”. O outro feto de poucos meses se desfez, como ela disse “ali não tinha mais”, quando o “sangue” escorreu pela perna. Há uma oposição entre o feto que possui um corpo sólido e o feto líquido, poderia se dizer que este é nesse sentido, mais sangue que gente. Além disso, é notável que

tanto esse último aborto quanto os de sua mãe, gestações de poucos meses, são justificados em razão do trabalho. Teresa estava capinando e sua mãe carregando pesadas panelas (TERESA, 2015).

As parteiras entrevistadas confirmaram que os chás são um recurso abortivo. Entretanto, disseram desconhecer quais tem essa indicação e como devem ser preparados e ingeridos, apesar de muitos deles terem seus efeitos conhecidos popularmente. Leal dissertou sobre o tema:

O uso destas poções não restringe-se ao uso oral, talvez por isto sejam chamadas de *chapueradas* e não de *chá*. Neste caso, de uso não tão difundido, são usadas como ducha ou intravaginalmente, associadas com outros procedimentos abortivos. As *chapueradas*, que são uma combinação de diversas ervas, erva-de-passarinho, canela, folha de bergamoteira, ou fervura de vinho, caldo-de-feijão e cachaça—as receitas e os procedimentos variam em diferentes regiões — têm em comum o fato de que são ministrados quentes (fervendo), associados a alimentos *fortes* e medicamentos também classificados como *fortes*, comprados em farmácia. Os medicamentos empregados são aspirinas ou similares, ingeridos em grande quantidade, ou uma cartela inteira de contraceptivos orais, ou ainda, *Cytotec* (medicação para úlcera de verificada eficácia abortiva) ou outras medicações para o coração. Quanto mais restrita for a venda da medicação, e quanto mais difícil de consegui-la, mais identificado como *forte* ele será, e isto torna-se também uma medida da eficácia do preparado a ser ingerido. (LEAL, 1994, p. 133)

O fato de ingerir ervas nem sempre é compreendido como aborto, ainda mais, se for realizado no princípio da gestação. O aborto, propriamente dito, inclui a intervenção de outra pessoa, médico/a, parteira ou um/a “especialista” em abortos (SCAVONE, 1985).

Também é interessante a reflexão de Leal (1994) sobre a atitude de seus narradores durante o período menstrual. Tanto as mulheres quanto seus companheiros apresentaram repulsa e evitação ao ato sexual nesse período, por acreditarem que é o período máximo de fertilidade. Todavia, é marcante a fala masculina³⁶: “Mulher menstruada não está limpa, ela está bichada”. “O homem que transa com mulher menstruada pode ficar impotente”. (LEAL, 1994, p. 135).

Contudo, a noção de repulsa e perigo por parte dos homens não está associada somente a “sujeira” do sangue ou a possibilidade de gravidez, “[...] pode

³⁶ Leal (1994) não identifica seus interlocutores.

ser tomada como um sinal de que ela pressupõe o sangue menstrual como simbolicamente *potente*, poderoso, forte, fértil”. (LEAL, 1994, p. 135, grifo da autora).

Perrot (2008, p. 70) explicou que até os séculos XVIII e XIX “a morte de uma criança era considerada uma fatalidade. O bebê ainda não é uma pessoa. O que não quer dizer que a mãe não sofra com sua morte.” Essa concepção que torna o infanticídio um crime é recente, “[...] a própria visão do feto, que outrora não tinha nenhuma existência, pela ecografia, tornam ainda mais dolorosa a decisão do aborto.”

Até a Primeira Guerra Mundial, quando começaram as campanhas natalistas na Europa em decorrência do grande número de mortos, o aborto era mais tolerado.

O recurso do aborto era muito mais tolerado, pois o feto não representava nada. Parteiras, curandeiros, médicos clandestinos, prestavam-se a tal prática, mas o faziam às ocultas e em condições sanitárias quase sempre deploráveis, ligadas à clandestinidade. Era praticado não somente por mulheres que não eram casadas, mas também por mães de famílias múltiparas que viam no aborto o único meio de limitar o tamanho de uma família que elas consideravam já suficientemente numerosa. [...] Após a hecatombe da Primeira Guerra Mundial, as leis de 1920 e 1923 reforçam uma repressão que visa não somente coibir o aborto, mas também a propaganda anticoncepcional, que tem muita dificuldade em se fazer ouvir. (PERROT, 2008, p. 71)

“O Segundo Sexo” de Simone de Beauvoir é uma obra que no pós Segunda Guerra Mundial (1949)³⁷ questionou a maternidade, abordando temas como o aborto e a liberdade sexual. Em sua visão, poucos assuntos demonstraram tanta hipocrisia da sociedade burguesa quanto o aborto.

Que um escritor descreva as alegrias e os sofrimentos de uma parturiente, é perfeito; que fale de uma abortante e logo o acusarão de chafurdar na imundície e de descrever a humanidade sob um aspecto abjeto: ora, há na França anualmente número igual de abortos e de nascimentos. É um fenômeno tão expandido que cumpre considerá-lo como um dos riscos normalmente implicados na condição feminina. O código obstina-se entretanto a fazer dele um delito: exige que essa operação delicada seja executada clandestinamente. (BEAUVOIR, 1967, p. 248-249)

Beauvoir (1967) abordou a postura contraditória dos conservadores que tanto falam contra o aborto, mas nada fazem diante a condição de crianças, quando os

³⁷ Ano de lançamento da obra. Entretanto, a consulta foi realizada numa edição de 1967.

pais não conseguem as alimentar e/ou que se tornam vítimas de um sistema assistencialista falho.

A maternidade forçada leva a deitar no mundo crianças doentias, que os pais serão incapazes de alimentar, que se tornarão vítimas da Assistência Pública, ou crianças mártires. Cabe observar, ademais, que a sociedade tão encarniçada na defesa dos direitos do embrião se desinteressa da criança a partir do nascimento; perseguem as praticantes do aborto ao invés de procurarem reformar essa escandalosa instituição que chamam Assistência Pública; deixam em liberdade os responsáveis que entregam os pupilos a verdugos; fecham os olhos à horrível tirania que exercem "em casas de educação" ou em residências privadas os carrascos de crianças; e, se recusam admitir que o feto pertence à mulher que o traz no ventre [...]. (BEAUVOIR, 1967, p. 249)

Para esta autora os motivos levantados contra a legalização do aborto têm "[...] razões morais, reduzem-se ao velho argumento católico: o feto possui uma alma a que se veda o paraíso, suprimindo-o antes do batismo." Contra argumenta a autora afirmando que a Igreja autoriza e encoraja a morte de "homens feitos" quando os encaminha para guerrear, principalmente na luta contra os infiéis. (BEAUVOIR, 1967, p. 250).

Desde a infância as brincadeiras estimuladas e tidas como femininas são as bonecas e as casinhas, para treinar as tarefas de cuidar dos filhos e do lar. A maternidade, assim, é expressa como um privilégio e uma missão. Mas quando o homem pede ou ordena que a mulher realize o aborto alegando que seu futuro está em jogo, as cartas são reveladas. "O filho não é mais um tesouro imensurável: engendrar não é mais uma função sagrada: essa proliferação torna-se [...], importuna [...]. O aborrecimento mensal da menstruação apresenta-se, [...] como abençoado [...]." (BEAUVOIR, 1967, p. 256)

O recurso ao aborto e às práticas contraceptivas, principalmente, as feitas de modo seguro são vividas de modos diferentes de acordo com a classe social, tanto na França como abordou Beauvoir quanto no Brasil atual.

[...] a existência do banheiro torna sua aplicação mais fácil do que entre os operários e camponeses privados de água corrente; as moças da burguesia são mais prudentes do que as outras; [...] A mulher burguesamente casada ou confortavelmente sustentada, [...] leva grande vantagem; primeiramente obtém muito mais facilmente uma licença para um aborto "terapêutico"; se necessário, tem os meios de pagar uma viagem à Suíça onde o aborto é deliberadamente tolerado; nas condições atuais da ginecologia, é uma operação benigna quando executada por especialista, com todas as garantias da higiene e, se preciso, os recursos da anestesia. Na ausência

da cumplicidade oficial, ela encontra ajudas oficiosas igualmente seguras: conhece bons endereços, tem bastante dinheiro para pagar cuidados conscienciosos e sem esperar que a gravidez se ache adiantada: tratá-la-ão com consideração (BEAUVOIR, 1967, p. 251-252).

O aborto é um tema tabu entre as parteiras. As entrevistadas negam ter atendido abortos provocados, somente os espontâneos. Cecília mencionou a história de Catarina, parteira que realizava abortos.

A Catarina era parteira e lá naquele Terceiro [localidade] as moças solteiras ganhavam os filhos e ela era parteira, mandavam ela matar e ela matava e botava fora. [...] Já morreu há muitos anos. E ela morreu quando morreram seis crianças. [...] Depois que ela deixou de ser parteira, ela ganhou seis, tudo num tamanhinho assim. Seis crianças numa vereda, e ganhou mortos, todos os pobrezinhos mortos. Fui eu que passei com ela. E ela olhando pras crianças dizia: 'é verdade meus filhinhos todos mortos'. Eu disse: 'isso são as crianças que tu matava que Deus te deu agora tudo morto'. E fechou os olhos e morreu. Foi sepultada com as seis crianças. [...] As moças solteiras às vezes ganhavam família e mandavam ela matar, ela matava e botava fora. (CECÍLIA, 2013)

A fala de Cecília demonstrou repúdio à postura de Catarina e às moças que abortavam. Em nenhum momento se referiu aos homens que as engravidaram e como isto ocorria, com consentimento ou estupro. Não pensou na atitude de Catarina como um socorro às jovens que estavam naquela situação. Em seu entendimento as mulheres eram culpadas pela gravidez e pelo aborto.

Vera (2015) narrou que os abortos, geralmente, não eram atendidos no hospital. Eram encaminhados para o Pronto Socorro e de lá, quando verificado que havia sido provocado, a mulher era levada para a delegacia.

Quando era aborto a gente atendia só se estava saindo ali, se não ficava na maca mesmo e já ia pro PS. Aborto não era lá com nós, porque a gente não sabia se era espontâneo, provocado, não sabia o que tinha acontecido, porque aí contamina tudo. Se foi um aborto provocado, muitas chegavam e diziam assim: 'fulana meteu uma agulha de tricô'. Aborto a gente não atendia, só se tivesse saindo que tivesse que tirar ali o feto, mas mesmo assim não ficava com nós. Com nós só feto a partir do 5º mês. Se não, mistura muito, cria muita polêmica esse negócio de aborto. [...] Se o aborto fosse provocado se denunciava a mulher, mas isto era feito lá no PS. O médico, a assistente social de lá que faziam. Complicado! (VERA, 2015).

Ao afirmar que o aborto "cria muita polêmica", Vera está evidenciando que atestá-lo como espontâneo ou intencional era muito difícil, exceto quando alguém

contava, mesmo assim, ficava mais no âmbito das palavras do que da prova. A denúncia era feita pelo médico ou pela assistente social, conforme dito. Isto pode indicar que a denúncia possivelmente era acolhida, já que provinha de profissionais legitimados. Cabe questionar porque as parteiras não realizavam a denúncia? Talvez por não ter o prestigioso patamar moral dos médicos ou se negavam em sororidade ao momento vivido por aquelas mulheres que praticaram o aborto.

Outro ponto importante a ser mencionado é a esterilização feminina, popularmente conhecida por laqueadura ou ligadura de trompas, como um método praticamente irreversível de contracepção. É um procedimento que visa tornar a mulher infértil cortando ou amarrando as trompas para evitar que óvulo e espermatozoides se encontrem. No Brasil tornou-se um processo rotineiro durante a cesariana, quando as mulheres decidem romper com a possibilidade de uma nova gestação. Conforme Scavone (2001b, p. 52) “a esterilização se tornou a solução das mulheres brasileiras (e latino-americanas) para optarem pela não-maternidade” o que junto também reforça “o caráter social da maternidade e sua não determinação biológica”.

Dalva (2013) relatou ter feito a laqueadura junto à cesariana por sugestão do médico. “[...] na segunda [gestação] o doutor fez laqueadura que eu era imperfeita dos ossos. Não abria, não adiantava esperar pra ganhar e eu já estava com muita idade, aí ele fez laqueadura.” Erci (2012) também relatou ter optado pela cesariana para junto realizar a ligadura das trompas. Queria evitar uma nova gestação, pois considerava ter uma idade avançada, 38 anos.

Todavia, cada vez mais as mulheres estão questionando o controle médico invasivo/abusivo no parto. “Esta inquietação remeteu, implicitamente, a uma postura positiva diante da maternidade: uma experiência feminina importante, cujo controle não deveria escapar às mulheres” (SCAVONE, 2001b, p. 53).

Como abordado no capítulo dois, o médico insere-se na vida familiar tornando-se uma espécie de conselheiro respeitável. “Ao tornar-se um aliado da mulher nos assuntos relativos aos filhos, o médico teve acesso a outros assuntos específicos às mulheres como a gravidez, o parto, o puerpério e as queixas ginecológicas” (MARTINS, 2005, p. 652).

Vera contou sobre o abuso dos médicos estagiários que mutilavam a genitália feminina para estudar no corpo da parturiente:

Quando os residentes examinavam muito, ficava uma vagina que dava pena de ver. É uma parte muito sensível. Vem um examina, vem o outro examina, vem o outro... Eles ficavam praticamente estudando no corpo. Isso é uma coisa que eu sempre fui contra. A mulher na hora do parto, não é um boneco de exposição (VERA, 2015).

