

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

ELLIEN ANTONIETTA SACCARO

A VIDA PEDE PASSAGEM:
O PARTO E AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Livro-reportagem

BAURU

2009

UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FAAC – FACULDADE DE ARQUITETURA, ARTES E COMUNICAÇÃO
DCSO – DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

A VIDA PEDE PASSAGEM:

O PARTO E AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Relatório Técnico de Projeto Experimental apresentado pela acadêmica Ellien Antonietta Saccaro, RA 631191, sob a orientação do Professor e Doutor Pedro Celso Campos como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Comunicação Social – Habilitação em Jornalismo, de acordo com a Resolução 002/84, do Conselho Federal de Educação.

BAURU

2009

A VIDA PEDE PASSAGEM: O PARTO E AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Livro-reportagem

Aluna: Ellien Antonietta Saccaro

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Pedro Celso Campos

(orientador)

Prof. Dr. Antonio Carlos de Jesus

Prof. Mestre Antonio Francisco Maia de Oliveira

Dedico este trabalho às parteiras tradicionais, que me ensinaram que para fazer a diferença não é preciso mover montanhas. Basta fazer o que está ao seu alcance.
Obrigada pela confiança!

Agradecimentos

Agradeço especialmente aos tios Carmem e Edemilson, pelos quatro anos de paciência.

Um sincero obrigado os amigos que me incentivaram e à jornalista Cida Macedo, que colaborou muito para este trabalho.

Um agradecimento especial ao Alex, sem o qual nada teria o mesmo brilho.

“Caminhamos no fio da navalha, o que exige, e merece, nossa reflexão permanente. A vida reprodutiva é recheada de intimidade, de escolhas, de paixões; também é feita de violências, de submissão, de perdas. Anda entre o público e o privado, cultiva a tradição, rende-se à modernidade, quer atenção do Estado, prega a liberdade. Os direitos reprodutivos querem ser respeitados e protegidos, não regulados e controlados”

Denise Dourado Dora

Sumário

1. Introdução	p. 8
2. Referencial Teórico	p. 9
2.1 Jornalismo Literário	p. 9
2.2 Livro-reportagem	p. 11
2.3.O parto	p.15
2.4.As parteiras	p.17
2.5.A evolução da assistência obstétrica	p. 18
2.6.O movimento pela Humanização	p. 23
3. “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais”	p. 27
3.1. Justificativa do tema	p.27
3.2. Justificativa do local	p.31
3.3. Estrutura da obra	p. 33
3.4. Do título	p. 35
3.5. Entrevistas	p. 36
4. Relatório de Produção	p. 37
4.1. O projeto e a execução	p. 37
4.2. Produção	p. 39
4.3. Diário de viagem	p.40
5. Conclusão	p.45
6. Considerações finais	p. 46
Referências	p.47

1. Introdução

A concepção de “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” partiu da constatação da existência de milhares parteiras em atuação no Brasil, paralelo ao alto índice de cesarianas observado no país e para o qual o Ministério da Saúde perde a batalha todos os anos.

O tema cresceu ao longo da pesquisa, adicionando à proposta inicial de se fazer conhecer parteiras tradicionais os aspectos da humanização do parto e qualidade da assistência obstétrica no Brasil, como descrito mais detalhadamente neste relatório.

A seguir se fazem presentes também o referencial teórico utilizado na confecção do livro, tanto enquanto produto, livro-reportagem, como quanto ao tema específico.

2. Referencial Teórico

2.1 Jornalismo Literário

A realidade, o mundo composto pelos fatos e pelos homens, é quase sempre muito mais complexa do que a leitura feita por um primeiro olhar, ou por um *lead* e porventura tão fascinante como a melhor ficção. O Jornalismo Literário – ofício, arte e ciência – é uma ferramenta que funde uma pesquisa rigorosa com o domínio das técnicas narrativas, permitindo a aplicação em texto de um objetivo ambicioso: a reprodução de uma história que aconteceu, com todas as teceduras permitidas pela linguagem, caprichosamente gestada.

Nesse sentido, apresenta certa confluência com o chamado Jornalismo Investigativo. Segundo Lage (2001), apesar de reportagem pressupor apuração e investigação, a denominação “Jornalismo Investigativo” se tornou constante na bibliografia sobre o assunto. De uma maneira sintética, é possível entender essa modalidade como uma forma de reportagem extensa que exige longo tempo de trabalho na apuração das informações por parte dos repórteres. Assim como o Jornalismo Literário, o Jornalismo Investigativo demanda tempo, empenho pessoal do repórter e comprometimento com o interesse público.

Derivado do New Journalism e das grandes obras literárias com senso apurado de realidade, o Jornalismo Literário que se desenvolve atualmente cresce também nas brechas criadas pelo advento da Internet. Parece contraditório que a Internet, veículo rápido, de informações curtas e instantâneas, com um jeito perfeito de conquistar os leitores na era em que mais do que nunca tempo é dinheiro, tenha possibilitado o aumento do interesse pelo Jornalismo Literário. Mas é exatamente através de sua rapidez e objetividade que a Internet empurra os jornais e revistas – os velhos impressos, gostosos de ler no sofá ou no trem, como sempre – a se aprofundarem em qualidade. O mergulho completo é nas informações e na linguagem.

Com particular aceitação da parte de estudantes, principalmente em Projetos de Conclusão de Curso, o Jornalismo Literário e suas inúmeras possibilidades de colocar pautas inusitadas, testar linguagens e colocar o repórter onde ele deve estar – no olho do furacão – é o espaço para as inovações exigidas para o meio impresso. É a ele que cabe o papel de dar ao leitor – que erroneamente pensou-se sem tempo para ler – a emoção e

a verdade, transformando o cotidiano no interessante mar de acontecimentos que ele de fato é. Felizmente, como se provou com a televisão adentrando mercados onde reinava o rádio, há espaço para todos os meios de comunicação, e cada novo canal criado traz um impacto para os outros.

Como afirma Alceu Amoroso Lima, na época se referindo ao avanço da televisão e da linguagem através de ondas, “Os jornais se aproximam hoje das revistas, como as revistas dos livros. E com isso se transformam, cada vez mais, em instrumentos de um autêntico gênero literário” (1990, p.23). Cabe, portanto, em nossos jornais, o espaço bem apreciado por muitos leitores, saudosos das antigas revistas Realidade e Cruzeiro, tão nostalgicamente lembradas, preenchido pelo Jornalismo Literário através de grandes reportagens, perfis e bons textos, construídos de forma autoral e, principalmente, com respiração. Como afirma Sérgio Villas Boas, sempre há espaço para bons textos.

O Jornalismo Literário, também chamado de Leitura de Realidade, entre outras variações que buscam no fundo fugir das críticas ortodoxas presas às fórmulas factuais, hoje busca o tratamento correto da informação e “menos licença poética” do que buscaram os autores do New Journalism, por exemplo. É consenso que não se pode inventar realidades para deixá-las mais interessantes, e os leitores estão atentos a isto, sendo, em última instância, os juízes definitivos no trabalho do jornalista literário.

O desafio de destrinchar as notícias do cotidiano é do Jornalismo Literário, não para enfeitar e seduzir, mas para descobrir mais, abrir caminhos, sem, contudo, manter-se à distância. Investindo nas qualidades performativas da linguagem, esse gênero valoriza a personalidade, as histórias de vida e vai em tudo, contra a apatia.

O Jornalismo Literário também é constituído da variedade infinita de temas, que como já disse Edvaldo Pereira Lima, não dependem do “gancho jornalístico, mas da contemporaneidade”, além de viver à cata de personagens, pessoas reais protagonistas de histórias fantásticas, ou diferentes, ou esquecidas, mas que fogem à regra do comum. Jornalismo Literário também é encontrar no diferente, o comum e no comum, o diferente. E contar, usando a linguagem como expressão e fim.

2.2. Livro –reportagem

Expressão máxima do Jornalismo Literário, o livro-reportagem configura-se um elemento importante na criação de um espaço perfeito para o Jornalismo mais consistente. É como se fosse uma grande reportagem, só que mais aprofundada e reunindo análises. É comum imaginar que uma grande-reportagem de jornal pode se tornar um livro. Pode, mas não com o mesmo texto, e sim um novo texto que precisa ser construído, com mais profundidade, mais elementos, tendo o tema em comum.

Não sendo preso ao apertado tempo da redação – horas, às vezes nem isso – e ao espaço – limitado em números de caracteres – o livro-reportagem permite, ao repórter, maior detalhamento temático, melhor e mais apurada investigação, além de praticar o Jornalismo Literário, usando a linguagem como expressão estética e canal, ampliando a dimensão da compreensão da realidade abordada, como não é possível para outro veículo. É espaço também para a interpretação dos fatos, ou seja, não basta o material informativo à disposição para documentar, a prática mostra que o repórter precisa de sensibilidade e dedicação para oferecer aos seus leitores a plenitude das possibilidades de um livro-reportagem.

Existe no Brasil uma carência de pesquisas acadêmicas que estudem o livro-reportagem, mas o trabalho do Prof.Dr. Edvaldo Pereira Lima (LIMA, 1993; 2004) tem contribuído sobremaneira para elucidação das questões que se referem a esse veículo. Por esse motivo, o livro-reportagem “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” toma como referencial teórico o estudo realizado por esse pesquisador, nos livros “O que é livro-reportagem” e “Páginas Ampliadas: o livro como extensão do jornalismo e da literatura”.

De acordo com esse autor, e conseqüentemente com a visão que se aplica nesse trabalho, o livro-reportagem “desempenha o papel específico de prestar informações ampliadas sobre fatos, situações e idéias de relevância social, abarcando uma variedade temática expressiva” (LIMA, 1993, p.1).

Lima embasa a visão a cerca da realidade e com isso, o que a produção do livro-reportagem deve considerar, na Teoria Geral dos Sistemas, que compreende a realidade constituída por diferentes entidades organizadas, em sobreposição de muitos níveis. Essa realidade, transposta para o recorte da escrita, traduz um sistema complexo de partes integradas num todo individual, que é composto também de conflitos entre si.