Já a parteira Hilda (2015) advertiu que examinava a vulva da parturiente somente para acompanhar a dilatação e que ao fazer o exame usava os dedos, por ser uma forma menos invasiva do que usando ferramentas: “Examinava com os dedos pra pessoa não sentir. Não ia com estupidez.”

Segundo Ana Paula Vosne Martins (2005, p. 659) os “exames obstétricos são procedimentos clínicos fundamentais para a transformação do corpo feminino em objeto do saber e alvo do poder”. O corpo durante esses procedimentos tornava-se um objeto de análise, “[...] passível de manipulações que só podiam ser realizadas pelo médico”.

O corpo da parturiente devia ser manipulado pelas mãos do médico para que fossem conhecidas as posições, o que exigia da mulher adotar certas posições e permanecer imóvel, o que nem sempre ocorria, pois muitas mulheres não aceitavam o toque vaginal e preferiam movimentar-se quando sentiam as contrações. Alguns médicos aceitavam esses comportamentos, mas a tendência foi convencer a parturiente de que quanto mais ela colaborasse com o médico, deixando-se examinar, melhor seria o atendimento e mais seguros os resultados. (MARTINS, 2005, p. 662).

A mulher durante os exames deve evitar expressões, de dor ou prazer. O ideal seria manter-se imóvel para auxiliar no trabalho do médico e para não comprometer sua moralidade. Caso não conseguisse manter-se assim por conta própria, deveria ser imobilizada.

A violência médica, especialmente a obstétrica ou ginecológica, é um dos motivos pelos quais algumas mulheres não querem ir parir no hospital ou realizar os exames preventivos de saúde. A forma como o parto pode ser conduzido de modo rotineiro, intervencionista e desrespeitoso assusta. Este tema, atualmente é uma discussão presente no âmbito da saúde, no movimento de humanização do parto e tem se tornado pauta política no país a partir do projeto de lei nº 7.633 de 2014 que

dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de um projeto apresentado pelo Deputado Federal Jean Wyllys (PSOL/RJ).

Várias definições estão sendo criadas para o conceito de violência obstétrica. Simone Grilo Diniz *et al.* apontou que a proposição da Venezuela foi a pioneira:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007, p. 30 *apud* DINIZ *et al.*, 2015, p. 3).

Durante a realização da pesquisa de opinião “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, divulgada em 2010, 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência obstétrica. Isso significa que uma em cada quatro brasileiras foi de alguma forma violada durante o momento de dar à luz. Os itens questionados foram: a realização de um exame de toque doloroso; se foi negada medicação para acalmar a dor; se foi informada sobre os procedimentos; negação de atendimento; assédio sexual; gritos; xingamentos e outras humilhações (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

De acordo com Diniz *et al.* (2015, p. 4) há uma proporção entre vulnerabilidade da mulher e violência obstétrica. “Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro”.

Cabe ressaltar que essa pesquisa não ignora o fato de que algumas parteiras também não respeitavam as escolhas das parturientes, como indicado no capítulo dois. Elas impunham seu poder de parteira e, muitas vezes, a experiência de “parideira”, principalmente, com as mulheres que estavam fazendo sua “primeira viagem”. Conforme indicou Maria Basilícia:

Olha, tu sabe, que as mães de primeiro parto, muitas e muitas eram melhores que aquelas velhas de quinto, sexto parto. [...] porque já tinham conhecimento, mas eu gostava mais de atender paciente do primeiro parto. Que tu conversava com elas, tu explicava e elas faziam aquilo que tu pedia

e as velhas não, já eram acostumadas a fazer assim e ficavam. (MARIA BASILÍCIA, 2013).

Contudo, a autora não se referirá a essa imposição de poder das parteiras para com as parturientes como violência obstétrica, por compreender que esta é uma violência institucionalizada, legitimada pelo saber acadêmico e pelas relações de gênero. Nas palavras de Ana Colling (2014) o discurso médico permanece como no tempo de Aristóteles e Hipócrates servindo para justificar um lugar de submissão à mulher.

O discurso médico é sempre invocado para justificar o papel conferido à mulher na família ou na sociedade. A revolução científica não serviu para demonstrar a falsidade dos argumentos filosóficos e religiosos sobre a inferioridade das mulheres. Na hora de estudar a anatomia e a fisiologia femininas, os homens, revestidos de uma capa cientificista, reafirmaram a tradição baseada em Aristóteles e na medicina de Hipócrates. [...] comprova-se novamente a teoria ainda hoje aceita de que o homem é a medida de todas as coisas; [...] a anatomia feminina vista como interior e a masculina como exterior, mais perfeita. (COLLING, 2014, p. 78-80)

A Rede Parto do Princípio elaborou o dossiê intitulado “Violência Obstétrica: parirás com dor” para a CPMI da Violência Contra as Mulheres em 2012. Neste material citaram algumas das frases ouvidas pelas pacientes:

“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”
 “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”
 “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”
 “Na hora de fazer, você gostou, né?”
 “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 2)

Para Scavone (1985) a falta de diálogo entre o médico e suas pacientes, a ausência de informação e a forma de examiná-las é a causa do descrédito e desconfiança das mulheres para com os médicos.

Um assunto pouco abordado e que não é compreendido no âmbito da saúde como um direito reprodutivo é a quarentena. Soraya Fleischer (2007b) pesquisando em Melgaço, Pará, contou sobre uma de suas saídas de campo e suas experiências com esse tema.

Numa das vezes em que avistamos Filó, D. Dinorá me explicou: “Ih, minha filha, o marido dessa daí deu muito nela quando ela estava quarentando.

Não respeitou ela. Aí, o parto subiu para a cabeça. Aí ela ficou doida”. Filó, negra, muito magra e relativamente baixa, era uma das três moças que eu via vagar pela cidade, banhar-se no rio, remexer as latas de lixo. Ela não conseguiu *quarentar*, descansar, ficar dentro de sua rede amamentando seu recém-nascido. Provavelmente, logo teve que se levantar para arrumar a casa, cozinhar, atender aos pleitos sexuais do marido. Provavelmente, à beira de dores e exaustão, em algum momento, negou-se a atender alguma dessas tarefas e recebeu safanões e pontapés como resposta. (FLEISCHER, 2007b, p. 82, grifo da autora)

A quarentena é um período de quarenta dias de repouso à parturiente logo após o parto. Em alguns casos também é chamado de puerpério, período pós-parto. Para os adeptos desta última definição, geralmente, não há um estabelecimento de dias de repouso. O que definirá o fim do período é o reestabelecimento da mulher. Para algumas parteiras a quarentena era fundamental e pediam ao marido e as parentas mais próximas que auxiliassem.

Eulália (2013) afirmou que pedia a quarentena e fez um interessante adendo: “Sim, guri homem é quarenta dias, guria mulher pode ser nos trinta dias”. A parteira está se referindo especificamente ao retorno as atividades sexuais. Quando questionada sobre a diferença, não soube relatar. Dalva (2013) também fez a mesma observação: “Não sei se era impressão das mais antigas que eram acostumadas... elas sempre diziam que quando é menino a pessoa tem que se cuidar ainda mais, que a guria não é tanto.”

Algumas parteiras relataram que os bebês do sexo masculino eram maiores e por vezes tornavam a passagem para o nascimento mais complicada. Possivelmente, reside aí a diferença de dias a mais da quarentena para quando o recém-nascido é “menino”.

As parteiras afirmaram que sabiam se o marido estava respeitando o resguardo e a comunidade falava mal do homem que não obedecia ou apressava o término da quarentena. O cálculo era bastante simplificado, bastava saber o período entre os nascimentos dos filhos. Não se levava em conta o fato de nascimentos prematuros ou o período da concepção. Sendo que cada parto mobilizava a comunidade inteira, os vizinhos, as comadres, os parentes sabiam e socializavam a notícia da chegada do recém-nascido para aqueles mais afastados.

Todavia, a parteira (que ia a domicílio, tanto a rural quanto a urbana) era quem detinha a convicção e o poder moral de apontar se a quarentena havia sido burlada, pois durante o puerpério fazia visitas periódicas, muitas vezes, diárias a casa da parturiente. Observava a genitália e mesmo que não o fizesse só o “clima” entre marido e esposa era suficiente para saber se já haviam retomado as relações sexuais. Como apontou Fleischer (2007b, p. 86) “a parteira exercia uma espécie de autoridade moral, definindo e relembrando o quadro ideal de regras e comportamentos a serem seguidos para garantir a saúde daquela mulher”.

Cabe enfatizar que o não respeito à quarentena era considerado um erro e uma violência do homem. Mesmo que a mulher tivesse interesse em retomar a atividade sexual, por desejo próprio ou por medo de “perder” o marido ou por necessidade de trabalhar, isto não era considerado. A violação da quarentena é percebida como uma violência de gênero, praticada pelo homem.

3.3 Reciprocidades comunitárias e de gênero

3.3.1 Alimentos, umbigos e o álbum da parteira

Após o atendimento ao parto domiciliar, quando realizado com sucesso, as parteiras eram chamadas para curar um doente ou acompanhar a próxima gestante daquela família ou da vizinhança, constituindo-se em promotoras da saúde familiar em suas comunidades. Em contrapartida, recebiam alimentos, presentes e eram convidadas para madrinhas dos recém-nascidos, aos quais sempre aceitavam como afilhados, orgulhosas de terem realizado um bom trabalho.

O pagamento raramente era feito em dinheiro, e quando isto ocorria a parteira cobrava pouco, pois eram todos agricultores, como indicou uma delas, Eulália (2013): “Eu cobrava bem pouquinho, só pra manter os meus remédios. Na campanha todo mundo é apertado de vida e agricultor é de seis em seis meses pra ter dinheiro”.

Utilizar-se-á o conceito de reciprocidade (SABOURIN, 2011) para compreender o fenômeno da troca de serviços e bens e esta relação de “comadrio”, objetivo central deste texto. Parte-se do pressuposto de que essa relação de “amadrinhamento” se estabelece primeiro, entre mulheres, parteira e parturiente, quando acordaram em estarem juntas durante o parto.

Marcel Mauss (2003, p. 186) introduziu sua discussão em “Ensaio sobre a dádiva” com estrofes de um poema escandinavo.

*“[...] Deve-se ser um amigo
para seu amigo
e retribuir presente por presente;
deve-se ter
riso por riso
e fraude por mentira.*

*sabes isto, se tens um amigo
em quem confias
e se queres obter um bom resultado,
convém misturar tua alma a dele
e trocar presentes
e visitá-lo com frequência.[...]”*

Ao utilizá-lo Mauss (2003) quis chamar atenção para as trocas entre amigos. Observa-se que o poema sugere que o amigo retribui todos os presentes, oferta o riso e deve receber em troca a mesma expressão e quando receber um ato negativo, como a fraude, deve respondê-lo com uma atitude de igual valor, como a mentira. Ainda, o poema indica que confiar em um amigo é misturar a sua alma a dele, presentear e visitá-lo.

Eric Sabourin (2011, p. 26) abordando sociedades camponesas analisou a reciprocidade³⁸, a partir da obra de Mauss (2003), entendendo-a enquanto uma norma moral essencial à manutenção de estruturas sociais. Ela compõe um ciclo ou uma “tríplice obrigação – dar, receber e retribuir”. Para Mauss (2003) a dádiva deve ser entendida enquanto um “fato social total”, envolvendo dimensões materiais e simbólicas da comunidade.

³⁸ Reciprocidade e dádiva serão usadas como sinônimas. O termo dádiva é precursor, todavia, os autores contemporâneos têm utilizado com maior frequência reciprocidade, pois, este conceito de acordo com Sabourin (2008) é mais amplo, englobando além das reciprocidades positivas, como a amizade, também as negativas, como a vingança. Contudo, o principal é compreender que tanto a dádiva quanto a reciprocidade diferem da simples troca mercantil entre pares. Aquelas envolvem valores afetivos e constituem-se num sistema social praticamente obrigatório, envolvendo comunidades inteiras.

A reciprocidade pode assumir várias formas. Além das positivas, oferendas e partilhas, existem formas negativas, como os ciclos de vingança. Ainda, as estruturas de reciprocidade geram valores materiais ou imateriais, como conhecimentos e saberes, afetivos, como a amizade, e éticos, como a confiança, a justiça e a responsabilidade (SABOURIN, 2011).

[...] horas e dias não são contabilizados; a importância da relação humana prevalece sobre o valor da prestação material, mesmo se, até por necessidade, a devolução da prestação é esperada. De fato, a relação de ajuda mútua coloca em jogo laços sociais, sentimentais e simbólicos. Assim, ela se diferencia da troca (troca simples ou troca mercantil mediante trabalho assalariado), na medida em que não implica uma retribuição equivalente, imediata ou diferida, que liberaria o beneficiário da sua dívida. Certamente, existe uma espera de retorno da ajuda, ainda mais, porque a pressão social, os valores de honra e de prestígio concorrem para isto, porém sem que haja nada de contratual, nem obrigatório (SABOURIN, 2011, p. 36).

Diferente da troca mercantil que objetiva o lucro, por meio da concorrência, a reciprocidade positiva atua geralmente através da cooperação. Dar é a primeira etapa da reciprocidade e indica prestígio social. Todavia, saber receber é importante, tanto quanto dar. Não se recebe somente um presente, mas a possibilidade daquele que antes fora ajudado em recuperar sua reputação que estava em débito. E quem retribui sente-se agradecido duas vezes, pela ajuda ou presente recebido e por poder retorná-lo.

Conforme apontou Mauss (2003, p. 201): “[...] a prestação total não implica somente a obrigação de retribuir os presentes recebidos, mas supõe duas outras igualmente importantes: obrigação de dar, de um lado, obrigação de receber, de outro.”

De acordo com a parteira Dalva (2013), nunca cobrou para atender porque queria ajudar outras pessoas: “Não, nunca cobre nada. Eu nunca fui ao colégio, não tinha estudo. Tinha vontade de fazer uma coisa pra ser voluntária para os outros, nunca tive vontade de cobrar nada de ninguém. Às vezes me davam, mas davam por que queriam”.

Percebe-se que algumas vezes ela recebia algo em troca de seu trabalho, possivelmente quando a pessoa tinha condições de retribuir o atendimento, mas a recompensa em dinheiro não era a sua motivação para atender, pois ser “voluntária”

já era um *status*. Semelhante à fala de Eulália na introdução deste texto, que abordou a situação complicada dos pequenos agricultores ao receberem apenas nos períodos de colheita, Hilda (2015) disse não cobrar, pois: “A maioria [é] muito pobre, [atendia] quase tudo de graça”.

Larissa Chaves (2008) pesquisando sobre práticas de caridade realizadas por Sociedades Portuguesas de Beneficência no RS observou como a assistência dispensada pode render prestígio político, visibilidade social e gratidão. Esta autora apontou que duas relações ligam a dádiva à caridade em uma sociedade:

[...] a relação vertical e a relação horizontal do donativo. A primeira mostra que fazer o bem a outrem é garantia de reconhecimento dos céus e, nesse sentido, conseguir sanar as dificuldades do próximo, sejam elas de ordem financeira como de ordem espiritual, significa fazer o bem e ter o retorno de Deus. [...] a partir da dádiva em nível horizontal que se percebem as relações de solidariedade enquanto contratos sociais, onde o emprestar ou assistir significa exibir o poder para o outro enquanto se espera o retorno, que poderá ser acompanhado de uma gratidão simbólica ao longo da vida, de uma dependência moral ou mesmo de uma retribuição financeira. (CHAVES, 2008, p. 231)

Mauss (2003, p. 187) explicou que “na civilização escandinava e em muitas outras, as trocas e os contratos se fazem sob a forma de presentes, em teoria voluntários, na verdade obrigatoriamente dados e retribuídos”. Há uma obrigação de retribuir, sob pena de perder a autoridade.

Como apontou Josiane Wedig (2009) a dádiva é criadora de sociabilidade e de vínculo social. Deve ser entendida como “fato social total” no dizer de Mauss (2003), pois engloba diversas instituições (religiosas, jurídicas, morais, familiares, econômicas), tanto materiais como simbólicas.

Wedig (2009, p. 109) observou que os/as agricultores/as da Fazenda Lohmann (com os quais realizou sua pesquisa de campo) mantêm relações de reciprocidade. Na “[...] manutenção de espaços coletivos, trocas de tempo de trabalho nas lavouras, ajudas no momento de carnear, visitas, auxílios em períodos de nascimento e morte [...]”. Segundo a autora, a maioria das atividades realizadas na comunidade é feita por meio de ajudas e retribuições, sem trocas monetárias.

Embora a reciprocidade não defina que o retorno deva ser equivalente ou imediato, há uma espera da retribuição. Pois, aquele que recebe sente-se em dívida

e para saná-la e manter sua honra/prestígio diante da comunidade e a confiança daquele que primeiro doou, precisa retribuir. A prática da reciprocidade "cria um círculo virtuoso (reciprocidade/confiança/reputação)" (SABOURIN, 2011, p. 38). A dívida da reciprocidade cria um laço social.

Para Hilda (2015) ganhar a confiança da parturiente é fundamental para o sucesso do parto e ela as conquistava com carinho: "Tem que 'comprar' a parturiente, ter confiança. [...] Eu sempre fui carinhosa com as minhas parturientes". Contou que na Vila em que morava, onde atuou como parteira por mais de setenta anos, "era conhecidíssima. [...] Santa Isabel foi nascida na minha mão, toda Santa Isabel".

Cecília (2012) mencionou que mais importante que o dinheiro é a amizade das pessoas: "Nunca cobre nada. O que adianta eu cobrar dez, quinze 'pila' [reais] no que vai me servir?! Depois amizade é o que eu quero! Todo mundo me quer bem, graças a Deus!"

As relações de reciprocidade geram diferentes sentimentos e valores: "reconhecimento, identificação e amizade, nas estruturas simétricas; submissão, respeito e dependência, nas estruturas assimétricas" (SABOURIN, 2011, p. 39). Neste texto serão percebidas relações simétricas entre mulheres que viveram na mesma comunidade.

A) Alimentos: reciprocidade e sobrevivência/hospitalidade

Cecília (2012) afirmou que não precisava plantar alguns produtos como feijão, pois os recebia dos vizinhos, os mesmos que ela atendia. Geralmente, recebia a cada colheita de algumas famílias. Destas, evidentemente, Cecília não atendia um único parto, tornava-se a cuidadora e curadora chamada para todas as questões de saúde daquela casa, desde os partos até as benzeduras para "males". Tal oferta dos vizinhos era indispensável para a subsistência da sua numerosa família.

Mauss referindo-se a cultura brâmane disse (2003, p. 282): “É da natureza do alimento ser partilhado; não dividi-lo com outrem é ‘matar sua essência’, é destruí-lo para si e para os outros. [...] A riqueza é produzida para ser dada”.

Cecília (2012) explicou à pesquisadora que a média de partos entre suas vizinhas na zona rural de Piratini em que ela morava era de dez por mulher. Ela própria pariu onze vezes em casa. Não foi possível acessar tal informação nos censos da cidade. Contudo, buscando a taxa de fecundidade (indica o número médio de filhos por mulher) brasileira na década de 1960 era de 6,28 e da Região Sul 5,89 (IBGE, 2015). De acordo com a pesquisa de Maria de Lourdes Jardim (1993) a taxa de fecundidade do RS em 1960 era de 5,11. A informação de Cecília deve ser relativizada, pois se refere a uma localidade específica, terceiro distrito de Piratini e a uma zona rural. Ela também estava abordando o número de partos, tendo por fonte sua experiência, e não necessariamente os nascidos vivos e que chegaram a ser registrados.

O grande número de filhos nas famílias camponesas está relacionado, na visão de Joana Bahia (2000, p.109), a uma maior condição de sustentabilidade. “Uma casa com filhos, e de preferência com muitos filhos, significa a valorização destes como mão-de-obra”.

Segundo contou Cecília (2012) aproximadamente de dois em dois anos ela atendia a “dona da casa”, sua vizinha ou parenta, na condição de parturiente, num ciclo de cerca de 20 anos (referindo-se ao período fértil posterior ao casamento), ou seja, o ciclo de reciprocidade se firmava a cada novo parto e colheita.

A parteira participava da intimidade das mulheres que atendia. Não raro em regiões afastadas dos centros de saúde “era comum as parteiras ‘se mudarem’ para a casa das parturientes, algumas semanas antes da data prevista para o nascimento e, após, aí permaneciam vigiando o resguardo da mãe e do trato do bebê” (WITTER, 2015, p. 56).

De acordo com Dalva (2013) “às vezes iam tirar uns dias, as mulheres inventavam que ia ser tal dia, [...] iam tiravam uma semana, duas, mês e ela não ganhava”. Hilda (2015) mencionou que “Eu sempre ficava na casa, muitos dias, era muito bem tratada. Faziam comida separada pra mim e eu não queria porque sou

uma pessoa simples, modesta.” A comida separada é uma comida melhor, com mais carne e cortadas partes nobres do animal, geralmente, usadas apenas para os dias de churrasco. É uma forma de reciprocidade o atendimento da parteira.

É preciso retribuir mais do que se recebeu. A ‘devolução’ é sempre maior e mais cara. Assim, uma família aldeã de nossa infância, em Lorraine, que se restringia à vida mais modesta em tempos comuns, arruinava-se por seus hóspedes [...] gastando à farta [...]. (MAUSS, 2003, p. 294-295)

Wedig (2009) em sua pesquisa, também corroborando a análise da reciprocidade, identificou que servir comida de modo abundante indica prestígio e hospitalidade da família anfitriã. Não só durante as visitas deve-se preparar comida com fartura, mas também nos mutirões comunitários, nascimentos e velórios. Segundo a autora a comida pode ser pensada como dádiva, não só pela oferta, pela sua dimensão objetiva e material, mas também pelo convite em partilhar a mesma mesa, pela sociabilidade e criação de vínculo, pois o anfitrião esperará o seu momento de hóspede para cear numa mesa tão ou mais farta que a servida.

Teresa (2015) contou que ganhava muitos presentes, inclusive galinhas e animais. Entretanto, enfatizou que recebia principalmente, pijamas e quando os vizinhos podiam lhe davam, além dos presentes, dinheiro. Por mais excêntrico que o recebimento de pijamas possa ser, indica o grau de intimidade de Teresa com suas parturientes.

O que Cecília (2012) e Teresa (2015) rememoram reafirmou que saber receber é importante, tanto quanto dar ou prestar um serviço. Não se recebe somente um presente, mas a possibilidade daquele que antes fora ajudado em recuperar sua reputação que estava em débito. Quem retribui sente-se agradecido duas vezes, pela primeira ajuda recebida e por poder retorná-la e assim, recuperar seu prestígio social.

Cecília relatou sua satisfação em ter ajudado muitas pessoas:

Eu me acho feliz, de fazer os benefícios. Não é como a gente chegar numa pessoa e dizer: ‘eu não tenho, eu não quero!’ Não, isso não se diz pra ninguém. Se chegasse uma pessoa e dissesse: ‘eu estou com fome, quero um prato de ‘bóia’ [comida]’. Eu repartia a comida que eu tinha. E o que estava guardado eu repartia e dava pra pessoa comer em casa. Por isso que Deus Nosso Senhor hoje está me dando essa saúde. Eu fui uma criatura honesta e sou honesta até hoje (CECÍLIA, 2012).

Percebe-se na fala de Cecília (2012) que a honra de reciprocidade é compreendida em sua velhice como “dever cumprido”, como honestidade. Cecília (2012) que era ajudada recebendo alimentos de seus vizinhos na zona rural, afirmou que agora se alguém lhe procurar com fome irá repartir sua comida, inclusive a que estiver guardada. Ao ajudar os mais necessitados Cecília sente ter reciprocidade com Deus e ser retribuída por ele com muita saúde, aos 98 anos.

B) Umbigos: reciprocidade e cuidado

Sabourin (2008, p. 135) alertou que a reciprocidade não só é geradora de valores, mas supõe preocupar-se com o outro. “Tal preocupação torna-se, portanto, hospitalidade, dádiva de alimentos e víveres, proteção, ou seja, motivos ou obrigações para produzir”.

Alain Caillé (2014, p. 48) afirmou que quando “há muita dissimetria entre o doador e o donatário, não pode e não deve haver reciprocidade”. Citou exemplos entre pais e filhos, adultos e idosos inválidos ou quando a pessoa está numa situação de vulnerabilidade.

O autor abordou a *care* (o cuidado) apontando que esta não é uma obrigação alienante de compaixão, mas também não pode ser compreendida como um trabalho estritamente racional, “a menos que se defenda uma desumanização radical, por exemplo, da medicina e do hospital”. Em boa medida “é a dimensão da empatia que cuida [...] então querer reduzir o trabalho de *care* a um simples trabalho como os outros é, com certeza, fazer dele um trabalho particularmente ineficaz!” (CAILLÉ, 2014, p. 52)

Assim, quando as parteiras atenderam as parturientes, compreenderam essa condição de vulnerabilidade daquela que estava dando à luz e flexibilizaram (possivelmente) a relação de reciprocidade. As parteiras cientes da importância de seu trabalho e do valor deste como tal ou não, cuidaram e curaram, sobretudo, em razão da confiança estabelecida entre elas e da noção de uma solidariedade entre

mulheres, que não só estão juntas em festas, mas também em momentos delicados se apoiando. A maioria das parteiras relata cuidados com parentes e vizinhas, onde o ato de reciprocidade esteve permeado pelo afetivo e pelo gênero.



Figura 08: Maria Basílicia dando banho em seu afilhado recém-nascido. Imagem reproduzida. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora. (Imagem original: acervo pessoal de Basílicia).

Nesta foto Basílicia está dando banho em seu afilhado no quarto de sua comadre segundo contou, o mesmo é possível perceber pela cama de casal. Ao lado está sentada a avó da criança e a mãe atrás da lente da câmera, registrando o momento.

Ela contou que costumava ir até a casa de seus afilhados e vizinhos recém-nascidos dar o banho, todos os dias depois de seu plantão no hospital, até o coto do cordão umbilical cair, o que ocorre aproximadamente uma semana após o nascimento. É possível notar pela foto que o umbigo estava em processo de cicatrização.

Através das outras entrevistas feitas com parteiras foi possível significar esta questão do banho até a queda do cordão umbilical. Algumas mencionaram que as mães de “primeira viagem” tem medo de banhar o recém-nascido, sobretudo, com medo de machucarem o curativo do umbigo ou em função da recuperação do parto não conseguiam banhá-lo. Outras afirmaram que depois que o coto cai, o recém-

nascido está seguro e o trabalho da parteira está concluído com sucesso. Como mencionado no capítulo um, se acredita que esta simbologia esteja vinculada ao chamado “mal de sete dias”, expressão utilizada para o tétano neonatal.

C) O álbum de “bebês” da parteira: reciprocidade e reconhecimento



Figura 09: Maria Basílicia segurando seu “álbum de bebês”. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora.