O livro-reportagem surge para dar mais compreensão e contexto para as informações e representa hoje, nos tempos onde reina o estritamente atual e factual, a oportunidade de aprofundar um tema de maneira envolvente. De acordo com Lima, esse modelo difere dos livros comuns por corresponder sempre à realidade, com veracidade resultante de investigação e pesquisa complexa. E também quanto ao tratamento da linguagem, que é jornalístico, mas com maior flexibilidade de estilo. Difere ainda a função do livro-reportagem, que trás uma nova perspectiva: informar e orientar em profundidade sobre ocorrências sociais, episódios factuais, acontecimentos duradouros, situações, idéias e figuras humanas.

Ao contrário da reportagem nos veículos de comunicação, o livro-reportagem não depende do factual ou do “gancho” jornalístico para mostrar sua importância, que não se determina pelo que aconteceu há pouco tempo, mas, através de uma atualidade própria, relativa à contemporaneidade.

Em lugar da atualidade, o jornalismo de profundidade deve buscar ler a contemporaneidade, um conceito muito mais elástico do tempo presente, que transcende o meramente atual para focalizar com grande pertinência as implicações, hoje, de eventos que não se deram apenas ontem, mas sim há anos, décadas, talvez. Isso porque a contemporaneidade abrange, muito mais que meros fatos, tendências que se formam ao longo do tempo nas mais diversas esferas da vida social, muitas vezes combinando-se e se relacionando nesse desenrolar (LIMA, 1993, p.20).

O livro- reportagem, ou literatura de realidade, permite liberdades muito maiores do que as pautas convencionais de reportagens, que atraem sobremaneira os engajados na produção, das quais destacam-se, principalmente:

Liberdade temática: não está presa ao factual e pode escolher temas não necessariamente presentes diariamente nos jornais, mas com desdobramentos influentes e atuais. Busca um novo contexto, mais aprofundado, para o leitor.

Liberdade de angulação: obra essencialmente autoral, o livro-reportagem compromete-se com a cosmovisão do autor e a ligação com o leitor, e não está preocupado em compor as páginas de acordo com uma política de empresa.

Liberdade de fontes: desvinculado do ritmo de produção das redações, o jornalista pode optar por várias vozes e documentos para a obtenção de informações e visões.

Lima (2004) classifica ainda os tipos de livro-reportagem que podem ser produzidos. E considera, apesar dessa análise, que é comum que um livro se encaixe em mais de um desses modelos, mesclando vários deles.

Quanto às classificações propriamente ditas, podem ser livro-reportagem

- perfil
- depoimento
- retrato
- ciência
- ambiente
- história
- nova-consciência
- instantâneo
- atualidade
- antologia
- denúncia
- ensaio
- viagem

Dessas classificações, o livro em questão pode ser entendido como um híbrido entre livro-reportagem-retrato e livro-reportagem-viagem, definidos a seguir.

Livro-reportagem-retrato: De acordo com Lima, essa modalidade de livro-reportagem assemelha-se o livro-reportagem-perfil, que procura evidenciar o lado humano de uma personagem de interesse. Porém, ao invés de focalizar uma figura humana, atém-se a uma localidade geográfica, um setor ou segmento de atividade, compondo o seu retrato e “Visa elucidar, sobretudo, seus mecanismos de funcionamento, seus problemas, sua complexidade. É marcado, na maioria das vezes, por seu interesse em prestar um serviço educativo, explicativo” (p. 53). No caso, as parteiras tradicionais.

Livro-reportagem-viagem: Apresenta a viagem a uma região específica, mas difere do relato turístico ou romântico para se ater aspectos da realidade do local, manifestando “preocupação com a pesquisa, a coleta de dados, exame de conflitos. O conhecimento constrói-se, ao longo do livro, por via da ótica jornalística, alicerçada por recursos advindos de diversos campos do saber moderno” (p.54). No caso de “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais”, a apuração inclui viagem para pesquisa de

campo, com observações da realidade fundamentais para o entendimento do contexto das parteiras tradicionais.

Se encarada de forma mais flexível, este livro se encaixaria ainda dentro de outras definições, por conter histórias de vida, depoimentos, denúncias.

Quanto ao aprofundamento das informações, dentro dessas classificações de tipos de livro, pode, na visão de Lima, de acordo com a idéia de ampliação da notícia, ser extensivo – quando se amplia quantitativamente o grau de informações sobre o tema – e intensivo, quando se concentra no aumento qualitativo da faixa de conhecimento. “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” mescla os dois tipos.

Entendendo a reportagem como ampliação da notícia, a horizontalização do relato – no sentido da abordagem extensiva em termos de detalhes – e também sua verticalização – no sentido de aprofundamento da questão em foco, em busca de suas raízes, suas implicações, seus desdobramentos possíveis – o livro-reportagem é o veículo de comunicação não periódico que apresenta reportagens em grau de amplitude maior ao tratamento cotidiano nos meios de comunicação jornalística com periodicidade (LIMA, 2004).

Para Sequeira (2005), o livro-reportagem também pode ser visto como uma saída profissional para os repórteres investigativos que colhem material suficiente para uma reportagem muito mais aprofundada do que permite o espaço do jornal diário. Não é o mesmo que transformar a reportagem em livro. Há outros elementos, nova construção textual, com uma atenção especial à linguagem. É o espaço que possibilita a publicação de documentos e entrevistas na íntegra, ou menos editadas e que podem fornecer um campo mais vasto de informações.

É o caso, por exemplo, da situação hipotética em que determinado empresário, perdendo uma causa em júri público, consegue, por força de coação econômica e verbal, destituir o juiz de seu cargo e ter a sentença revogada. Mais do que um significado sobre o perfil do empresário – ou do juiz, ou da vítima – essa situação ilustraria a deficiência do sistema jurídico. É portanto, um prato cheio de informações. Partindo de um exemplo do próprio livro: o caso das parteiras que cuidam das gestantes nos povoados distantes sem nada cobrar. Essa situação, mais do que reveladora da relação social e moral da parteira em si, revela a pobreza econômica da região e principalmente, carência de estruturas.

O fato do jornalismo praticado nesse veículo não ser tão preso ao que está estampado nas páginas dos jornais nos mesmos dias se deve a forma do veículo de “trabalhar com temas um pouco mais distantes no tempo, de modo que possa, a partir daí, trazer explicações para origens, no passado, de realidades contemporâneas” (SEQUEIRA, 2005, p.55).

Para Lima (1993), a consolidação da prática da grande-reportagem se fortalece em uma de suas formas de expressão por excelência: o Jornalismo Interpretativo, no qual “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” se aplica.

Na visão desse autor, o Jornalismo Interpretativo “busca não deixar a audiência desprovida de meios para compreender o seu tempo, as causas e as origens dos fenômenos que presencia, suas consequências no futuro. Vai fundamentar sua realidade na elucidação dos aspectos que em princípio não estão muito claros” (LIMA, 2004, p.92).

“A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” coloca como personagens principais as parteiras, buscando “dar voz” e mostrar esse segmento importante na história, cultura e saúde nacionais, ao mesmo tempo que revela a existência de um contingente geográfico excluído do sistema de saúde que é direito de todos, assegurado pela Constituição. Através das entrevistas e coleta de dados, coloca as histórias de vida como suporte de pesquisa, e elucidadoras da rede de relações sociais. Nesse sentido, traça o que Lima denomina de um *perfil humanizado*, que concede à entrevista a possibilidade de alcançar dimensão superior ao que seria alcançável nos veículos periódicos, estimulando a descoberta de um universo desconhecido, às vezes exuberante, mas constantemente retrato das possibilidades humanas.

2.3. O Parto

O parto faz parte do processo reprodutivo que conflui a gravidez. Enquanto momento separador de dois sujeitos e o início de uma vida, o parto carrega um significado social que ultrapassa o conceito de saúde. Assim, o nascimento é muito mais do que um fenômeno biológico, mas um evento de conotação social e cultural indissolúveis, inerentes à construção do contexto histórico e antropológico das pessoas envolvidas.

Como resposta, cada cultura constrói uma forma de ver e dar assistência ao processo do parto. No Brasil, por causa da grande extensão territorial, existem diferentes universos

culturais, com uma grande diversidade sócio econômica. A influência do contexto cultural molda o parto e o modo como vai se dar o nascimento, modificando em cada sociedade os aspectos de como cada mulher lida com o dar à luz. As representações das mulheres sobre o parto se expressam na forma como a assistência é recebida, nos cuidados durante o nascimento, nos mecanismos de apoio psicológico e social, bem como no papel dos responsáveis pela assistência ao parto (COSMINSKY, 1978).

O parto não pode ser visto somente a partir do cuidado da saúde, porque não implica em uma doença que requer cuidados propriamente médicos ou de emergência, em mais de 85% dos casos. É então um evento fisiológico cuja assistência é em grande medida um evento social. Como afirma Nogueira,

O parto é como uma janelinha que se abre sobre a vida íntima de uma mulher. Através da lente de seu parto podemos saber como ela vive, qual é a relação com o seu corpo, qual é sua postura no mundo frente aos poderes e autoridades, qual é sua relação com as intuições, sentimentos e sensações. Abrangendo a visão, poderemos saber que tipo de sociedade deu origem àquele parto, qual sua cultura, quais são seus ídolos e suas crenças. Poderemos também descobrir em que condições estão a auto-estima feminina e as características gerais da identidade feminina promovida por aquela cultura daquela sociedade. Sim, o parto é revelador... Ele aglutina em si inúmeros sentidos e perspectivas. Sendo um momento tão natural e espontâneo, ele também é rico em cultura, auto-conhecimento, filosofia de vida e espiritualidade. Para resgatar o parto como processo fisiológico natural é preciso reconhecer sua dimensão psicológica, social, cultural e espiritual (NOGUEIRA, 2008, p.1).

A forma como e onde o parto se dá demonstra como a comunidade reflete a visão sobre o parto. E muitas comunidades o parto em domicílio é visto como natural, porque acontece repetidas vezes no grupo social; em outras, o parto é essencialmente hospitalar potencialmente perigoso. A medicalização do parto, abordada mais profundamente adiante, tem origem no modo de vida na sociedade e é reflexo da forma como vivemos e entendemos o mundo.