Maria Basílicia (2013) guarda em seu armário da sala de visitas um álbum com diversas fotografias de bebês, alguns em seu colo. Dentre as fotos há uma sequência dos primeiros meses de vida, demonstrando que manteve contato com as mães e crianças além do parto, por um tempo, e outras são convites de festas de 15 anos, formaturas e casamentos dos seus “filhos de parto”, como ela se referiu aos recém-nascidos que atendeu, indicando relações mais duradouras.

O “álbum de bebês” está sendo deste modo denominado, pois, é a forma que sua dona se refere a ele. Consiste em um arquivo pessoal, que possui uma lógica particular para guarda e apresentação estabelecida pela sua titular. Os arquivos pessoais promovem uma ilusão biográfica (BOURDIEU, 2006) no sentido em que selecionam, organizam e dão coerência a fragmentos da experiência vivida.

É a pessoa, a partir de seus critérios e interesses, que funciona como eixo de sentido no processo de constituição do arquivo. Por um lado, porque sua vida, suas atividades e suas relações vão determinar e informar o que é produzido, recebido e retido por ela ou sob sua orientação. Por outro lado, e fundamentalmente, porque cabe a ela determinar o que deve ser guardado e de que maneira. (HEYMANN, 1997, p. 42-43).

Todo arquivo pessoal indica uma vontade de guardar. Os critérios do que apresentar, como apresentar, passam por “avaliações táticas do tempo presente” (HEYMANN, 1997, p. 47).

[...] os documentos acumulados inicialmente com uma intenção comprobatória e funcional podem, ao longo de sua vida, adquirir um estatuto de patrimônio pessoal que este deseje perpetuar e publicizar. Neste processo são feitas seleções e rearranjos no conjunto documental, que ganha novos sentidos. A estes agregam-se ainda, arbitrariamente, outros sentidos, impostos pela intervenção dos secretários, herdeiros e, finalmente, do documentalista. (HEYMANN, 1997, p. 61-62)

Na época não se pretendia trabalhar com o álbum, mas após cursar uma disciplina do Mestrado a autora decidiu incluí-lo na pesquisa. Não com o intuito de fazer análise de imagens, mas por compreender que essas fotografias “revelam” indícios de reciprocidade.

A fotografia, nesse contexto, pode ser percebida como índice ou vestígio do passado, na qual os objetos ou pessoas retratados informam sobre o vivido (MAUAD, 1996). Mas mais do que informar sobre o passado, os significados da fotografia informam sobre o presente do leitor, do dono da foto, da forma que está disposta e guardada, assumindo significados para além da sua unidade.

Basilícia mencionou que, às vezes, as mães pediam uma foto sua com seus filhos para recordar e mostrá-la quando estivessem maiores e depois lhe enviavam, mas que geralmente as parturientes que lhe perguntavam como poderiam agradecer pelo atendimento e ela dizia que gostaria de ter uma foto do bebê. Desse modo, passou a recebê-las. Eram entregues ou deixadas para ela no hospital e enviadas pelo correio para sua casa.

Relatou que a partir dos anos 2000 começou, cada vez menos, a ganhar fotografias, mas que os convites para aniversários mantiveram-se na medida. Contudo, após aposentar-se este número diminuiu em comparativo ao seu período

de atuação. A virada do milênio marcou a transição das câmeras analógicas para as digitais de custo mais acessível. Isto permite inferir que enquanto as fotos analógicas eram reveladas para apresentação dos recém-nascidos as fotos digitais são compartilhadas nas redes sociais com este intuito. E enquanto aquelas eram reveladas e ofertadas como um presente ou agradecimento, as digitais dificilmente tem essa função. Assim, pode se afirmar que a reciprocidade por meio da doação de fotografias pertence ao universo analógico.

A parteira contou que devido ao preço das câmeras digitais só pode comprar a sua depois de se aposentar e que não levava a câmera analógica que tinha na época em que atuava, pois as mães poderiam não permitir que fotografasse os bebês. Mas afirmou que a emoção estava na oferta da foto, no significado da doação, mais do que no retrato em si.



Figura 10: Lembranças do aniversário de primeiro ano ofertadas à Maria Basílicia. Imagem reproduzida. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora. (Imagens originais: acervo pessoal de Basílicia).

As últimas páginas do álbum são ocupadas por pequenas fotografias, lembrancinhas do 1º ano dos bebês que atendeu. Tais lembranças indicam que Basílicia foi convidada para as celebrações de aniversário e compareceu. Nesta imagem reproduzida estão lembrancinhas dos anos de 1983, 1998, 2003 e a última sem data. Esta página foi escolhida, pois, indica que desde que começou a atuar,

em 1982, até perto do período em que se aposentou em 2009, Basilícia foi convidada para comparecer aos aniversários e ao receber a dádiva retribuía indo festejar com seus “filhos de parto”.

Um álbum de fotografias permite a construção de uma narrativa através das imagens justapostas, de modo que componham uma série. (MENDES, 2012) “Quando folheamos as páginas de um álbum descobrimos que há certamente uma lógica que preside a formação e a organização das coleções fotográficas e [...] o registro fotográfico atesta o desejo de reconhecimento posterior [...]” (RENDEIRO, 2010, p. 8).

O álbum não informa somente sobre os retratados, mas sobre o produtor, sua capacidade criativa, seus critérios de ordenação e suas preocupações. Apesar disso, seu álbum constitui-se uma fonte em potencial para a análise das formas de evocação de memórias, bem como, neste caso em específico para pensar sua identidade profissional. Dubar (1997) ajuda a pensar porque para Basilícia é importante permanecer lembrando e afirmando-se como parteira: porque esta é a sua identidade profissional. A sua legitimidade diante da sociedade se mantém através da memória do seu tempo de trabalho.

Maria Basilícia contou sobre como é reconhecida pelas pessoas que atendeu:

[...] eles me consideram uma pessoa querida, as minhas pacientes, o povo que eu atendi, eu tenho o reconhecimento deles! Porque eu saio na rua, nem sei quem é, vem me abraça: ‘olha o teu filho, o filho que tu ajudou a nascer’. Eu fiz parte do parto, mas é como se eu fizesse parte daquela vida ali. Fotografia eu tenho aí, quantia de fotografia dos meus bebês. (MARIA BASILÍCIA, 2013).

Embora Basilícia seja assalariada, recebendo pelos atendimentos que fez, a relação de cuidado implica muitos valores que vão além da simples troca monetária. Ela poderia somente atender os partos, função pela qual era paga financeiramente. Todavia, considerava parte fundamental de seu trabalho atender com carinho, posando em fotos com os bebês quando convidada e mantendo laços com as parturientes, para além daquele momento do parto. Apesar de afirmar que poucos sabem da existência de seu álbum, ele próprio pode ser visto como um ato de retribuição, a terceira etapa da reciprocidade. Primeiramente doou sua atenção e

carinho no atendimento ao parto, recebeu confiança, reconhecimento e fotografias, e depois retribuiu construindo seu álbum.

3.3.2 O comadrio: reciprocidade de gênero

Witter (2015, p. 53) defendeu que os obséquios entre senhoras (Santa Maria, século XIX) “serviam como estratégia para amenizar a existência em um mundo onde o poder e as regras eram, eminentemente, masculinos”.

[...] importância que, nas agruras do dia-a-dia, se revestiam os laços de parentesco, comadrio e vizinhança. Estes permitiam que se estabelecesse uma ampla rede de relações, na qual, a troca de favores era a moeda que permitia a essas mulheres se locomoverem, ampliarem suas possibilidades, negociarem com as regras hostis e, guardadas as devidas proporções, até mesmo aproximar diferentes categorias sociais (WITTER, 2015, p. 53-54).

As relações entre as mulheres que Witter (2015, p. 54) observou podem ser pensadas como táticas, onde há espera da retribuição. Para as mulheres “estas trocas, estes canais abertos de circulação, cuidado e amparo, eram seu estofamento contra aquele mundo, sua forma de reagir, agir e escolher”.

A parteira Eulália contou de um atendimento em que o marido queria imobilizar sua esposa, amarrando-a aos caibros da casa e ela não permitiu. Mesmo estando dentro da casa dele, confrontou-o.

Uma vez eu fui atender uma mulher, era do primeiro filho também, era um rancho tinha só as madeiras e o marido dela queria que eu amarasse ela, ela não queria que eu tocasse nela. Chegaram a trazer “umas juntas”, é de unir boi pra lavar, pra amarrar e eu digo: ‘não! Eu vou embora, eu não faço isso. Levem pra Canguçu’. Ela passou a noite inteira com dor e eu não cheguei a tocar no corpo dela. [...] Dependurada, iam atar lá nos caibros. Já pensou? Pra ficar imóvel. Que aí eu podia fazer o que eu queria, mas Deus me livre! Eu acho um crime isso! (EULÁLIA, 2013).

Eulália (2013) ainda manifestou que, antes mesmo de começar a partejar, ela gostava de fazer companhia a suas vizinhas: “Eu ia pra ajudar elas, pra acompanhar minhas vizinhas, e aí eu terminava... fazendo o parto. Aí elas começaram a achar bom e começaram a me chamar”. Também mencionou que levava as parturientes

para sua casa para poder cuidá-las em tempo integral, articulando com os cuidados a sua família.

[...] eu levei muita mulher pra minha casa. Ganharam na minha casa. Eu cuidava do nenê e cuidava delas. Naquela época, a gente não vai estar se exibindo, naquela época a gente era mais atrasado, eu dava a minha cama pra acomodar elas! Porque elas mesmas pediam pra ir pra lá, elas ganhavam e pediam pra ir pra lá. Umas quantas eu levei pra minha casa. (EULÁLIA, 2013).

Para Witter (2015) essa “solidariedade feminina” pode ser mais facilmente percebida em momentos específicos, sobretudo de perigo, nos quais a necessidade de ajudar e receber a ajuda são primordiais.

Este espaço [feminino] era especialmente aquele em que ficava o cuidado das doenças, os partos, o trato das crianças, o luto e o desamparo. Mães, avós, comadres, vizinhas, primas, madrinhas e afilhadas, curandeiras e parteiras pertenciam a este mundo feminino relacional, que se movia dentro do espaço da casa e dominava os saberes sobre as mazelas do corpo e da vida das outras mulheres (WITTER, 2015, p. 54).

A reciprocidade de gênero pode ser percebida como uma tática de simetria, ou seja, mulheres que vivenciam situações próximas se solidarizam mutuamente. “As mulheres usavam de seus contatos umas com as outras para estabelecerem pontos de troca e equilíbrio que lhes permitiam driblar um mundo de regras masculinas e lutarem para alterar seus destinos nesse mundo” (WITTER, 2015, p. 58).

Embora o universo do parto tenha sido durante muito tempo um espaço praticamente só de conhecimento feminino, e no caso em estudo de acordo com as narradoras, o parto é “coisa de mulher”, onde os homens devem ficar fora do quarto esperando o nascimento, é interessante perceber como essas alianças eram construídas e fortalecidas.

De acordo com Mauss (2003, p. 34) “Se a troca é necessária e se ela não é dada, é preciso então construí-la.” Desse modo, o apadrinhamento constitui-se em um tipo de parentesco fictício, que indica alianças e/ou estratégias para a sobrevivência. “[...] o papel social do parentesco fictício confirma a função essencial dos laços externos à unidade familiar corresidente, em um processo que mescla

patrimônio simbólico e proteção, amparando funções sociais e econômicas impossíveis de serem quantificadas” (LEVI, 2015, p.19).

Ellen Woortmann (1995, p. 203) explicou que o apadrinhamento, geralmente, implica uma relação de reciprocidade entre duas famílias. Os pais da criança evitam convidar padrinhos que moram longe, para que possam se visitar ou ser chamados para uma emergência com facilidade. “É uma forma de reafirmar uma relação de amizade, ou de consolidar uma relação de vizinhança”.

Com grande frequência não são parentes, mas vizinhos ou amigos, que possuem um significado “prático”, pois são, também, ainda que em menor medida, responsáveis pela criança. Pelo ritual do compadrio, ou do batizado, são “transformados” em parentes. Trata-se, aqui, do uso social, não necessariamente consciente, de um rito e do compadrio com base numa matriz ideológica de parentesco (WOORTMANN, 1995, p. 202).

Para a autora o apadrinhamento “é visto como uma obrigação, como o pagamento de uma dívida [...]. Trata-se, pois, de reciprocidade de uma dádiva, de efetivar uma troca e, com ela, de realimentar a aliança [...]” (WOORTMANN, 1995, p. 223-214).

Parentes e vizinhas se revezavam no auxílio de alguém que necessitasse, mas a comadre (em relação à mãe ou pai do recém-nascido e madrinha em relação à criança) era costumeiramente a pessoa mais presente e íntima da família, dentre os não corresidentes.

Sua posição privilegiada a fazia participante dos momentos mais fundamentais da história da família: nascimentos, aniversários, doenças e morte. Elas cumpriam seu papel ajudando nas costuras, no preparo de comidas e remédios, nos cuidados dispensados aos doentes. Muitas vezes, eram também as principais conselheiras, aquelas com quem se dividia os problemas da família nuclear e extensa. Não raro, o comadrio estreitava laços de sangue ou ampliava o sentido de família para a vizinhança, fazendo da proximidade um compromisso regido por leis sagradas (WITTER, 2015, p. 54).

A proximidade era um fator levado em conta na escolha dos padrinhos, sobretudo, quando uma vizinha possuía saberes vinculados ao cuidado e a cura. Firmar uma relação de parentesco fictício com ela poderia ser muito apropriado.