2.4. As parteiras

As parteiras são mulheres que pertencem à mesma comunidade das mulheres que atendem, partilhando das mesmas visões culturais e confiança (CARVALHO, 2006). Elas atuam em vários âmbitos, acompanhando as gestantes no exercício da solidariedade, nos processos de gestação, parto e pós-parto. Dividem conselhos, como comadres, sobre amamentação, contracepção, esterilização e cuidados.

A prática de qualquer ato de cuidar, por pessoas sem saber científico e na informalidade sempre foi rejeitada e acusada de charlatanismo (BESSA, 1999). Na atividade das parteiras, porém, não há retribuição pecuniária, o que descaracteriza a caracterização dolosa contra princípios éticos profissionais. Nelas, a identificação com a mulher na situação do parto despoja sua ação de interesse em recompensas materiais, porque partejar faz parte da missão dada por Deus (DIAS, 2007). Essa atividade é um dom, e bem-vindo, mas não as isenta do trabalho diário, que é verdadeiramente de onde provém o seu sustento. Por isso a maioria das parteiras exerce atividades agrícolas, pesqueiras ou de artesanato, com exceção das que se profissionalizaram no exercício de cuidar, como é o caso de algumas das parteiras do livro. Sobre essas últimas, cabe ressaltar que a atividade de partejar teve início anos antes do contrato com prefeituras que as beneficiam com um salário mínimo ou de ingressarem no curso de auxiliar de enfermagem.

O tratamento dado à parteira varia de acordo com as possibilidades financeiras e as visões culturais da família atendida. Às vezes, as parteiras compartilham refeições na casa da família e chegam a receber presentes. Em outras situações, são elas que acabam doando insumos para as mães mais pobres, como roupas de bebê, por exemplo. Em geral, a recompensa está no respeito que a parteira adquire na comunidade, sempre proporcional ao seu sucesso nos partos que atender ao longo da vida (PINTO, 2002).

De acordo com Bessa (1999), o saber popular expresso pelas parteiras não tem a pretensão, a ambição ou o poder de concorrer com o saber científico. As estratégias utilizadas por elas constituem-se, sobretudo, em uma forma de garantir êxito no trabalho que realizam, dispondo dos recursos que estão ao seu alcance, quase sempre escassos e precários.

2.5. A evolução da assistência obstétrica

Gestação e parto foram considerados ao longo dos milênios um assunto do universo feminino, na esfera privada, dentro dos quartos e das casas das parturientes, que eram ajudadas por mulheres de sua confiança e parteiras de experiência (BRENES, 1991).

Mais tarde, com o progressivo avanço da Medicina, o corpo da mulher foi estudado e o processo do parto passou a ser visto como potencialmente perigoso. Vigorava o modelo essencialmente patriarcal que compôs a sociedade, com a visão do corpo masculino como uma máquina e o feminino um desvio do padrão masculino, considerado hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle (SANTIAGO e NAGAHAMA, 2005).

A pélvis feminina foi então detalhada no desenvolvimento de uma tecnologia da prevenção do acidente de parto – uma visão que já encarava o parto como evento “fisiologicamente patológico” – no qual procurava-se prevenir a mulher da condição de vítima de sua natureza e o bebê, para que não sofresse ao nascer. Alguns autores, como DINIZ (2005) chegam a afirmar que o parto começou a ser visto como um “estupro invertido” para a mãe e uma passagem “esmagadora pela pélvis óssea” para o bebê.

Como argumento, os médicos alegavam possuir conhecimento especial e habilidade para reduzir a mortalidade materna e neonatal (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Para que o parto fosse controlado, foi considerado então que a mulher deveria ser hospitalizada, sedada, imobilizada. Ao assumir o conhecimento científico e o saber médico como dominante, a sociedade assumiu a idéia do médico como detentor do conhecimento e da alienação do paciente sobre o que se passa sobre seu corpo.

Ainda hoje, o próprio exercício da Medicina se pressupõe na subordinação do paciente ao médico, detentor do saber. Assim cria-se o conceito de que “o médico sabe e o paciente será curado através de seu conhecimento”, não necessitando de que esse paciente saiba como. Na organização geral da equipe, o médico detém espaço de poder, visto que lhe cabe a ação diagnóstica, terapêutica, cirúrgica e de coordenação. O trabalho dos demais profissionais é complementar, delegado em graus de complexidade diferentes, ora integrado, ora desarticulado. A ação na atenção à saúde da mulher reproduz as relações de poder presentes na construção do saber médico, perdendo a oportunidade de construir um saber coletivo.

Reflexo dessa visão, que acontece principalmente no Brasil, as parteiras foram excluídas do atendimento, vistas como ignorantes. Algumas mulheres se especializaram nos cursos de parto para a formação de obstetizas. No Brasil esses cursos foram extintos na década de 70 e o profissional não-médico que quisesse trabalhar com gestantes foi obrigado a cursar a formação generalista em Enfermagem, com posterior especialização em Obstetrícia, que corresponde ao modelo americano. Mesmo assim, as mulheres que se formaram nesses cursos passaram a ser vistas como inferiores ao médico, como auxiliares. Essa visão é sobretudo um fruto da cultura médica brasileira, posição não observada nos países europeus, que mantêm a formação direta da Obstetiz. Ou seja, a profissional ingressa apenas na graduação específica e está apta para atender partos de baixo risco. Nos países europeus, a preferência pelo atendimento é pela obstetiz, em partos eutócitos. Recentemente, a Universidade de São Paulo, campus leste, reabriu o curso de obstetiz. Essa mudança também é abordada no livro “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais”.

Em todo esse processo, a parteira tradicional foi adquirindo uma imagem atrelada ao conceito de pouca higiene, miséria, ignorância, até ser acusada de responsável por abortos e pelo abandono de crianças (BRENES, 1991).

Com a subordinação de todos os saberes e dos pacientes à figura do médico, de acordo com OSAVA (1997), após a Segunda Guerra Mundial, foram ditados os comportamentos que a mulher deveria ter ao cumprir rotinas hospitalares. Ela deveria estar calma, obediente, sem perturbar as outras e a equipe de serviço, sobretudo, abrindo mão do controle de seu corpo para os procedimentos do hospital, nem sempre necessários. Ainda hoje há reflexos desse pensamento nos corredores hospitalares.

Embora a subordinação do paciente ao médico esteja presente em todas as especialidades médicas, na obstetrícia ela toma outra conotação. Ao pressupor que a parturiente precisa se submeter ao médico, abandona-se a idéia do corpo feminino capacitado para parir, evento natural previsto desde a concepção.

BOARETTO (2003) afirma que os anos 50 e 60 são considerados como os do reino da tecnologia médica obstétrica. Todas as orientações estabeleciam que os partos fossem hospitalares. São exemplos desse período os exames de ultrassonografia e o monitoramento fetal eletrônico. A partir de então a assistência ao parto tornou-se objeto de intensa medicalização. O cenário do nascimento transformou-se em um ambiente desconhecido para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais.

De acordo com OSAVA e MAMEDE (1995), a introdução do fórceps (instrumento usado para puxar o bebê no parto vaginal) na prática da assistência ao parto simboliza, em termos, a dominação masculina no conhecimento do parto. É quando a concepção de assistência ao parto deixa de ser “cuidar da parturiente” para simplesmente fazer o parto, ou seja, tirar o bebê da barriga da mãe. De acordo com ela, os médicos homens, por não terem vivência e experiência feminina, não são capazes de compreender totalmente o processo do parto, como outra mulher é capaz de compreender. Como as autoras feministas, OSAVA (1997) discursa sobre a cumplicidade feminina existente no trabalho das parteiras, enfermeiras obstetras e obstetrizes, mulheres, que por sua condição de gênero, são capazes de entender por completo o processo de parturição.

Além dos protocolos hospitalares, várias intervenções no do parto foram implantadas, com fins de controle do processo. Além da anestesia – durante um tempo considerada a humanização do atendimento pelos médicos – se tornaram obrigatórios procedimentos como raspagem dos pelos pubianos, lavagem intestinal, indução e aceleração do parto com o hormônio ocitocina, posição ginecológica (algumas vezes chegava-se a amarrar as pernas), jejum, transferência da parturiente para outra sala no momento do parto, entre outras, dependendo da equipe médica. Depois do parto, o bebê passou a ser separado da mãe, ter as narinas aspiradas como procedimento de rotina e a ficar no berçário, longe da mãe.

Apesar de proporcionar inúmeros ganhos quando esses eventos foram implantados, o uso desnecessário deles em todos os partos acarretou em efeito contrário.

Nos anos 80, entretanto, as justificativas científicas dessa hospitalização começam a ser questionadas. Há um crescente número de publicações e estudos evidenciando que os hospitais não são mais seguros nem obtêm melhores resultados nos partos normais, sem complicações, que pequenos estabelecimentos, casas de parto ou a própria casa da parturiente (BOARETTO, 2003).

Para além da pobreza das relações humanas nessa forma de assistência e do sofrimento físico e emocional desnecessário que causa, o uso irracional da tecnologia no parto levou ao seu atual paradoxo: é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005, p. 4)

A aparente imprevisibilidade do parto gerou a idéia de parto como evento médico, o que provocou rituais médicos e tecnológicos para administrar o nascimento.

NOGUEIRA (2008) afirma que o parto tornou-se um processo dividido em etapas, pertencente a equipe médica, no qual a mulher assiste passivamente as intervenções no seu corpo sem poder participar do nascimento de seu filho. Assim é o parto moderno, medicalizado, visto como “um problema que o médico resolve”. Segue um trecho em que NOGUEIRA descreve o parto atualmente:

O parto se aproxima e a nossa ansiedade cresce. Recorremos a amigas, parentes, vizinhas. Novelas e filmes nos confirmam as imagens inquietantes que já adquirimos. Parto dói. E o desconhecido dói mais ainda. Quando ousamos avançar alguma pergunta ao médico ele dá respostas vagas: vamos ver na hora do parto com vai ser; não se preocupe, tem a anestesia; esses medos são normais, mas vai ver que vai dar tudo certo; deixe comigo, tenho uma prática de 30 anos... e etc. (...)As dores vão se intensificar cada vez mais, ela vai se assustar. De vez em quando entra uma enfermeira, controla o gotejar do soro, dá umas mexidas, faz um toque para conferir a dilatação, observa o gráfico exibido num monitor ao lado, dá uma olhada na mulher para conferir se respira e vai embora.