Não eram apenas as comadres e parentas que participavam estreitamente da vida familiar. Também o faziam as mulheres que, na comunidade, possuíam saberes mais especializados como as curandeiras e, em especial,

as parteiras. Estas últimas, não raro, estabeleciam importantes laços de afinidade com suas clientes e seus filhos, convertendo-se quase sempre em comadres e, muitas vezes, também nas pediatras, ginecologistas e conselheiras das mães (WITTER, 2015, p. 56).

Os padrinhos ocupariam a responsabilidade de pais, no caso destes estarem ausentes. Assim, o batizado em casa constituía-se em um contrato, que tinha mais importância social, do comprometimento em sustentar e criar o afilhado, que religioso.

Hilda (2015) disse que quando os recém-nascidos não tinham fraldas ela “dava fralda, tirava dos meus filhos”. Também mencionou que adotou uma menina chamada “Anita, porque a mãe dela tinha muitos filhos e não conseguia sustentar”.

Um batismo informal que pretendia ampliar a rede de pessoas a se responsabilizar pelo destino da criança nascente. As madrinhas ajudavam em todas as fases do nascimento e do crescimento do bebê. Desde as receitas para “ter leite” até o amplo trabalho de se confeccionar roupinhas e, obviamente, quase sempre elas já estavam presentes na hora do parto (WITTER, 2015, p. 55).

Cecília (2012) orgulhosamente narrou: “[...] sempre me convidavam pra madrinha. Tenho afilhados por esse mundo aí que vou te dizer!” Em uma dádiva o convite deve ser feito e deve ser aceito. “Não se tem direito de recusar uma dádiva [...]. Agir assim é manifestar que se teme ter de retribuir [...]. É ‘perder o peso’ de seu nome; é confessar-se vencido de antemão.” (MAUSS, 2003, p. 247).

Mas, em princípio, toda dádiva é sempre aceita e mesmo louvada. Deve-se apreciar em voz alta o alimento que nos preparam. Ao aceitá-lo, porém, a pessoa sabe que se compromete. Recebe-se uma dádiva como ‘um peso nas costas’. Faz-se mais do que se beneficiar de uma coisa e de uma festa, aceitou-se um desafio; e pode-se aceitá-lo porque se tem certeza de retribuir, de provar que não se é desigual. (MAUSS, 2003, p. 248)

Mas mais surpreendente é a história do seu filho adotivo, Adão:

Esse filho de criação que mora comigo ele nasceu, pesou meio quilo, a mãe dele estava pra ganhar dois, ganhou ele, pobrezinho mortinho, só via que estava vivo porque tomava fôlego. O outro pesou três quilos, eu tinha até máquina pra pesar as crianças. Aí ela foi e disse assim: ‘esse pequenininho a senhora bota no lixo, que ele está morto’. Eu digo: ‘eu vou levar pra mim’. Aí não tinha roupa pra botar no guri, eu tirei uma saia baixeira que a gente usa, lavei ele e ele não tinha roupa eu enrolei bem na saia e levei. Cheguei em casa e disse pro meu marido: ‘olha o que eu trouxe pra mim’. ‘Isso é louca,

com um mundo de filho ainda trouxe outro pra criar'. Eu digo: 'eu trouxe esse Adãozinho pra eu criar, o nome dele é Adão. [...] Foi eu que botei o nome, ele é meu afilhado, batizei ele em casa e no padre e é meu filho de criação'. O outro com três meses morreu e ela quis me tomar o Adão e eu digo: 'não te entrego, tu queria botar no lixo, deixa o pobrezinho'. E ele diz: 'olha mãe o que tu fez pra mim eu quero fazer pra ti agora' (CECÍLIA, 2013).

Esse trecho narrado por Cecília (2012) é sobre um parto de gêmeos que ela atendeu. Ao observar a rejeição da parturiente por um dos recém-nascidos ela decidiu adotá-lo, mesmo seu marido a contrariando, pois já tinham muitos filhos, a palavra final foi sua. Colocou o nome e o batizou sozinha. Reafirmou seu compromisso com a criação de Adão, pois além de adotá-lo o batiza como seu afilhado. Este já adulto sente-se agradecido e, dentre os muitos filhos de Cecília, é o único que mora com ela em sua velhice, retribuindo os cuidados que recebera de sua mãe-madrinha.



Figura 11: Rayanne, afilhada de Maria Basílicia. Imagem reproduzida. Piratini, 2015. Acervo da pesquisadora. (Imagem original: acervo pessoal de Basílicia).

Esta foto, de sua afilhada Rayanne, Basílicia fez questão de retirar do álbum e mostrar que tinha um recado escrito no verso³⁹ por sua comadre, em nome da afilhada: "Para que a dinda nunca esqueça da pequena Rayanne com 3 meses. Meu coração é teu dinda".

Dentre as muitas formas de reciprocidade que se apresentou nesse capítulo, as fotografias quando ofertadas podem ser por si próprias um modo de dádiva e

³⁹ Basílicia retirou a foto do álbum para mostrar a dedicatória de sua comadre. Entretanto, quando a pesquisadora reproduziu as fotografias, não pode retirar todas para verificar o verso das imagens, tamanho o zelo de sua titular para com o material.

nesse caso a aliança também é promovida pelo comadrio. Além dessas, ainda possuem outro papel: Relembrar a dádiva. A imagem da pequena Rayanne carrega consigo o intuito de lembrar Basílicia de seu compromisso de madrinha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente comoveu Mariamar. Uma sombra nublou os seus olhos e ela deixa tombar o caderno. Assim entreaberto no chão posso ler a primeira das páginas. Está escrito: “Deus já foi mulher...”. Sorrio. Naquele momento estou rodeado de deusas. De um e do outro lado da despedida, naquele rasgar de mundos, são mulheres que costuram a minha rasgada história. (COUTO, 2012, p. 131-132)

Mais difícil que o começo da escrita certamente é o fim. Quais palavras poderão expressar e sintetizar todas as experiências vividas nas saídas de campo e o diálogo com os autores? Possivelmente, uma pesquisa não acaba. Mesmo que o prazo termine, todas as entrevistas tenham sido feitas e as obras de teoria lidas, os frutos deste trabalho só virão quando ele estiver acessível aos leitores, disponível às interpretações e críticas. Pensando assim, o fardo de concluir torna-se mais leve.

Nesse intuito de facilitar à escrita, a pesquisadora recorreu diversas vezes à imaginação. Assim, como o exercício de imaginação controlada, mencionado na introdução, uma série televisiva contribuiu para tornar mais próximo o universo das parteiras. Nenhuma das entrevistadas ainda atua, então, o recurso possível para preencher algumas lacunas e buscar significados foi imaginar o que elas contavam.

*Call the Midwife*⁴⁰ (Chamem a parteira) representa o trabalho de parteiras comunitárias no final da década de 1950, período próximo ao recorte temporal desta dissertação e quando algumas das entrevistadas já haviam começado a atuar. Os episódios se passam em um pequeno bairro de Londres, Inglaterra, em East End. O fato de ser retratada uma comunidade pequena aproximou com a realidade das narradoras que atuaram em zonas rurais, na cidade de Piratini, em um hospital ou no seu bairro de moradia em Pelotas, como Teresa que era chamada para atender partos no bairro Areal.

No entanto, não há intenção de analisar essa obra como uma fonte, ao menos não nesta dissertação, mas seria desleal não mencionar este recurso que diversas

⁴⁰ *Call the Midwife* é uma série britânica que começou a ser produzida em 2012 e já tem cinco temporadas lançadas. Sua criadora é Heidi Thomas. A série é transmitida pelas emissoras *BBC One* e *Public Broadcasting Service* (PBS). O acesso da pesquisadora foi através da plataforma de filmes e séries Netflix.

vezes contribuiu de forma lúdica para a compreensão deste universo tão particular. Sabe-se que a escrita de um trabalho longo como uma dissertação não demanda de apenas fontes e teoria, mas necessita de recursos lúdicos, muitas vezes não apresentados por seus autores.

Esta dissertação analisou na condição de fontes históricas doze entrevistas de história oral, construídas pelo viés temático e três manuais sobre o partejar (treinamento e supervisão de parteiras) e o parir (para gestantes). A História Oral enquanto recurso metodológico técnico, que possibilita a construção das fontes, também se sustenta com aporte teórico para *a posteriori* interpretá-las.

O objetivo central da dissertação foi investigar, a partir da linha de pesquisa do PPGH UFPel “Sociedades e Relações de Poder”, o seguinte problema: Quais os saberes e as transformações do ofício de parteira ao sul do RS e como se estabeleciam as relações de gênero na assistência aos partos, entre 1960-1990?

Muitas parteiras eram além de cuidadoras, atendendo o parto no acompanhamento de mulheres e acolhimento de bebês, também curadoras. Benziam, receitavam ervas, aplicavam injeções e mantinham em casa alguns fármacos para emergência. Atendiam, portanto, crianças, adultos e idosos contra “males” e doenças.

Como referido no capítulo um, o cuidado tornou-se historicamente uma atribuição feminina. Contudo, para que o cuidar seja visto como um papel social, que independe do gênero para ser exercido, é necessário uma sociedade que viva os papéis de gênero de forma democrática.

As parteiras entrevistadas relacionaram o começo da sua prática pela coragem em aprender um ofício que pode salvar vidas e pela necessidade em ajudar mulheres e do mesmo modo, ser ajudada em outros momentos. Esse aprendizado, para a maioria, deu-se a partir da própria prática.

Mencionaram saberes específicos do partejar: fechar os ossos da parturiente, porque o corpo se abre para o nascimento e assim, é preciso fechá-lo apertando “as carnes” da mulher; queimar o coto do umbigo para cauterizá-lo; dar banho até o coto do umbigo cair, que é uma forma de ajudar a mulher que recém pariu para que não faça esforço e é na compreensão das parteiras um dever seu, pois um bebê só está

a salvo depois que o umbigo cicatriza; ajudar a parturiente a compreender e acalmar a dor; desafogar o recém-nascido; criar bico no seio (auxílio à amamentação); simpatia para “deslívlar” a placenta; prever a data do nascimento; indicar as posições do feto e a através delas o sexo; realizar manobras para ajeitar o feto na posição de parto e fazer o exame de toque.

Já as parteiras hospitalares durante “o toque”, localizavam a posição do feto e indicavam aos médicos a necessidade de ser feita uma cesariana, também auxiliavam no pós-parto e ensinavam os estagiários de Medicina a atender nesta área.

Observou-se que algumas das parteiras também benziam. Contudo, esta era vista como atividade secundária, ou negada, quando diziam que faziam apenas uma reza. Mas ao proferi-la deveria ser realizada em diferentes dias, geralmente em números ímpares e com o uso de ervas. Notou-se que utilizavam poucos recursos míticos e suas benzeduras eram destinadas principalmente, aos recém-nascidos e crianças, especificidade ligada a sua atividade primária (parteira).

Os chás preparados ou receitados pelas parteiras possuem propriedades cientificamente comprovadas, conforme os bancos de dados Coleção de Plantas Medicinais e Aromáticas (CPMA) da Unicamp e *Ervarium*. Por exemplo, o uso do chá de laranjeira como calmante; o chá de erva-doce como lactogogo; o café e o chá de canela como estimulantes. Durante os encontros se observou que as narradoras ainda cultivam plantas medicinais, em seus pátios ou em vasos e outros recipientes.

As parteiras de hospital participavam até de cirurgias. Já as que atendiam em domicílio aplicavam injeções, faziam curativos e imobilizações e tinham pequenas “farmácias” em casa. Todas portam conhecimentos básicos em saúde.

O movimento higienista bastante vinculado na historiografia à Revolta da Vacina (1904) demarcou um novo tipo de maternidade, o da “mãe cívica”, ou se pode denominar também de “mãe científica”. Os médicos e sanitaristas observaram que as mulheres, principalmente burguesas, poderiam disciplinar suas famílias através da moralidade higienista e assim, criar os futuros braços fortes para trabalharem pela nação.

O médico tornou-se um conselheiro da família e toda a autoridade passou a ser-lhe destinada. Em contraponto, as parteiras e demais terapeutas populares passaram a ser vistos como charlatões e a ser perseguidos. Contudo, em comunidades isoladas dos grandes centros urbanos as parteiras continuaram a ser as principais cuidadoras da saúde da mulher e das crianças.

Para adentrar nessas pequenas comunidades os médicos geralmente, utilizavam-se do prestígio das parteiras e depois de conquistarem a confiança dos populares passavam, muitas vezes, a corromper a dignidade daquelas. Nos hospitais, inclusive, por muito tempo as parteiras permaneceram atuando na área da Obstetrícia e os conflitos entre empiria e prática eram constantes. Não só divergiam quanto ao medir a dilatação no trabalho de parto: se falaria em centímetros ou em dedos de dilatação? As parteiras passaram a ser acusadas de sujas e responsáveis pelo tétano neonatal, entre outras doenças.

Uma relação de saber-poder se instaurou e hierarquizou as profissões dentro do hospital: no topo da escala do prestígio o médico (representado na figura masculina); depois no meio da pirâmide a enfermeira (com representação feminina), que compartilha do linguajar médico e também é legitimada pelo saber acadêmico e o rés do chão é destinado à parteira, que apesar de não dialogar cientificamente, ainda serve para salvar vidas. É necessário ressaltar que há uma hierarquia também entre as parteiras. As com capacitação eram outorgadas pelo médico e as parteiras que exerciam suas atividades sem o consentimento dele eram chamadas ironicamente de “curiosas”.