A dor se torna insuportável. Os quadris e as costas doem (deitada de costas é a pior e mais dolorosa posição para dar à luz), a barriga fica dura, parece que vai explodir, a cama é insuportavelmente desconfortável, mas ela está lá amarrada. E só. Começa a gritar. Na sua cabeça voltam as imagens de novelas e os relatos mórbidos de conhecidas: sim o parto é insuportável. Quero a anestesia! (NOGUEIRA, 2008, p.1)

Nesse processo, também ganhou notoriedade a cirurgia cesariana. É uma cirurgia para remover o bebê da barriga da mãe, criada para situações de risco, mas que passou a ser usada deliberadamente, em índices tão altos que algumas pessoas nem encaram mais como cirurgia. As entidades de classe, particularmente da categoria médica, também se posicionaram (BOARETTO, 2003). Em 1997, o Conselho Federal de Medicina publicou no seu boletim mensal: “Cesariana: Uma Epidemia Desnecessária”, onde discute a questão das altas taxas deste procedimento, que colocava o Brasil na liderança na realização de partos cirúrgicos, caracterizados como epidemia.

“São realizadas anualmente 558 mil cirurgias anuais desnecessárias, com um gasto inútil de R\$83,4 milhões para o sistema público de saúde e ocupando desnecessariamente algo em torno de 1.653 leitos a cada dia” (CFM, 1997, pp.12).

Esse viés econômico, na ótica governamental, é o que traz mais notoriedade ao descontentamento com as relações de intervenção excessiva. Trata-se de um apelo da racionalidade no uso dos recursos e do ponto de vista dos gestores, aparece como um elemento definidor da adesão ao modelo, por sua relação custo-benefício, extensão da cobertura e melhora dos indicadores de condições de vida.

Segundo TSUNECHIRO (1988) foi necessário atingir o extremo em termos de despersonalização e intervenção no parto, para que se compreendesse a necessidade de construir modelos de assistência à mulher e à família, com a finalidade de restabelecer a dignidade e segurança que devem envolver o nascimento. Conforme a mesma autora, movimentos para resgatar o parto como um acontecimento fisiológico da mulher, humanizado e com qualidade, têm aumentado consideravelmente, impulsionados pelas elevadas taxas de cesárea, mortes maternas e perinatais, iatrogenias e baixo número de partos normais acompanhados por enfermeiras em obstetrícia.

A pesquisa realizada por Boaretto em 2003, na cidade do Rio de Janeiro trouxe os seguintes resultados:

- Informações sobre o processo do trabalho do parto foram recebidas por 26% das mulheres;
- Sobre exames por 15%;
- Sobre uso de medicamentos 22,3%;
- Menos de 30% sabiam informar o nome do médico atendente;
- Estímulo à amamentação ocorreu na sala de parto em 37% dos casos 26% tiveram a possibilidade da presença de acompanhante;
- Apesar dos dados apresentados acima, 80% das mulheres pesquisadas considerou no item de atendimento final – satisfatório (BOARETTO, 2003).

Esses números mostram que, além das intervenções desnecessárias que se arraigaram na cultura médica, existe a desconsideração com a mulher durante o parto, que não é informada das intervenções, não sabe o que está acontecendo e é tida como agente passivo.

2.6. O movimento pela humanização

A humanização no atendimento hospitalar pode ser vista como a mudança do foco de atuação do profissional de saúde a partir do simples alívio da dor e da moléstia, para um olhar humano e personalizado, além do olhar técnico (CHANES e TEIXEIRA, 2003). Através desse conceito, a saúde é mais do que ausência de doenças, mas o bem estar físico e psicológico.

Diante dos questionamentos – muitas vezes baseados em critérios científicos – e do grande descontentamento com a assistência, cresceu no Brasil o chamado *movimento pela humanização do parto*, também abordado no livro “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais”.

O livro aborda a humanização do parto com conceitos chaves, que é a considerada pelo Ministério da Saúde e estudada e o movimento pela humanização, que é uma vertente mais radical e militante.

O movimento pela humanização, composto por profissionais de saúde, em sua maioria médicos e enfermeiras obstetras, usuárias do sistema, profissionais liberais, educadores perinatais, entre outros, busca o combate ao uso desnecessário na assistência ao parto, afirmando que uma intervenção não justificada encadeia, com frequência, muitas outras, cada uma com seus efeitos negativos.

Esses grupos consideram que, no parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturba e inibe o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passam a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p.26).

O movimento pela humanização é composto por duas vertentes: a biomédica, mais centrada nos esforços científicos e na promoção da Medicina Baseada em Evidências, e a alternativa, mais ligada à humanização do atendimento e ao empoderamento da mulher, uma dualidade que se articula formando a identidade do movimento (TORNQUIST, 2004). Essa identidade resulta no movimento que vem crescendo

atualmente no país, a partir de discussões acadêmicas e fóruns, sites e listas de discussões virtuais com intensa participação de usuárias. Apesar da discussão se fazer presente, a maioria dos hospitais e médicos adota protocolos contrários às idéias do movimento.

A chamada Medicina Baseada em Evidências tem como principal fonte de referência a da Iniciativa Cochrane – *International Cochrane Collaboration* – que reúne um conjunto significativo de estudos epidemiológicos, feitos em diversos países, acerca do parto e do nascimento, que constituem também a principal forma de conferir legitimidade às reivindicações. Esses trabalhos são uma das principais bases das recomendações da OMS para a humanização do parto.

De acordo com Boaretto (2003), ainda é pequena a produção científica relacionada à discussão de políticas de intervenção nesta área no Brasil, além dessa dimensão mais subjetiva da qualidade da atenção não estar presente na lista de prioridades dos gestores públicos, uma vez que mudanças requerem, além de boa vontade, investimentos, como as cadeiras de parto vertical, por exemplo.

Dentro do movimento existem delimitações políticas, onde a afirmação da assistência humanizada implica em uma fronteira com o atendimento convencional, compreendido como desconhecedor do “sentido do parto” (TORNQUIST, 2004). Ainda segundo essa autora, muito afeitos a idéia de natureza, os participantes do movimento pela humanização colocam como central a idéia da capacidade da mulher de parir naturalmente e, a equipe médica, nesse processo, serviria para resgatar essa capacidade e orientar, assistir ao parto. Nesse sentido, o movimento parece “animalizar” a mulher recorrendo a sua natureza e ancestralidade, mas com base no discurso médico das evidências, para uma “maternidade segura e prazerosa”.

DINIZ (2001) afirma que essa concepção pode esbarrar no impasse de, ao tentar defender o corpo feminino e a capacidade da mulher de parir – sem anestesia – corre-se o risco de reforçar a idéia de maternidade como função feminina, sem a qual elas não seriam completas, ou no pensamento de que como as mulheres estão aptas para dar à luz, deveriam fazê-lo a qualquer custo, emocional ou de saúde. “Nessa direção, a dor e as possíveis seqüelas do parto não seriam mais que o preço ‘normal’ a pagar pela feminilidade completa e adulta de ser mãe, ou pior, por alguma pena ancestral da base religiosa, como prevista no Gênesis” (DINIZ, 2001, p.207). Aliado a vertentes feministas, alicerçadas principalmente na idéia de que a

medicalização do parto é fruto das relações de gênero, o movimento coloca a mulher como figura central no parto, responsável e capaz de decidir o melhor tipo de assistência, o melhor lugar para parir, a melhor posição, etc.

Nesse sentido, para o feminismo, a humanização do parto refere-se ao respeito e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Dentro dessa vertente feminista, mas bastante presente dentro do movimento pela humanização, e apoiada na idéia do parto cheio de intervenções como derivado das relações de gênero, acredita-se que “em grande medida, os mecanismos de imposição do silêncio e de contenção das mulheres no parto estão centrados na sua desmoralização por terem atividade sexual” (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p.31). Outra idéia que se casa com o sentido dado acima reside na crítica da idéia médica – muito difundida – de que o parto normal “alarga a vagina”, uma noção arraigada de representações.

Essa representação da vagina “usada”, “lasseada”, “frouxa” é motivo de intensa desvalorização das mulheres (...). Há ainda o imponderável sofrimento físico e emocional da mulher – além da mensagem de que seu corpo é defeituoso e de que ela será sexualmente desprezível se não se submeter a esse ritual, que supostamente lhe devolverá a “condição virginal” (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

O “ritual” de que fala o texto está se referindo ao corte feito no períneo, episiotomia. De acordo com a OMS, esse procedimento é recomendado em apenas 20% dos casos, para facilitar a saída do bebê em partos obstruídos ou trabalhos de parto muito longos, mas é realizado, no Brasil, em cerca de 70% dos partos. Alguns médicos, em uma concepção já derrubada pelas últimas pesquisas, acreditam que o corte pode “prevenir o alargamento” da vagina, e realizam, na sutura, um ponto adicional, chamado informalmente de “ponto do marido”, idéia taxada de machista aos olhos do movimento pela humanização do parto.

DINIZ (2001) estabelece uma série de questionamentos à visão atualmente praticada do parto no Brasil, com a hospitalização e as intervenções “de praxe”.

Quem pode atender aos partos, apenas o médico? Se não, isto não seria uma temeridade, em termos da segurança de mãe e criança? Se alguém mais, seria a enfermeira obstetriz, de nível superior? (...)

Estão em cheque também os lugares do parto – será o hospital de fato o melhor cenário? (...). E qual o sentido de ter os partos nos centros cirúrgicos?

E na posição horizontal, porque manter as mulheres numa posição tão desfavorável ao bom desenrolar do parto, se há alternativas às quais os profissionais podem se ajustar? (...)