Os motivos citados pelas parteiras para o término de sua atuação variam: a velhice, a aposentadoria e condições de saúde; a criação de hospitais; o melhoramento das estradas que permitiu com que as mulheres rurais cheguem ao hospital; o êxodo rural; a “falta de estudo” e pressões do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) que passou a fornecer cursos de capacitação para que elas se tornassem auxiliares em Enfermagem e negassem o ofício de parteira.

O corpo da mulher passou a ser percebido como uma máquina imperfeita, incapaz de parir sozinha e que necessita de intervenção, a qual só pode ser realizada pelo médico com todo seu aparato instrumental. Na era da industrialização o corpo deve ser medido, monitorado, depilado, cortado, costurado e assim,

controlado. Todas as tecnologias e ferramentas disponíveis devem ser usadas para tanto. Nesse mundo iludido com botões de controle e luzes brilhantes, não recorrer a toda essa parafernália seria negar os “avanços da cientificidade”.

Pensou-se que, evidentemente, as mulheres estariam dispostas a viver o parto moderno. Em realidade, nem todas. Na década de 1980 começaram a chegar ao Brasil obras literárias que contestam o chamado parto industrial ou tecnocrático, sugerindo humanizar o parto. Nessa mesma lógica de trocar a máquina, pelo homem/mulher, os botões e instrumentos pela mão, as fortes luzes da sala de parto por um ambiente intimista e as cadeiras e mesas de parto pelo local que a parturiente preferir.

Como discordar de algo que parece tão respeitoso? A primeira vista, não é possível. Porém, o movimento de humanização do parto, em alguns momentos, beira um retorno ao instinto materno. A uma concepção das mulheres como inerentemente leões parideiras, que tem como função primária em suas vidas procriar e cuidar suas crias. Aceitar isso é negar toda a luta histórica do feminismo para que a maternidade seja uma escolha e não a essência e razão única da vida das mulheres.

Essa pesquisa se propõe a uma escrita feminista. Isto consiste em criticar a historiografia a partir do feminismo. Não significa somente buscar a trajetória de mulheres ou fontes que as incluam, mas em relativizar problemas e conceitos. Compreender a História de um modo relacional, observando as hierarquias de poder entre os gêneros. Estudar a maternidade em conjunto com a paternidade, pois aquela só adquire sentido quando relacionada à última.

O parto, na maioria das vezes, ainda ocorre no corpo feminino ou tido como feminino. Contudo, após os processos de redesignação sexual, principalmente, as cirurgias de mudança de sexo e os tratamentos hormonais, existem casos de “homens grávidos”. Tais como Thomas Beatie⁴¹, que engravidou, pariu e é pai de duas crianças, pois manteve parte de sua biologia para a reprodução feminina, mas

⁴¹ GLOBO.COM. **Primeiro “homem grávido” dá à luz outra vez, diz TV dos EUA**. 10/06/2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,MUL1189275-5602,00-PRIMEIRO+HOMEM+GRAVIDO+DA+A+LUZ+OUTRA+VEZ+DIZ+TV+DOS+EUA.html> Acesso em: 16 jan. 2017.

sua identidade de gênero é masculina; ou o caso do pai Trevor MacDonald⁴² que mesmo após a cirurgia, amamenta.

Embora o parto ainda seja uma discussão que diga mais respeito às mulheres, sobretudo porque há um maior interesse delas sobre o tema (ou poderia se dizer um desinteresse dos homens), a participação do homem no parto e cuidado com os filhos também deve ser estudada. Tanto as ausências, os “pais” que só doaram seu sêmen e fugiram da paternidade, quanto os pais presentes, aqueles que trazem comida e pagam as contas, mas não trocam uma fralda, e aqueles “efetivamente presentes” que compartilham todas as tarefas compreendendo-as como suas e não só como ajuda à companheira.

Quanto aos direitos reprodutivos se ressalta o papel da pílula na vida das mulheres pós 1960. É um método eficaz que foi lentamente sendo aceito pela sociedade, mas de modo mais rápido que qualquer outro tipo de contraceptivo. Em situação diferente está a percepção social sobre o aborto.

Todas as mulheres conhecem alguém que praticou um aborto, quando elas próprias não foram as protagonistas deste momento. Quando ela sobrevive e passa bem, o ato pode ser esquecido e “superado”, já que sempre é feito as escondidas. Mas quando o aborto torna-se público, a história muda. Diferentemente das atrizes e modelos que vão a mídia contar que há décadas abortaram para dar continuidade à carreira profissional, quando as mulheres pobres abortam e seu ato se torna público as consequências podem ser nefastas.

A autora irá recordar a história de uma parenta que realizou um aborto em uma latrina, há cerca de 20 anos. O banheiro na rua, de madeira, era de uso compartilhado entre os vizinhos, que viram o feto boiando na latrina e acionaram a polícia denunciando-a. Ela foi presa, depois de alguns anos descobriu que havia contraído *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e faleceu na prisão. O desenvolvimento da doença e sua morte foram compreendidos como um castigo divino pelo aborto cometido (ou uma reciprocidade negativa, como uma vingança de Deus). As pessoas que antes se envergonhavam de possuir uma parentalidade com

⁴² CATRACA LIVRE. **Homem trans gay fala sobre sua experiência de amamentar o filho.** 08/07/2016. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/geral/cidadania/indicacao/homem-trans-gay-fala-sobre-sua-experiencia-de-amamentar-o-filho/> Acesso em: 16 jan. 2017.

ela, passaram a aceitá-la, como se morrer fosse a única forma de cumprir a sua pena ou pagar a sua dívida.

A reciprocidade negativa nesse caso pode ser entendida do mesmo modo que a passagem contada por Cecília (2012). Deus havia dado à parteira que praticava abortos, Catarina, seis fetos mortos. Catarina pagaria em seu próprio parto pelos atos praticados.

O ato do aborto, entretanto, nem sempre é compreendido como tal. Por vezes, o trabalho de tomar um chá é considerado apenas fazer descer o sangue. O aborto, propriamente dito, na concepção das narradoras, necessita da intervenção de alguém, era expresso pelo verbo “tirar” e não “descer”. Algo sólido como um feto deveria sair para caracterizar o aborto, o sangue líquido era apenas menstruação atrasada.

A percepção da quarentena, como uma violência de gênero, também foi tratada nessa pesquisa. O marido que não respeita os quarenta dias de repouso no puerpério da esposa fica mal falado e as parteiras sabem quando isto ocorre. Mesmo que a parturiente queira retomar suas atividades, incluindo a sexual, o marido que aceitar será visto como violador. Também se percebeu a violência obstétrica como uma violência de gênero, autorizada pelo saber acadêmico e pelo Estado.

Diante das desigualdades sociais e do individualismo decorrentes do sistema capitalista, que privilegia a concorrência e o lucro, torna-se difícil compreender que existam relações de reciprocidade. Pautadas por valores como a amizade e questões de gênero, mesmo nos casos em que houve retorno em dinheiro, este não foi o elemento principal motivador da troca, mas apenas uma forma de complementar o ciclo: dar, receber e retribuir.

A reciprocidade está em nosso cotidiano, nos ritos de casamento, nascimento, aniversário e morte. Todavia, constatou-se que o dito popular “reciprocidade não se mede” não procede. Reciprocidade é medida e seu pagamento é esperado como a uma dívida.

Em suma, se observou por meio da reciprocidade e, sobretudo, da reciprocidade de gênero, do “comadrio”, como mulheres criavam alianças/táticas

para sobreviver diante das adversidades de um mundo distante dos recursos hegemônicos de saúde e que privilegia o masculino.

Teresa (2015) depois da entrevista deu a pesquisadora os presentes abaixo fotografados, com o recado de que não se esqueça dela:



Figura 12: Presentes ofertados por Teresa à pesquisadora: Um guardanapo com barra de crochê de seu feitio, escrito “Deus é Amor” e uma fotografia 3x4 sua. Pelotas, 2015. Acervo da pesquisadora.

Na maioria das entrevistas a pesquisadora foi recepcionada com algum alimento: café, chá ou mate, acompanhado, geralmente, de biscoitos. Contudo, nenhuma das entrevistadas havia lhe ofertado um presente, o que fará dois, como neste caso.

Embora um pouco surpresa, aceitou os presentes com alegria. Agora se acredita que eram dádivas. O reconhecimento em convidá-la para a entrevista pode ter sido sentido por Teresa como uma oferta ou um primeiro passo para a aliança e dar o pano de prato e a fotografia como formas de retribuir. Reiterando o que já fora exposto, a fotografia além de ser ela própria uma dádiva tem o poder de lembrar a dádiva, para que a aliança estabelecida não seja esquecida.

A historiografia tem sua historicidade e o/a historiador/a ocupa um papel/ou papéis nela, que não devem ser esquecidos. Quando vai ao arquivo ou à comunidade em busca de testemunhos tem hipóteses formuladas e quer confrontá-las. Sua formulação está imbricada em suas leituras, vivências, filiações,

experiências de outras pesquisas e/ou da sala de aula, no seu tempo. Em realidade, é um dever do/a historiador/a comprometer-se em apresentar o seu lugar social.

A história oral não afeta somente quem rememora, o/a pesquisador/a pode sentir-se fortemente tocado/a em relação à narrativa que ouve. Ao compreendê-la pode comparar com sua trajetória ou sensibilizar-se com o/a narrador/a, principalmente, quando se entrevista pessoas em vulnerabilidade social.

Para se trabalhar com esta metodologia é necessário aprender a ouvir atentamente e valorizar as informações concedidas por aquele que conta. Muitas vezes, o/a narrador/a não aparece no texto final. Seu relato é utilizado de modo apenas a confirmar as opiniões do/a pesquisador/a. Não sufocá-lo/a no texto escrito significa apresentá-lo, contextualizá-lo e, sobretudo, que a opinião dele apareça.

Ao analisar as entrevistas a pesquisadora acha pertinente tecer uma crítica a ela própria. Por algumas vezes, referiu-se às narradoras lhes perguntando “Na sua época...”. Apesar de ter feito isto querendo referir-se ao período de atuação como parteira das narradoras, perguntou-lhe distanciando e deslocando-as do presente, como se o presente não fosse mais o tempo delas. Na entrevista com Cecília, quando esta contava que a juíza havia lhe proibido de sair sozinha à rua, a pesquisadora disse: “A senhora não tem mais idade...”. Embora tenha tido uma boa intenção ao lhe dizer para não sair de casa sozinha, pois, poderia cair ou se perder, nestes momentos reforçou o preconceito ao idoso, subjugando-o implicitamente como inativo e incapaz.

Por fim, a pesquisadora em nenhum momento escondeu seu engajamento. Pelo contrário, tentou fazer desta dissertação uma pesquisa feminista e inseriu suas experiências pessoais no texto. Se este feito se concretizou, cabe aos leitores/as averiguar.

Este trabalho pretende corroborar com a produção historiográfica sobre as mulheres que vem sendo desenvolvida a partir dos anos de 1980, numa perspectiva relacional de poder entre os gêneros. Tentando compreender sua multiplicidade, com o intuito de não vitimá-las ou torná-las heroicas, mas de buscar suas experiências, suas práticas e saberes, suas imposições e confrontamentos, suas alianças e negociações. Questionando, deste modo, as tão representadas e

descabidas visões sobre as mulheres como fúteis, ociosas, confinadas ao lar e que rivalizam entre si.

As mulheres são violentadas diariamente pelo Estado, como a violência obstétrica abordada nesta pesquisa, por seus companheiros, familiares e desconhecidos. Sofrem violências dos seus colegas de trabalho/estudo e de seus professores, como o abuso sexual e o menosprezo pela sua fala. Entretanto, as mulheres não vão se calar ou parar de escrever e o mais importante, de denunciar. “Tornar-se mulher” é saber que se está em luta cotidiana contra o patriarcado, e assim, como na guerra, é preciso criar alianças. Por isso, essa dissertação termina com um desejo: Que cada vez mais, as mulheres sabiamente criem vínculos entre si para sobreviver, como o “comadrio”.

Fontes orais

Cecília dos Santos. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Piratini, 2012.

Dalva Luçardo. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Piratini, 2013.

Erci Maria Rosa. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Pelotas, 2012.

Eulália Sória. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Piratini, 2013.

Hilda Macedo. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada em: Pelotas, 2015.

Jaci Manetti. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Piratini, 2013.

Maria Basílicia Soares. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Piratini, 2013.

Rômulo Panatieri. **Médico obstetra e coordenador da vigilância sanitária**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa do entrevistado, Piratini, 2014.

Sueli Braga. **Técnica de Enfermagem**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Piratini, 2012.

Teresa Machado. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Pelotas, 2015.

Vera Maria Venske da Silva. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Pelotas, 2015.

Vitalina dos Santos. **Parteira**. Entrevista concedida a Eduarda Borges da Silva. Realizada na casa da entrevistada, Pelotas, 2012.

Fontes documentais

COX, Helen. **Manual elemental de Obstetricia:** Guía para parteras auxiliares. Atlacomulco: Libros McGraw-Hill de México, 1973. [Manual para parteiras].

KITZINGER, Sheila. **Gravidez e parto.** São Paulo: Abril S.A, 1984. [Manual para gestantes].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina sanitaria Panamericana, Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. **Guía de orientación e supervisión de parteras empíricas:** Para enfermeras y obstetrices responsables del programa. Informes de Enfermería, nº 12, 1969. [Manual para sanitaristas supervisionarem parteiras].