Como lidar com o fato muito concreto de que as construções das maternidades expressam uma certa concepção de assistência, fragmentada e fragmentadora do processo fisiológico da parturição, que em seus tempos e movimentos estipulados para cada fase do trabalho de parto, ‘conspiram contra a evolução fisiológica’? Porque seguir acreditando que o período expulsivo não deveria durar mais que meia hora? Porque interromper as gestações quando estas completam 40 semanas, quando há evidência da segurança de aguardar mais tempo?(DINIZ, 2001, p. 28)

Assim, o movimento pela humanização do parto se baseia no resgate a algumas práticas do nascimento, hoje provadas como cientificamente corretas e, mais do que isso, prega a idéia de parto como evento natural, desnecessário, na maioria das vezes, da assistência medicalizada, mas sempre carente da mulher como ciente das condições e “comandante” do processo, o que nem sempre se verifica possível.

3. “A VIDA PEDE PASSAGEM: O PARTO E AS PARTEIRAS TRADICIONAIS”

3.1. Justificativa do tema

À primeira vista estudar parteiras tradicionais pode parecer resgatar um passado, ou voltar os olhos para algo em extinção. A pesquisa concluída no livro “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” mostra que não.

Convivem no Brasil duas realidades bastante distintas: ao mesmo tempo em que é o segundo país do mundo em número de cirurgias cesarianas, tem parteiras tradicionais atuando no interior, algumas até mesmo contratadas pelas prefeituras para trabalhar nos postos de saúde.

Trabalham hoje em território nacional cerca de 18 mil médicos ginecologistas obstetras e 6000 enfermeiras obstetras, ambos habilitados para o atendimento de partos, cabendo ao médico as gestações de risco.

Não existe no Brasil um cadastro preciso de quantas sejam as parteiras ou quantos partos são realizados por elas. O Estado com melhores dados é Pernambuco, onde a Secretaria de Saúde estabelece convênios com as ONGs locais – é a unidade da Federação mais organizada na questão das parteiras – Curumim Gestação e Parto, Cais do Parto e SOS Corpo.

Juntando os dados das ONGs, com os dados disponíveis pela presidente da Associação de Parteiras do Maranhão, é possível traçar, por alto, uma estimativa de que existam cerca de 30 mil parteiras atuando no Brasil. Seriam 1000 em Pernambuco (Curumim), 3000 no Maranhão (Associação de Parteiras do Maranhão), entre 7000 e 8000 parteiras na Bahia, 6000 no Pará, e mais de 5000 no Tocantins, Mato Grosso e Minas Gerais (Rede Nacional de Parteiras). Esses números, somados, chegam a 23 mil. E nessa estimativa não estão incluídas as parteiras do Amazonas, Acre e Amapá, estados com alta estimativa de nascimentos domiciliares, além de outros. Se considerarmos o número de 30 mil parteiras em atuação no Brasil, já teremos quase o dobro de parteiras do que de ginecologistas obstetras.

O levantamento “O médico e seu trabalho”, de 2004, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2004), por amostragem, revelou que 62% dos médicos atuam nas capitais contra 38% no interior. No Acre, Amapá, Roraima e Sergipe, aproximadamente

100% dos profissionais de saúde trabalham nas capitais. Esse dado demonstra a falta da penetração médica nas regiões mais isoladas do Brasil, favorecendo a existência de terapeutas populares, como as parteiras.

Quanto ao número de partos acompanhados por parteiras, também não existe dado preciso, mas é possível fazer uma estimativa de 56 mil partos por ano, cruzando o número total de nascimentos informado pelo relatório da UNICEF (The United Nations Children's Fund) Situação Mundial da Infância 2009 e a publicação Saúde Brasil 2007, do Ministério da Saúde.

Na PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança) 2006, os partos assistidos por parteiras tradicionais nas regiões Norte e Nordeste representam respectivamente, 5,8% e 3,6% de todos os nascidos vivos.

E apesar de todas essas parteiras em atuação, que, numa análise simplista, refletem a falta de cobertura, o Brasil carrega a impressionante estatística de 44% dos nascimentos através da cirurgia cesariana. O Chile é o campeão mundial, lado a lado com o Brasil nas estatísticas, com 45% dos partos cesáreos, conferindo ao nosso país o título de vice-campeão. O recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma taxa de 15% de partos cesáreos.

Configura-se aí uma das contradições existentes em terras brasileiras, de proporções continentais.

Ao descobrir que existem tantas parteiras – sem especialização profissional, a maioria sem nem mesmo capacitações ou oficinas – é preciso confessar um encantamento com a possibilidade de encontrar mulheres que cuidam de outras mulheres, sem a obrigatoriedade de receber algo em troca, pobres, vivendo no isolamento geográfico e enfrentando as dificuldades desse isolamento para ajudar outras mulheres. Um romantismo de repórter. Mas ao perceber duas situações de atendimento obstétrico totalmente opostas no mesmo território, vislumbrou-se um livro-reportagem.

Ao aprofundar a pesquisa, percebeu-se que no país, mesmo com tanta história – sim, porque, hoje a Medicina está consolidada, mas nossas avós pariram em casa – existe pouca bibliografia sobre parteiras acessível ao grande público. Os trabalhos existentes são em sua grande maioria dissertações produzidas por enfermeiras, com análises do ponto de vista da saúde pública ou por antropólogos. Fora da Academia, existem matérias jornalísticas, mas livros são raros. Exceção o livro da Jornalista Cida Macedo:

“Saberes e Crenças da Arte de Partear”. Assim, pouco se produziu no país a fim de conhecer quem é a mulher parteira e tornar a pesquisa acessível para o público geral.

Para mostrar a atualidade da questão das parteiras, há diversos dados, permeados no livro, além destes já apresentados. Como explica, em entrevista, a professora da Universidade Federal do Acre e enfermeira Lucineide Frota Bessa, que trabalhou com esse segmento em seu mestrado e em outros estudos, “O saber popular que as parteiras tradicionais possuem relacionado com o processo de cuidar e curar atravessa toda a história da mulher e, por muitos milênios, foi a única forma de assistência obstétrica. Por outro lado, em muitas comunidades rurais, o parto realizado por parteiras tradicionais é a única opção para as parturientes, fato que justifica a necessidade de investimentos e políticas que valorize o trabalho delas. Considero o trabalho da parteira tradicional no domicílio como uma prática social de saúde, que está no âmbito da atenção primária e ações coletivas de saúde”.

Em termos de Governo Federal, está em pauta no Congresso Nacional um projeto que discute a regularização das parteiras, além do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que capacita parteiras e profissionais de saúde.

Sobre o exagero das cesarianas, existem ações do Ministério da Saúde, como a publicação de manuais e campanhas pelo parto normal e humanização do parto. À parte o trabalho realizado em termos de políticas públicas, existe um movimento intenso pela humanização do parto, no Brasil e no mundo, que inclui o fim das altas taxas de cesáreas e combate a visão de parto como perigoso.

Todos esses tópicos são abordados mais profundamente no livro.

Mesmo coexistindo realidades tão diferentes, o atendimento obstétrico é deficiente, como provam as taxas de a mortalidade materna e infantil, que se mantêm elevadas.

No relatório Saúde Brasil 2007, com dados de 2005, consta a razão nacional de 53 mulheres mortas para cada cem mil crianças nascidas vivas, enquanto o número recomendado pela Organização Mundial da Saúde está entre 6 e 20. Foram 63,8 óbitos por cem mil nascidos vivos no Nordeste e 44, 4 no Sudeste, evidenciando as diferenças regionais. De acordo com o relatório Situação Mundial da Infância 2009, a mortalidade materna relatada no Brasil (disponibilizada oficialmente pelo país), no ano de 2005, é de 53, mas a “ajustada” é de 110. A razão ajustada corresponde à periódica avaliação e ajuste dos dados disponibilizados pelos países, pela UNICEF, OMS, UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas) e Banco Mundial.

A mortalidade infantil (crianças que morrem antes de completar um ano de vida), nacional é de 21,2 mortes a cada cem mil nascidos vivos. Nos EUA, são sete mortes a cada cem mil nascidos vivos. Quando os dados são analisados por regiões nacionais, podemos notar as disparidades. A taxa de mortalidade infantil no Nordeste, a maior do país, é de 31,6 mortos antes de um ano e a do Sul, a menor taxa, de 13,8. Em 2005, quase 60% dos óbitos de menores de 1 ano ocorreram por causas evitáveis. Dessas, 72,9% estão dentro das causas evitáveis e reduzíveis por adequada atenção a mulher na gestação e parto e ao recém-nascido.

Os dados relativos à mortalidade mostram que a assistência obstétrica é precária no país, por diferentes motivos. Mas o mais impressionante é que mesmo com tantas parteiras, uma taxa de mortalidade materna persistente ao longo das últimas décadas, o Brasil seja o país das cesáreas, repleto de corporativismo médico e intervenções no processo do parto hoje consideradas desnecessárias ou desprezadas pela OMS.

Ao longo do estudo, foi percebida essa realidade: o parto no hospital, no Brasil, é um dos mais “medicalizados” do mundo, onde são realizadas, na maioria das vezes por protocolos hospitalares ou por costume da equipe médica, todas as intervenções durante o parto, como o controle com hormônios, por exemplo, mesmo que este não seja necessário na maioria dos casos. A prática indiscriminada desses procedimentos vem se provando cientificamente prejudicial, por isso há um movimento pela humanização do parto, que valoriza e procura resgatar algumas das práticas das parteiras tradicionais, no sentido de entender o parto como processo natural e uni-las ao conhecimento científico. Assim, o livro-reportagem que antes pretendia documentar uma realidade ainda comum no país e fazer conhecidas algumas personagens, transcendeu o tema principal para abordar condições do parto no Brasil, a partir do enfoque das parteiras tradicionais.

A discussão da humanização do parto, do exagero de cesáreas no Brasil e o trabalho silencioso e desconhecido de milhares de parteiras está presente no livro “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais”, mais atual do que nunca.

3.2. Justificativa do local da pesquisa de campo

Todos os Estados do Norte e Nordeste do país, com exceção do Ceará, possuem informações oficiais sobre o trabalho de parteiras, embora não tenham um cadastro ou dados precisos atualizados. A princípio, estudando o universo das parteiras tradicionais e como a questão política – da luta pela regularização da profissão – caminha no Brasil, determinei o Estado de Pernambuco como local de realização da pesquisa de campo, centrada na região de Jaboatão dos Guararapes, próxima à capital Recife.

A região tinha sido escolhida por contar com a atuação de parteiras e a militância presente das ONGs pernambucanas já citadas, que possuem a sede em Recife ou Jaboatão dos Guararapes. A idéia era usar as ONGs para chegar até as parteiras, já que não se possui nenhum registro delas.

Ao contrário do esperado, as ONGs, que seriam o ponto de ligação com as parteiras, não se prontificaram a ajudar no projeto, duas delas ignorando sistematicamente o contato. Diante da incerteza da viabilidade da coleta de dados em Pernambuco e dos relatos de violência crescente nos arredores da capital, outros locais foram pesquisados. A alternativa às ONGs era utilizar os contatos dos agentes de saúde locais que conhecessem parteiras, além de alguns contatos previamente estabelecidos.

O Estado do Acre foi cogitado, porque a própria geografia favorece a atuação de parteiras, uma vez que em alguns locais só é possível o transporte através de barcos. Na estação das chuvas, muitas das estradas são inutilizadas. Diante das estatísticas oficiais e do tempo exigido para transpor também os obstáculos da viagem de pesquisa de campo, optou-se pelo estado do Maranhão.

Esse Estado nordestino convergia em dados estatísticos relativos à assistência obstétrica pertinentes à análise, além de contar com um certo ineditismo nas pesquisas acadêmicas, ao contrário do Acre, Amapá, Tocantins, Pará, Bahia, Amazônia e Pernambuco, que possuem pesquisas acadêmicas nas áreas de História e principalmente Enfermagem, além de documentários. A jornalista Cida Macedo foi a única a abordar essa temática no Maranhão, em livro que registra os depoimentos das parteiras que entrevistou.

Apesar dos locais percorridos no Maranhão serem de acesso mais difícil do que os locais de provável pesquisa em Pernambuco, essa variável contribuiu significativamente

para a qualidade do trabalho, que saiu dos arredores urbanos e voltou o olhar para áreas predominantemente rurais, com grande potencial turístico, mas de economia frágil.

A seguir, os números que colocam o estado maranhense no centro da discussão a cerca da assistência obstétrica no Brasil.

A publicação Estatísticas do Registro Civil de 2007, do IBGE, aponta a maior taxa de nascimentos fora de estabelecimentos hospitalares do país no Maranhão, que conta 16,9% do total. Os dados do IBGE também mostram que em 2007 esse Estado registrou a segunda maior taxa de mortalidade neonatal precoce (recém-nascidos menores de 6 dias) entre todos os Estados, com 16,4, ficando atrás apenas de Alagoas, com 16,5. O índice geral brasileiro é 10,6.

No relatório da UNICEF sobre a Situação Mundial da Infância 2008, chama atenção outro dado alarmante: a mortalidade materna no Brasil é de 53 mulheres para cada cem mil nascidos vivos, mas esse número, no Maranhão, segundo pior colocado do Brasil, está perto do dobro: são 91,4 óbitos femininos por 100 mil nascidos vivos. O primeiro estado é o vizinho Piauí, com 98,5.

Como agravante, o Maranhão é o Estado brasileiro com a maior taxa de sub-notificação dos óbitos, de 54,2%. A sub-notificação é fruto da falta de registro e transmissão de dados. Os óbitos infantis chegam a ser sub-notificados em até 70%. Dessa forma, os índices apontados são baseados em estimativas. A sub-notificação é um indício da exclusão social.

As 14 parteiras entrevistadas residem na capital, São Luís, e na região de Tutóia e Paulino Neves, cidades litorâneas a cerca de 400 quilômetros da capital e próximas (duas horas) do Estado do Piauí, que também possui índices muito elevados de mortalidade materna. Os 400 quilômetros que separam essas cidades de São Luís são percorridos em cerca de oito horas de transporte coletivo, devido à precariedade das estradas. Em toda essa região (excluindo-se a capital), não há qualquer pesquisa ou dado oficial sobre parteiras, nem mesmo a jornalista Cida Macedo pesquisou a região.

3.3. Estrutura da obra

A captação de informações foi decorrente de entrevistas, observação e coleta documental de dados, como estatísticas e informações oficiais, além do estudo de artigos e teses sobre os temas abordados.

A primeira pessoa foi usada para transmitir a personalidade e as impressões deixadas pelas parteiras, a partir da crença de que no livro-reportagem a primeira pessoa é um instrumento para dar mais realidade e cores ao que é narrado.

O livro foi estruturado em 13 capítulos, que atendem a demanda dos temas apresentados, de acordo com o seguinte percurso:

- apresentação da parteira
- caracterização da atuação da parteira e seu contexto nacional
- o atendimento ao parto no país
- humanização do parto
- local pesquisado
- temáticas relevantes com enfoque na parteira tradicional
- a atuação de enfermeiras obstetras

Optou-se por essa trajetória de trabalho a fim de contextualizar o leitor a cerca da situação das parteiras, da contradição que vive atualmente o país com uma “epidemia de cesarianas” e a coexistência de parteiras tradicionais, abordando práticas e desafios obstétricos, para posteriormente, focalizar as parteiras em temas de interesse e destaque. Assim o leitor pode perceber o cotidiano das parteiras a partir da assistência obstétrica.

Os temas escolhidos para abarcar a realidade das mulheres em questão foram a humanização; o dom de partejar; a relação entre parteiras e médicos; a parteira como liderança local, o aborto, as dificuldades enfrentadas diante da falta de recursos e isolamento geográfico e a morte. Os temas foram escolhidos de acordo com a pesquisa de campo e em cada parteira procurou-se o elemento de destaque, que determina o capítulo em que sua história será abordada. É possível perceber que mesmo com os capítulos temáticos, é notável através dos depoimentos que a maioria das parteiras possui histórias ou idéias que correspondem a quase todos os capítulos e por isso mesmo algumas são citadas mais de uma vez. A divisão temática mostrou-se vantajosa por expor melhor as idéias e histórias de maneira menos cansativa para o leitor do que seria, por exemplo, contar individualmente a história e os relatos completos de cada

parteira sem nenhuma separação. Dessa forma, a separação que destaca temas abordados nas entrevistas e de relevância para a informação do leitor a cerca do assunto – leitores querem saber, por exemplo, se a parteira é procurada para fazer abortos e se faz – dinamiza a leitura e possibilita a abordagem de temas complementares, como planejamento familiar, religiosidade, práticas e a realidade local.

Foram privilegiadas, durante o tratamento dos temas, as histórias contadas por elas, que ilustram situações do contexto local e da própria personalidade da entrevistada, mostrada através de suas atitudes.

A primeira pessoa, escolhida para compor a narrativa, deu-se em função do peso da pesquisa de campo dentro da coleta de dados, mostrando-se um fator que permitiu a melhor descrição dos contextos e dos atores sociais da narrativa, além de ser compatível com a proposta de exercer reportagem autoral e com emoção, sem a pretensão do mito da objetividade.

Como foi citado, o objetivo inicial do projeto era escrever sobre parteiras tradicionais, mas diante da situação atual da Obstetrícia no país, o tema ampliou-se para a discussão da qualidade da assistência – sempre mantendo o foco nas parteiras tradicionais e seus exemplos – ampliando-se também o conceito de público-alvo. Antes pensado para o público geral, interessado em Jornalismo Literário e em conhecer as histórias brasileiras, como as de parteiras tradicionais, o livro “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” tornou-se interessante para enfermeiras obstetras, médicos dispostos a conhecer o trabalho das parteiras, organizações de defesa de direitos humanos, feministas, de defesa das parteiras, lideranças entre parteiras, organizações que defendem o parto humanizado e pesquisadores da área. **Essa questão será aprofundada no tópico Produção.**

Além de parteiras, foram entrevistadas enfermeiras, enfermeiras obstetras, médicos, mães que tiveram filhos com parteira, uma grávida prestes a ter o bebê com parteira, antropóloga, lideranças de parteiras, entre outros que se julgaram oportunos.

As entrevistas realizadas não possuem a intenção de traçar um perfil de todas as parteiras brasileiras, mas de possibilitar o conhecimento de histórias de vida, costumes e relatos de partos. A idéia é, com exemplos reais, conhecer o universo das tantas parteiras tradicionais que atuam todos os dias, silenciosamente, amparando crianças.

O livro apresenta fotos informativas – como quando mostram como se dá o transporte na região abordada – e ilustrativas, no caso das fotos das parteiras entrevistadas, que

cumprem também com o objetivo do livro, de saber quem são as parteiras tradicionais e um pouco das suas histórias. Praticamente todas as fotos são de Alex Calmont, companheiro de viagem dedicado.

É evidente que mais tempo de viagem e mais recursos permitiriam uma coleta de dados mais ampla e também mais qualitativa que possibilitaria o crescimento do tema, mas como não foi possível estender a pesquisa, por razões financeiras e falta de tempo hábil, dentro das possibilidades, o livro é a expressão desse universo tão distante e ao mesmo tempo tão próximo.

3.4. Do título

O título “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” foi escolhido de acordo com os assuntos abordados ao longo do livro. Não poderia ser um título que se referisse apenas às parteiras tradicionais, já que diferentes aspectos da assistência obstétrica no Brasil são expostos, como a institucionalização do parto, a humanização, as contradições, todos os temas remetendo à parteira tradicional, para posterior revelação das histórias e personalidades. Assim, decidiu-se que dentro do título deveria caber a idéia do parto e as parteiras tradicionais, que se casou com uma expressão mais poética, “a vida pede passagem”, que, em uma das interpretações possíveis, exprime a idéia de que o parto, enquanto fenômeno fisiológico e previsto desde a concepção, não vai deixar de acontecer, qualquer que seja a assistência.

3.5. Entrevistas

As entrevistas buscam o que LIMA (1993) definiu como “o perfil humanizado, que se caracteriza pela abertura e proposta de compreensão ampla do entrevistado em vários aspectos, do histórico de vida ao comportamento, dos valores aos conceitos” (p. 92).

As entrevistas partiram de um roteiro simples de perguntas, mas se moldaram às respostas e situações apresentadas pelas parteiras, com liberdade para expressar seus sentimentos e valores, fazendo emergir suas representações sociais do parto e dando-lhe a oportunidade da narrativa.