Referências bibliográficas

ALBERTI, Verena. A vocação totalizante da história oral e o exemplo da formação do acervo de entrevistas do CPDOC. In: **INTERNATIONAL ORAL HISTORY CONFERENCE**. Rio de Janeiro: CPDOC/FGV/FIOCRUZ, 1998. v.1. p. 509-515.

_____. Histórias dentro da história. In: PINSKY, Carla (org.). **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2008, p. 155-202.

_____. **Ouvir Contar: textos em história oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 196 p.

ALEMÁN, Natalia Magnone. **Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización**. 2010. 170 f. Tesis de Maestría en Sociología. Universidad de la República Montevideo – Uruguay, 2010.

ALMEIDA, Paula Castro. **“As palavra é que voga”**: concepções de cura e saúde entre benzedadeiras no município de Pelotas. 2015. 127 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

ARATA, Nicolás. *Los saberes de oficio: Notas conceptuales*. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.22, n.3, p.149-163, 2013.

BACELLAR, Carlos de Almeida Prado. Criando porcos e arando a terra: família e compadrio entre os escravos de uma economia de abastecimento (São Luis do Paraitinga, capitania de São Paulo, 1773-1840). In: **III Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional**. Florianópolis, 2007. Anais Eletrônicos (<http://www.labhstc.ufsc.br/pdf2007/14.14.pdf>).

BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAHIA, Joana. **“O tiro da bruxa”**: identidade, magia e religião entre camponeses pomeranos do Estado do Espírito Santo. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional, 2000.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. **Sociologia, problemas e práticas**, nº 52, p. 109-132, 2006.

BARROSO, Iraci de Carvalho. **Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá: Histórias e Memórias**. 150 f. Dissertação (Departamento de História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: a experiência vivida**. V. 2 Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1967. 500 p.

BENJAMIN, Walter. **Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. 488 p.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. In: FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaina. **Usos e abusos da história oral**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2006. p. 183-191.

BRANDÃO, Nadja dos Santos. **Da tesoura ao bisturi, o ofício das parteiras 1897-1967**. Dissertação (Mestrado em História). Pontifícia Universidade Católica - RS, Porto Alegre, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa humanização do parto: Humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. Portal da saúde (SUS). **Exposição apoiada pelo Ministério da Saúde mostra importância do parto normal**. 13/11/2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/noticias-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/20708-exposicao-apoiada-pelo-ministerio-da-saude-mostra-importancia-do-parto-normal> Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. **Projeto de Lei nº 7.633 de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1257785.pdf>. Acesso em: 08 set. 2015.

CAILLÉ, Alain. Dádiva, *care* e saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 16, nº 36, mai/ago 2014, p. 42-59.

CANDAU, Joël. **Memória e identidade**. Tradução: Maria Leticia Ferreira. São Paulo: Contexto, 2011. 224 p.

CASTELLI, Natasha Dias. **Redesenhando o papel paterno: memória e atuação dos pais da Plaza de Mayo: Da Invisibilidade à confrontação do papel materno**. 2015. 144 f. Dissertação (Mestrado) Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em História, São Leopoldo, 2015.

CARELI, Sandra. As transformações no ofício de partejar nas décadas iniciais da República no Rio Grande do Sul. In: **IX Encontro Estadual de História**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008, p. 1-13.

CARVALHO, Islene; CHACHAM, Alessandra Sampaio; VIANA, Paula. Parteiras Tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco – 1996. **XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**. Anais eletrônicos, 1996, p. 873-888.

CATRACA LIVRE. **Homem trans gay fala sobre sua experiência de amamentar o filho.** 08/07/2016. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/geral/cidadania/indicacao/homem-trans-gay-fala-sobre-sua-experiencia-de-amamentar-o-filho/> Acesso em: 16 jan. 2017.

CCS-UFPel. Coordenação de comunicação social. **Faculdade de Medicina completa 50 anos.** Disponível em: <http://ccs2.ufpel.edu.br/wp/2013/04/02/faculdade-de-medicina-completa-50-anos/> Acesso em: 30 jan. 2017.

CPMA – Coleção de Plantas medicinais e Aromáticas da UNICAMP. Banco de dados. Disponível em: http://webdrm.cpqba.unicamp.br/cpma/banco_de_dados/. Acesso em: 13 ago. 2015.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean [et. al.]. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2010. p. 295-316.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril:** Cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHARTIER, Roger. Aprender a ler, ler para aprender. Tradução: ALMEIDA, Leonardo. **Leitura em Revista.** Cátedra UNESCO de Leitura PUC-Rio, n.2, p. 1-10, 2011.

CHAVES, Larissa Patron. **“Honremos a Pátria Senhores!”** As Sociedades Portuguesas de Beneficência: caridade, poder e formação de elites na Província de São Pedro do Rio Grande (1854-1910). 339 f. Tese de Doutorado PPGH Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2008.

COLACIOPPO, Priscila Maria et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, nº 2, p.81-90, 2010.

COLLING, Ana Maria. **Tempos diferentes, discursos iguais:** a construção do corpo feminino na história. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2014. 114 p.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José; JANNUZZI, Paulo. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicações. **UNFPA-Brasil, ABEP e IBGE.** Rio de Janeiro, setembro de 2003. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf Acesso: 21 nov. 2016.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 6 nº 1-2, p. 147-177, 1996.

COUTO, Mia. **A confissão da leoa.** São Paulo: Companhia das Letras, 2012. [versão online].

DAVIS-FLOYD, Robbie. Os modelos assistenciais tecnocrático, humanizado e holístico. Resumo e tradução por Adriana Tanese Nogueira. Texto original em: **International Journal of Gynecology & Obstetrics.** *International Conference on Humanization of Childbirth.* Fortaleza, Brazil, 2000, p. 5-23.

_____. **Del médico al sanador.** Buenos Aires: Creavida, 2004.

DEBERT, Guita Grin. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: **Antropologia e velhice**, textos didáticos. Campinas, SP: IFCH/UNICAMP, n. 13, p. 7-30, 1994.

DEL PRIORE, Mary. **Histórias do cotidiano**. São Paulo: Contexto, 2008. 128 p.

DIÁRIO DA MANHÃ. **São Francisco de Paula**: Hospital comemora 57 anos de história neste sábado. Pelotas, 26 jun. 2015. s.p.. Disponível em: <http://diariodamanhapelotas.com.br/site/sao-francisco-de-paula-hospital-comemora-57-anos-de-historia-neste-sabado/> Acesso em: 30 jan. 2016.

DIAS, Maria Odila Leite da Silva. Novas subjetividades na pesquisa feminista: uma hermenêutica das diferenças. **Estudos feministas**. nº 2, p. 373-382, 1994.

DINIZ, Simone Grilo *et. al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. v. 25, n.3, São Paulo, p. 1-8, 2015.

DOSSE, François. História do tempo presente e historiografia. **Tempo e argumento**. Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 5-22, 2012.

DUBAR, Claude. **A Socialização**: Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora, 1997. 331 p.

ERVANARIUM. Plantas. Disponível em: <http://www.ervanarium.com.br/plantas> Acesso em: 13 ago. 2015.

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UFPEL. **Departamento**. Disponível em: <http://feo.ufpel.edu.br/departamento.php> Acesso em: 23 set. 2016.

FAMED-UFRGS. Faculdade de Medicina. **História da Faculdade de Medicina da UFRGS**. Disponível em: <http://www.famed.ufrgs.br/index.php/famed/historia> Acesso em: 30 jan. 2017.

FARINATTI, Luís Augusto Ebling; MATHEUS, Marcelo Santos. Sobre Angélica, José Maria e Jacinto: hierarquia social e padrinhos/madrinhas preferenciais escravos no sul do Brasil (1817-1845). In: VENDRAME, Maíra (et al. orgs.) **Micro-história, trajetórias e imigração**. São Leopoldo: Oikos, 2015. p.99-121.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sígnico. In: ALVES, P.; MINAYO, M. (Orgs.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 101-112.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. **Educar**, Editora UFPR, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005.

FLEISCHER, Soraya Resende. **Parteiras, buchudas e aperreios**: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará. 315 f. Tese (Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007a.

_____. Sangue, leite e quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará. **Campos**, 8 (2), p. 81-97, 2007b.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

_____. O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticas da etnografia 'em casa'. **Teoria e Cultura**. Juiz de Fora, v. 2, n. 1 e 2, 2008. p. 39-53.

FONSECA, Maria Rachel Fróes. Fontes para a história das ciências da saúde no Brasil (1808-1930). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v. 9 p. 275-288, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, Maria Martha de Luna. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, p.153-171, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa de opinião: **“Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”**. 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> Acesso em: 09 jan. 2017.

GIDDENS, Anthony. Tradição. In: GIDDENS, Anthony. **Mundo em descontrolado**. Tradução: Maria L. Borges. Rio de Janeiro: Record, 2005. p. 47-60.

GILL, Lorena Almeida. **À beira da extinção: memórias de trabalhadores cujos ofícios estão em vias de desaparecer**. Projeto apresentado à Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas [atualizado], 2012.

_____. **“Um mal de século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930”**. 317 f. Tese de Doutorado em História, PUC-RS, Porto Alegre, 2004.

GILLIGAN, Carol. **Joining the Resistance**. Cambridge: Polity Press, 2011. 140 p.

GLOBO.COM. **Primeiro “homem grávido” dá à luz outra vez, diz TV dos EUA**. 10/06/2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,MUL1189275-5602,00-PRIMEIRO+HOMEM+GRAVIDO+DA+A+LUZ+OUTRA+VEZ+DIZ+TV+DOS+EUA.html> Acesso em: 16 jan. 2017.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16 n. 47, p. 333-361, 2011.

GONÇALVES, Aline de Oliveira. **Da internet às ruas: a marcha do parto em casa**. 190 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Setor de artes, comunicação e design da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

GONÇALVES, Andréa Lisly. **História & gênero**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 160 p.

GONÇALVES, Helen; MENASCHE, Renata. Pesquisando na interface: problemas e desafios a partir da pesquisa qualitativa em saúde. **Interface** (Botucatu). v. 18, nº 50, p. 449-56, 2014.

GUDEMAN, Stephen; SCHWARTZ, Stuart. "Purgando o pecado original: compadrio e batismo de escravos na Bahia no século XVIII". In: REIS, João José (Org.). **Escravidão e Invenção da Liberdade**. Estudos sobre o negro no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1988.

GUIMARÃES, Maria Regina. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 501-14, 2005.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990.

HEYMANN, Luciana Quillet. Indivíduo, memória e resíduo histórico: Uma reflexão sobre arquivos pessoais e o caso Filinto Müller. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, CPDOC-FGV, v. 10, nº 19, p. 41-66, 1997.

HOBBSAWM, Eric. **Sobre História**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. 322 p.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Nupcialidade e fecundidade**. Disponível em: <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/nupcialidade-e-fecundidade.html> Acesso em: 02 de dez. de 2015.

JARDIM, Maria de Lourdes. Evolução da fecundidade no Rio Grande do Sul e perspectivas futuras. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 20, n. 4, 1993, p. 256-263.

JARDIM, Rejane. **Revelando o implícito: Irmãs de Caridade e Parteiras na formação do saber médico em Porto Alegre - 1872 a 1940**. Dissertação (Mestrado em História) Pontifícia Universidade Católica - RS, Porto Alegre, 1998.

KARSBURG, Alexandre. A micro-história e o método da microanálise na construção de trajetórias. In: VENDRAME, Maíra (*et al.* orgs.) **Micro-história, trajetórias e imigração**. São Leopoldo: Oikos, 2015. p. 32-52.

KHOURY, Yara Aun. Muitas memórias, outras histórias: cultura e sujeito na história. In: FENELON, Déa Ribeiro; MACIEL, Laura Antunes; ALMEIDA, Paulo Roberto de; KHOURY, Yara Aun (Orgs.). **Muitas memórias, outras histórias**. São Paulo: Olho d'água, 2004. p. 116-138.

KRAMER, Henrich; SPRENGER, James. **O martelo das Feiticeiras Malleus Maleficarum**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1991. 530 p.

KUHNEN, Tânia Aparecida. A ética do cuidado como teoria feminista. **Anais do III Simpósio de Gênero e Políticas Públicas**, Universidade Estadual de Londrina, 2014 p. 1-9.

LEAL, Ondina. Benzedeiras e Bruxas: sexo, gênero e sistema de cura tradicional. **Cadernos de Antropologia**. Porto Alegre. v. 5. p. 7-22, 1992.

_____. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 127-139.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; VASCO, Daniele dos Santos. Alguns percursos históricos entre o higienismo e a medicalização na atenção à infância e às famílias. **Artifícios**: Revista do Difere, v. 2, n.4, p. 1-20, 2012.

LEVI, Giovanni. Reflexões sobre família e parentela. In: VENDRAME, Maíra (et al. Orgs.) **Micro-história, trajetórias e imigração**. São Leopoldo: Oikos, 2015. p. 12-29.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A Eficácia Simbólica. In: **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. p. 215-236.

_____. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Nalfy, 2003. p. 11-46.

LONER, Beatriz; GILL, Lorena. Memórias sobre o cuidado: o a(s) benzedeiro a(s) na região sul do RS. **X Encontro Nacional de História Oral – Testemunhos: História e Política**. UFPE, Recife, 2010. p. 1-12.

MACHADO, Cacilda. “Compadrio de escravos e paternalismo, o caso da freguesia de São José dos Pinhais (PR), na passagem do século XVIII para o XIX”. In: **III Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional**. Florianópolis, 2007. Anais Eletrônicos (<http://www.labhstc.ufsc.br/pdf2007/12.12.pdf>).