As entrevistas da pesquisa de campo, com parteiras e mães foram, conforme o previsto, realizadas em sua maioria em ambientes domiciliares, o que contribuiu para deixar os entrevistados à vontade, com alguns familiares presentes, na maioria das vezes. Outras entrevistas foram realizadas nos postos de saúde em que trabalhava a parteira. Durante a pesquisa de campo foram estabelecidas muitas conversas com moradores e diferentes atores sociais para se obter informações.

No livro as entrevistas foram aproveitadas resgatando, muitas vezes, a oralidade de certos atores, com o fim de reproduzir as idiosincrasias da cultura e relações sociais e dar mais realidade. Os erros de concordância e expressões populares foram mantidos, embora alguns erros de grafia das palavras tenham sido omitidos para permitir a compreensão do leitor. Assim o objetivo de conhecer quem é a parteira tradicional se aproximou mais do real, trabalho impossível sem a pesquisa de campo. No caso dos outros profissionais entrevistados, também procurou-se o estabelecimento de um diálogo, mas com menos personalidade, mesmo porque se tratava de um assunto do campo do trabalho.

4. Relatório de produção

4.1. O projeto e a execução

A proposta inicial sugeria mostrar as parteiras em suas histórias, e também a maneira que exercem seu trabalho, com detalhes nas práticas, pois supunha que elas cultivassem hábitos tradicionais (simpatias, ervas, por exemplo) muito arraigados e fossem, de certa forma, resistentes à cultura médica. A viagem para pesquisa de campo mostrou que as parteiras estão abertas para o aprendizado e absorvem os ensinamentos médicos a elas ensinados, sem, contudo, perder sua prioridade, que é ajuda solidária para mulheres gestantes.

As práticas consideradas como conhecimento popular, como os remédios caseiros e os chás usados com fins terapêuticos persistem, mas não são tidas como salvadoras ou únicas fórmulas consideradas para a melhora de dores ou complicações do parto. As parteiras também demonstram subordinação ao conhecimento médico e científico, embora não desvalorizem o seu próprio conhecimento e experiência. Quando se comparam aos médicos, frequentemente se referem ao tratamento dado por eles como insensível, comparado ao seu próprio, um tratamento direcionado, carinhoso e cúmplice. Nesse sentido, o trabalho das parteiras tradicionais se aproxima do sentido delegado a elas pelo movimento pela humanização do parto. As práticas exercidas pelas parteiras tradicionais necessitariam de pesquisa profunda, sobre a ótica de profissionais de saúde, para serem classificadas e analisadas, pretensão que esse trabalho não possui. Por esses motivos, durante o processo de confecção do livro, procurou-se evidenciar o lado humano das atrizes sociais abordadas e as confluências com o movimento pela humanização do parto, sob a ótica do cuidado, muito mais do que uma análise sobre as práticas ou observações a cerca de conhecimentos tradicionais e conhecimentos científicos. Como livro-reportagem, “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” se constitui através da idéia de uma pauta contemporânea e diferente, com base em extensa pesquisa, de campo e documental, trabalhado no exercício da linguagem narrativa. Rompendo com a idéia da resistência das práticas e angariando a discussão pela humanização do parto que permeia o cenário obstétrico brasileiro atualmente, o livro cumpre objetivo proposto de dar visibilidade às parteiras e suas

histórias, bem como as implicações locais e nacionais desse trabalho que se considerava “coisa do passado”.

Com esses preceitos, “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” aproxima-se mais da visão de saúde do que de conhecimentos tradicionais ou abordagens antropológicas, que, extensamente, não são aplicáveis de forma viável em um veículo como o livro-reportagem, sem público especializado. Assim, o livro abarca o intuito de se conhecer parteiras tradicionais e através delas, perspectivas diferentes acerca do parto, de forma que qualquer pessoa possa entender. Enquanto projeto acadêmico, a proposta do livro-reportagem em questão trazia a seguinte pergunta: O trabalho das parteiras em suas comunidades, mesmo não reconhecido, pode trazer para as práticas hospitalares convencionais outras práticas positivas?

Essa pergunta, como foi explicado no tópico anterior, muito mais centrada na perspectiva das práticas tradicionais, se traduziu na concepção de humanização do parto através das práticas “mais naturais” e menos intervencionistas utilizadas pelas parteiras, hoje consideradas positivas pelas novas pesquisas. Se fosse preciso responder em forma de tópico, categoricamente, a própria pesquisa realizada e a análise de seus resultados responde que sim. Além de fazer todo o sentido na comunidade em que as parteiras atuam, o seu trabalho tornou-se referência, a despeito dos preconceitos imputados e perpetuados por visões sanitaristas e alheias à realidade local. Sobre as práticas, consideradas não-intervencionistas, é preciso destacar que não se trata apenas dos aspectos fisiológicos, ou seja, a posição que a mulher dá a luz ao bebê ou a possibilidade de comer durante o parto. O ato de cuidar das parteiras está relacionado a centralização do parto na figura da mulher, na idéia de parteira como “auxiliar” do parto da mulher e não como responsável e na forma de cuidar, que é, sobretudo, baseada na pessoalidade. Assim, são atendidos aspectos fisiológicos e psicológicos do parto, inter-relacionados no evento e potencialmente capazes de interferir no seu andamento. Não se prega aqui que a assistência prestada por uma parteira possa melhor ou superior do que a de um médico, nem que se ignore os avanços trazidos pela Obstetrícia, mas a consideração de que a contribuição do saber milenar desenvolvido pelas parteiras reside na sua forma de acompanhar o parto: personalizada, holística e desprovida de autoridade, fruto da visão do parto como fenômeno natural.

4.2. Produção

Como já foi dito em tópico anterior, o lugar escolhido para realização da pesquisa de campo foi alterado durante o processo, por conta de estatísticas e melhores possibilidades.

O trabalho realizado que resultou em “A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais” pode ser dividida em dois momentos: antes e depois da viagem para pesquisa de campo.

Antes da viagem, foram colhidos muitos dados gerais, referentes à mortalidade infantil, mortalidade materna, causas de morte materna e infantil, além de entrevistas com profissionais como: enfermeiros, mães que tiveram partos domiciliares dentro do contexto urbano, antropóloga, médicas, representante de ONG e outros. Nesse período foram estudadas algumas idéias do movimento pela humanização do parto, a partir da leitura de artigos científicos – alguns deles disponibilizados na Biblioteca Eletrônica SciELO – e teses de Mestrado e Doutorado. A idéia era reunir, antes da pesquisa de campo, o maior número de dados documentais, pesquisas e entrevistas com personagens distantes (mas nem por isso alheios) da realidade vivida pelas parteiras tradicionais e sua comunidade. Em parte, esse objetivo foi cumprido, mas obviamente algumas entrevistas foram feitas depois da viagem e outros dados pesquisados, conforme a necessidade durante a confecção do livro. Depois da viagem, foram realizadas primeiramente as transcrições das entrevistas – algumas com 15 laudas – e anotações de algumas impressões locais. A etapa seguinte consistiu na análise de todo material – entrevistas, fotos, teses, dados oficiais, etc – para traçar um planejamento de produção do livro, como uma linha indicadora, um plano inicial de capítulos e as idéias essencialmente abordadas em cada um.

O processo de concepção do planejamento durou vários dias, onde por fim, foi decidido um caminho, no qual as dúvidas foram respondidas durante o processo de escrita. Durante essa etapa, toda coleta de dados foi realizada com finalidade definida. As variáveis que interferiram na pesquisa foram basicamente três: as dificuldades de acesso (em termos de transporte) ao local de atuação das parteiras, o curto tempo para realização de entrevistas e observação e a indisponibilidade de alguns personagens que se pretendia entrevistar.

Sobre o tempo relativamente curto de viagem e as dificuldades de transporte serão mais detalhados no tópico seguinte, dedicado a viagem de pesquisa de campo. Na concepção inicial do projeto, pretendia-se entrevistar o maior número de fontes oficiais possível, como representantes do Ministério da Saúde, deputados que defendem projeto de lei que regulariza a profissão de parteira, do Conselho Federal de Enfermagem, do Conselho Federal de Medicina e da ABENFO (Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras). Com exceção do Ministério da Saúde, todos os outros potenciais entrevistados negaram entrevista, ignorando contatos constantes por e-mail e telefone, prometendo um retorno que nunca ocorreu e posteriormente, alguns deles, com a negativa formal. Essa foi uma variável não considerada no projeto. Pelo contrário, o projeto considerava a possibilidade de parteiras e mães se negarem a entrevistas, por vergonha ou receio, o que não aconteceu em nenhum momento. Apenas uma entrevista não foi considerada na confecção do livro. Foi com uma parteira de um dos povoados, já muito idosa, esquecida e que não atuava com frequência. A entrevistada respondia vagamente às perguntas, que tinham as respostas complementadas por sua filha e agente de saúde que estavam presentes.

4.3. Diário de viagem

A viagem empreendida para pesquisa de campo teve a duração de doze dias, pessoalmente inesquecíveis. Um diário de viagem à altura seria por si só, um livro-reportagem. Reproduzo aqui algumas impressões gerais capazes ilustrar a viagem que se mostrou para mim a mais rica, em experiências e lugares. Havia limitação de tempo – hábil para o retorno as aulas e que possibilitasse uma boa produção à altura da coleta de dados – e a limitação financeira, que por sua vez restringia os gastos com tempo e transporte. Considerando que visitaria lugares de acesso difícil, sem transporte coletivo formal e seria perceptivelmente diferente das pessoas do ambiente – na cor da pele, no cabelo, no sotaque, no modo de vestir – achei melhor levar uma companhia. Para isso, ninguém mais do que meu namorado, o fotógrafo Alex Calmont, que rapidamente se empolgou com a possibilidade de fotografar paisagens e pessoas. Partimos de São Paulo no dia 16 de julho, durante a madrugada e voltamos no dia 28, também em vôo de madrugada.

Além dos vôos, o caminho percorrido até Tutóia ocorreu de madrugada. Isso nos possibilitou inesquecíveis horas esperando, esperando, sobre bancos de praça, bancos de aeroporto e rodoviária.