MACHADO, Vanderlei. Paternidade, maternidade e ditadura: a atuação de pais e mãe de presos, mortos e desaparecidos políticos no Brasil. **História Unisinos**, 17(2), p. 179-188, 2013.

MADRELUZ. Sobre. In: Madreluz: parteiras contemporâneas. **Facebook**. Disponível em: https://www.facebook.com/parteirasmadreluz/info?tab=page_info. Acesso em: 06 ago. 2015.

MALTHUS, Thomas Robert. **Ensaio sobre a população**. Tradução: Antonio Alves Cury. São Paulo: Abril Cultural, 1993. (Os economistas).

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, 13 (3), p. 645-665, 2005.

MAUAD, Ana Maria. Através da imagem: Fotografia e História interfaces. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, nº 2, p. 73-98, 1996.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Nalfy, 2003. 536 p.

MENASCHE, Renata. Capinar: Verbo Conjugado no Feminino? Notas de Pesquisa sobre Gênero e Percepções de Risco na Agricultura Familiar. **Mneme Revista de Humanidades**. v. 5. n. 11, p. 76-94, 2004.

_____; BELÉM, Régis da Cunha. Gênero e Agricultura Familiar: Trabalho e Vida na Produção de Leite no Sul do Brasil. **Raízes**, ano XVII, nº 17, p. 135-142, 1998.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom; HOLANDA, Fabíola. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto: 2007. 175 p.

MENDES, Paula Joana Magalhães de Jesus. **O Álbum (I)Material**: O impacto da fotografia digital na produção do álbum de família. Dissertação de Mestrado. Ciências da Comunicação. Universidade Nova de Lisboa. 2012.

MÉNDEZ, Natalia Pietra. **Discursos e práticas do movimento feminista em Porto Alegre (1975-1982)**. 166 f. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2004.

MENDONÇA, Lúcia Glicério. **Parteiras em Londrina (1929-1978)**. 186 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

MESQUITA, Cecília Chagas de. **Saúde da mulher e redemocratização**: Ideais e atores políticos na história do PAISM. 157 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências), Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

MOTT, Maria Lúcia. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? **Revista Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, v.7, n.1, p. 25-36, 1999.

_____. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). **Ver. Esc. Enf. USP**, v.35, n.1, p. 46-53, 2001.

_____. Parto. **Estudos Feministas**, v.10, n.2, p. 399-401, 2002.

MUNAKATA, Kazumi. O livro didático: alguns temas de pesquisa. **Rev. bras. hist. educ.**, Campinas-SP, v. 12, n. 3 (30), p. 179-197, 2012.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 651-657, 2005.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira**: Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Editora Ground, 2003. 189 p.

OLESEN, Virginia. Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio. In: DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvona; NETZ, Sandra. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 219-258.

PALMA, José João Lanceiro. **Lutas sociais e construção do SUS**: o movimento de saúde da zona leste da cidade de São Paulo e a conquista da participação popular na saúde. 212 f. Tese (Doutorado em Ciências), São Paulo, 2013.

PAULILO, Maria Ignez. O peso do trabalho leve. **Revista Ciência Hoje**. nº 28, p. 1-7, 1987.

PEDRO, Joana Maria. A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil (1960-1980). In: MONTEIRO, Yara Nogueira. **História da Saúde**: olhares e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. p. 141-156.

_____. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.77-98, 2005.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2008.

_____. **Os excluídos da história**: operários, mulheres e prisioneiros. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Fronteiras da ficção: diálogos da história com a literatura. NODARI, Eunice; PEDRO, Joana Maria; IOKOI, Zilda (Orgs). **História: Fronteiras. XX Simpósio Nacional da ANPUH**. Florianópolis-SC, julho de 1999. p. 819-831.

PIERUCCI, Lucirleia Alves Moreira. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o ideal da medicina preventiva. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 95, 2009. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/095/95pierucci.htm> Acesso em: 30 jan. 2016.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, História e Poder. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, 2010.

PLANTAS QUE CURAM. Benefícios e malefícios do café. Disponível em: <http://www.plantasquecuram.com.br/ervas/cafe.html#.VdIWI IVikq> Acesso em: 13 ago. 2015.

PLANTAS QUE CURAM. Benefícios medicinais da fruta tangerina. Disponível em: <http://www.plantasquecuram.com.br/ervas/tangerina.html#.Vc0ZhflViko> Acesso em: 13 ago. 2015.

PORTELLI, Alessandro. Forma e significado na História Oral. A pesquisa como um experimento em igualdade. **Projeto História**, nº 14. São Paulo, PUC, p. 7-24, 1997a.

_____. 'O momento da minha vida': funções do tempo na história oral. In: FENELON, Déa Ribeiro et. al. (Org.). **Muitas memórias, outras histórias**. São Paulo: Olho d'Água, 2004, p. 296-313.

_____. Tentando Aprender um Pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. In: **Projeto História**, nº 15. São Paulo, PUC, p. 13–33, 1997b.

PRIMALUZ. Sobre. In: Primaluz: Parteiras contemporâneas. **Facebook**. Disponível em: https://www.facebook.com/PrimaluzParteirasContemporaneas/info?tab=page_info. Acesso em: 06 ago. 2015.

QUINTANA, Alberto. **A ciência da benzedura**: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. Bauru: EDUSC, 1999. 228 p.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: Pedro, Joana; Grossi, Miriam (orgs.) - **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

_____. Trabalho feminino e sexualidade. In: PRIORE, Mary Del. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto/UNESP, 1997.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: "Parirás com dor". 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> Acesso em: 09 jan. 2017.

REIS, José Carlos. O lugar da teoria-metodologia na cultura histórica. **Revista de Teoria da História**. Universidade Federal de Goiás. Ano 3, Número 6, 2011, p. 4-26.

RENDEIRO, Márcia Elisa Lopes Silveira. **Álbuns de família: Fotografia e Memória; Identidade e Representação. XIV Encontro Regional da Anpuh-Rio, Memória e Patrimônio.** Rio de Janeiro, 2010. p. 1-10.

SABOURIN, Eric. Marcel Mauss: Da dádiva à questão da reciprocidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** Vol. 23, nº 66, fev. de 2008. p. 131-138.

_____. Teoria da reciprocidade e sócio-anthropologia do desenvolvimento. **Sociologias,** Porto Alegre, ano 13, n. 27, mai./ago. 2011, p. 24-51.

SALEM, Tânia. **Sobre o "Casal Grávido":** Incursão em um Universo Ético. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1983.

SANT'ANA, Elma. **As parteiras.** Porto Alegre: SIMERS; CORAG, 2006.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu** (16) p.137-150, 2001a.

_____. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunic, Saúde, Educ,** v.5, n.8, p.47-60, 2001b.

_____. As múltiplas faces da maternidade. **Cad. Pesq., São Paulo** (54), p. 37-49, 1985.

SCHEER, Micaele Irene. **Vestígios de um Ofício:** o Setor Calçadista e as Experiências de seus Trabalhadores na Cidade de Pelotas. 163 f. Dissertação (Mestrado em História), Pontifícia Universidade Católica-RS, Porto Alegre, 2014.

SCHNEIDER, Maurício. **Identidades em rede:** um estudo etnográfico entre quilombolas e pomeranos na Serra dos Tapes. 2015. 150f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero:** uma categoria útil de análise histórica. p. 1-35, 1989. Disponível em:

https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%A0Anero-Joan%20Scott.pdf Acesso em: 17 dez. 2016.

SILVA, Eduarda Borges da. **Narrativas paridas:** Entre higienização e industrialização, parteiras da Região Sul do RS rememoram seu ofício. 63 f. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Bacharelado em História, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

SILVA, Tânia Maria de Almeida; FERREIRA, Luiz Otávio. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.18, p.95-112, 2011.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero. **Revista Brasileira de História,** São Paulo. v. 27, nº 54, p. 281-300, 2007.

SOUSA, Noélia Alves. **Sábias mulheres:** uma investigação de gênero sobre parteiras no Sertão do Ceará (1960-2000). 286 f. Tese (Doutorado em História

Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

THOMAS, Heidi. **Call the Midwife**. 2012. Disponível em: <https://www.netflix.com/search?q=call&jbv=70245163&jbp=0&jbr=0> Acesso em: 16 jan. 2017.

THOMSON, Alistair; FRISCH, Michael; HAMILTON, Paula. Os Debates Sobre Memória e história: Alguns Aspectos Internacionais. In: FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína. (Orgs.) **Usos e Abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 8ª ed., 2006, p. 65-91.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. Santa Casa de Misericórdia. In: LONER, Beatriz; GILL, Almeida; MAGALHÃES, Mario. **Dicionário de História de Pelotas**. Pelotas: Editora da UFPel, 2010. p. 229-230.

TORNQUIST, Carmen Suzana. Armadilhas da nova era: Natureza e armadilhas da nova era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

_____. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 412 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TRINDADE, Gestine Cássia; NOSELLA, Paolo. Profissões em de desaparecimento: a identidade dos trabalhadores de ofício frente à ofensiva do capital. **Trabalho & Educação**, Minas Gerais, p. 95-108, 2010.

VARGAS, Jonas Moreira. **Uma Aldeia escravista e os seus chefes: Família e Hierarquias sociais na primeira elite charqueadora de Pelotas (1790-1835)**. In:

VENDRAME, Maíra (et al. orgs.) **Micro-história, trajetórias e imigração**. São Leopoldo: Oikos, 2015. p. 122-146.

VASCONCELLOS, Marciele Agosta. **À moda dos alfaiates: Nuances de um ofício artesanal na cidade de Pelotas, nas décadas de 1940 e 1950**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em História). Universidade Federal de Pelotas, 2012.

VENÂNCIO, Renato Pinto. Redes de compadrio em Vila Rica: um estudo de caso. In: OLIVEIRA, Mônica Ribeiro de; ALMEIDA, Carla Maria Carvalho de (Orgs.). **Exercícios de micro-história**. Rio de Janeiro: FGV, 2009, p. 239-261.

VIEIRA, Marisa; BONILHA, Ana Lúcia. A parteira leiga no atendimento à mulher no parto e nascimento do seu filho. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, p. 19-26, 2006.

VILA MAMÍFERA. **Parto em casa: pode ou não pode?** Disponível em: <http://vilamamifera.com/cafemae/parto-em-casa-pode-ou-nao-pode/> Acesso em: 23 set. 2016.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense -1889/1928**. 345 f. Tese (Doutorado em História).

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

WEDIG, Josiane Carine. **Agricultores e agricultoras à mesa**: um estudo sobre campesinato e gênero a partir da antropologia da alimentação. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Porto Alegre, 2009.

WITTER, Nikelen Acosta. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, Rio de Janeiro, nº 19, p. 1-13, 2005.

_____. Dos cuidados e das curas: a negociação das liberdades e as práticas de saúde entre escravos, senhores e libertos (Rio Grande do Sul, século XIX). **História Unisinos**. V. 10, nº 1, p. 14-25, 2006.

_____. **Males e epidemias**: Sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). 292 f. Tese de Doutorado PPGH Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

_____. Os muitos obséquios das senhoras: mulheres em Santa Maria, século XIX. In: VENDRAME, Máira (et al. orgs.) **Micro-história, trajetórias e imigração**. São Leopoldo: Oikos, 2015. p. 53-66.

WOORTMANN, Ellen F. **Herdeiros, parentes e compadres**: colonos do Sul e sitiantes do Nordeste. Brasília: UnB, 1995.

Apêndice

ROTEIRO PARA O OFÍCIO DE PARTEIRA⁴³

1. Nome?
2. Data de nascimento?
3. Local em que mora. Sempre morou na região?
4. Escolaridade?
5. Nome dos pais – profissão deles?
6. Cidade do nascimento?
7. Estado civil?
8. Tem filhos?
9. Nome dos filhos e profissão deles?
10. Qual sua religião?
11. Sempre trabalhou com partos ou desempenha outra função? Qual?
12. Seus filhos nasceram com parteiras? Como foi?
13. Suas avós e mães eram parteiras?
14. Fale sobre sua profissão. Quando começou a exercê-la? Quem lhe ensinou?
Além de parteira realiza outras tarefas?
15. Como é/era a sua rotina de trabalho?
16. Logo após a retirada da criança, quais os procedimentos?
17. A senhora é solicitada na hora do parto ou há um contato anterior (acompanhamento da gestação)? E a relação no pós-parto?
18. As mulheres que lhe procuram são da zona rural ou de áreas centrais que tem fácil acesso a hospitais, mas que preferem fazer o parto com parteiras?
19. Que instrumentos são utilizados?
20. Existem técnicas específicas para lidar com o sofrimento?
21. Há algum tipo de preparo prévio (ou posterior) com ervas ou medicamentos?
22. A senhora tem ideia de quantos partos já participou?
23. Já ensinou alguém? Pretende fazê-lo?

⁴³ Roteiro elaborado pela pesquisadora e pela orientadora desta dissertação. Salienta-se que este é o roteiro básico e outras questões foram feitas especificamente a cada narradora.

24. Há alguma remuneração pré-determinada? Como funciona?
25. Lembra alguma situação do parto que as coisas não saíram como esperadas?
26. Utiliza algum ritual religioso para o momento de chegada de uma vida?
27. A senhora já foi chamada para acompanhar partos em outras cidades?
28. Já atuou em hospitais?
29. Conhece outras parteiras?
30. Considera o ofício de parteira em extinção? Por quê?
31. Como a senhora se sente tendo ajudado tantas mulheres a dar a luz?
32. Agradecer a cessão do áudio e combinar a entrega do material transcrito.