A grande maioria das fotos apresentadas no livro foi fruto dos cliques incansáveis do Alex, muito oportunos: enquanto eu me concentrava nas entrevistas – e diga-se de passagem, procurava driblar o sotaque e o tom de voz baixo empregado pelas parteiras – ele captava as reações naturais e expressões espontâneas demonstradas durante a conversa. Cabe dizer que havíamos combinado, ainda em São Paulo, que ele nem sempre ficaria presente nas entrevistas, porque eu acreditava que sua presença masculina poderia inibir algumas respostas, principalmente as que se referem ao corpo feminino. Engano. Sem a hipocrisia e o falso pudor tão presentes no cotidiano paulista, as parteiras não admitiram que o “o moço ficasse para fora”, tampouco se envergonharam ao responder qualquer pergunta. Pelo contrário, foi comum encontrarmos mulheres de camisola, toalha ou bobs na cabeça sentadas na calçada e mesmo duas parteiras, que encontramos sob as toalhas. As maranhenses parecem se importar menos com aspectos comuns à cultura paulista, como o cruzar de pernas, e o hábito quase involuntário de colocar uma bolsa sobre o ventre, por exemplo.

Quem não conhece o Maranhão está perdendo a oportunidade de conhecer um dos povos mais receptivos e amigáveis do Brasil. Durante todo o tempo que estive no Estado, os maranhenses se mostraram dispostos a ajudar e conversar, característica apimentada pelo hábito de se referir ao outro através de expressões como “minha irmã”, “minha mãe”, “meu pai”, “meu irmão”.

Esse comportamento, também compartilhado pelas parteiras, agentes de saúde e população das comunidades, contribuiu muito para a qualidade do trabalho. Então ao mesmo tempo em que passávamos pelos *aperreios* do transporte, éramos muito bem recebidos, como quando tomamos muita água de coco colhida direto do pé.

Foram três dias na capital São Luís, com direito a noites em um sofá-cama velho – único objeto móvel de um apartamento no Centro Histórico emprestado pela jornalista Cida Macedo – percorrendo a distância entre os bairros, quase todos na periferia, através de ônibus circulares.

A Associação de Parteiras presidida por Dona Marina Nascimento conta com 50 parteiras em São Luís e ainda assim não congrega todas as parteiras da cidade, que de acordo com a pesquisa realizada por Cida Macedo, somam quase cem. As que não

atendem mais parto em casa continuam atuando no esquema de agentes de saúde informais, acompanhando as *buchudas* durante toda a gravidez e pré-natal.

Cida Macedo nos acompanhou, de ônibus, até a casa de Dona Marina, entrevistada que considero peça chave neste livro. Após uma tarde entrevistando Dona Marina, pedi que ela me passasse alguns telefones de parteiras, que me possibilitaram marcar outras entrevistas. Quando eu ligava para alguma parteira – de orelhão, porque celular só se fosse Oi – e perguntava o endereço, elas informavam o ponto que eu tinha que descer do ônibus e diziam:

_Chegando lá você me liga, eu vou lhe buscar.

Eu telefonava e ficava procurando, entre as mulheres que passavam, quem seria a parteira que eu tinha ido encontrar. Mas elas, de baterem o olho, já sabiam: “É de São Paulo, né?”.

A exceção foi Joana D’Arc, que não atendeu ao telefone. Perguntei por ela no bairro e, como descrevo no livro, não tive dificuldade em encontrar sua casa.

Com o dinheiro economizado no apartamento emprestado, resolvemos alugar um carro para o último dia de entrevistas, que nos possibilitaria pegar o ônibus noturno com destino a Tutóia sem transtornos.

Depois de entrevistar Dona Joana Batista, estávamos saindo do seu bairro prontos para devolver o carro alugado. E então, uma surpresa desagradável: um jegue solto pela rua deu coices repetidos na porta do carro. Resultado: cem reais de acréscimo no preço.

Depois do susto com o carro, tomamos na rodoviária o ônibus com destino a Tutóia.

Completamente irregular, o veículo estava mais do que lotado: todos os bancos ocupados e passageiros em pé, espremidos nos corredores. Como tínhamos comprado as passagens com antecedência, não tivemos problemas para nos sentar, mas o trajeto de 400 quilômetros, percorridos madrugada adentro durante oito horas, não foi nada agradável. Teve direito a ar condicionado quebrado, brigas entre passageiros e tentativas de furto.

Em Tutóia, nos hospedamos na casa de um amigo da família. Acostumados a restringir a alimentação em São Luís, por motivos financeiros, nos deslumbramos com os enormes e baratos camarões e caranguejos de Tutóia. Comemos muito e passamos mal no dia seguinte, perdendo um dia de pesquisa de campo com febre, moleza e idas repetidas ao banheiro.

Em Tutóia e Paulino Neves soube de parteiras atuantes no perímetro urbano e principalmente rural. O transporte entre as cidades e povoados, descrito no livro, é de péssimas condições. Nós não conseguíamos nem fotografar a paisagem, tamanho era o sacolejo dentro das caminhonetes. Nem pude imaginar como seria se estivesse em trabalho de parto.

Durante a pesquisa, algumas vezes nos deslocamos de carona com as enfermeiras do Programa Saúde da Família, em caminhonetes ou a popular Toyota. A maioria das vezes o deslocamento se deu através das Toyotas que fazem o caminho todos os dias. O transporte foi uma das variáveis mais influentes. Todos os veículos saíam da cidade pela manhã, por volta de seis ou sete horas, e retornavam perto do meio dia, com exceção de Paulino Neves, que tinha mais Toyotas que faziam o trajeto.

Esse foi um obstáculo, porque se a Toyota da volta fosse perdida, o único jeito de chegar a Tutóia era a pé, o que obrigou as entrevistas a serem estabelecidas segundo a conveniência desses carros.

O horário das Toyotas reflete os hábitos da região: em geral, as atividades começam com o raiar do dia. Às seis horas da manhã estão abertos os mercadinhos, pequenas lojas e a feira de rua – que vende absolutamente tudo, de roupas a carne (sem refrigeração adequada), e quase nada de frutas e verduras. Sobre os vegetais, pouco provinha de plantação local, já que o solo é de areia. A maioria era transportada de longas distâncias, por isso eram tão feias que uma das moradoras, ao me contar que visitou São Paulo, disse que as “frutas de lá parecem de plástico de tão bonitas”.

O comércio em geral fecha por volta do meio dia e reabre das três da tarde até as sete da noite, seguindo, de certa forma, o ciclo da temperatura local. Mas a feira só no dia seguinte.

Durante a viagem foram tiradas muitas fotografias da paisagem local e das pessoas, imagens também aproveitadas na confecção da capa.

Por fim, na volta a São Luís, para tentar não repetir as surpresas da ida de ônibus, fechamos o transporte com uma van. Engano pensar que seria diferente, a van estava igualmente desconfortável, com passageiros espremidos e bagagens até o teto. Partiu de Tutóia as cinco da manhã e chegou em São Luís por volta da uma da tarde, com um motorista que parecia só saber dirigir na contramão.

De volta a São Luís precisávamos esperar o voo, marcado para as três da manhã. Aproveitamos para conhecer a Maternidade Comunitária Nossa Senhora da Penha, que algumas entrevistadas citaram. Lá, entrevistei a administradora Deolinda Evangelista. Antes do voo, passamos mais algumas horas nos duros bancos do aeroporto, lamentando que o aeroporto de São Luís não tivesse chuveiros. O saldo da volta foram 15 parteiras entrevistadas, além de mães, agentes de saúde e enfermeiras e muitas, muitas experiências positivas.

5. Conclusão

A conclusão, a partir da pesquisa, expressa-se no livro através da opinião dos profissionais entrevistados e da construção do texto, embora não seja como uma conclusão acadêmica convencional, desnecessária no veículo livro-reportagem. Uma vez observado o contexto em que vivem as parteiras, as altas taxas de mortalidade – principalmente a mortalidade materna, que nos últimos 15 anos, demonstrou apenas uma pequena queda – fica clara a necessidade de se melhorar o atendimento a todas as mulheres e crianças em situação de pobreza ou isolamento geográfico. Em um primeiro momento, esse conceito contra a idéia da capacitação de parteiras tradicionais que já atuam. Mesmo considerando a perspectiva de humanização do parto ou, mais radicalmente, o parto de baixo risco realizado em ambiente domiciliar com enfermeira obstetra, há que se considerar que existe um risco. Para esse risco, é preciso ter uma unidade de saúde próxima, capaz de atender uma emergência. Porém, falar em criar estruturas de saúde – com materiais e recursos humanos disponíveis – em todos os lugares, ou resolver problemas do transporte ruim, não é tão simples como parece. Como expresso bem a coordenadora técnica da área de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Lena Peres, trata-se de um caminho do meio. Enquanto as estruturas formais de saúde são insuficientes e, enquanto se agiliza sua construção e qualificação – de maneira nenhuma desnecessárias – a capacitação de parteiras pode conferir uma melhora na assistência obstétrica prestada a mulheres que vivem nas situações descritas pelo livro.

Além disso, diante da realidade das parteiras tradicionais, de seu isolamento e da impossibilidade de obter ajuda, em muitos casos, é possível perceber o quanto a atuação delas causou uma diferença positiva no desenrolar do parto. É o caso da manipulação do feto, ou da versão externa, massagem que direciona a posição do bebê para o canal de parto. Conscientes da necessidade da realização de exames e de acompanhamento, as parteiras não se vêem como profissionais com o mercado ameaçado com a vinda de médicos e de recursos – mesmo porque elas não dependem do partejar para sobreviver, na maioria dos casos – e podem ajudar no atendimento, antes da chegada dos hospitais e unidades qualificadas e depois, com por conhecerem a comunidade (culturalmente e em detalhes) e conferirem, aos olhos desta, credibilidade ao atendimento médico, sem citar a atenção personalizada.

6. Considerações finais

O projeto de documentar a situação de parteiras tradicionais nasceu inicialmente da idéia de produzir um documentário. Como não seria possível, diante das exigências financeiras e temporais de um projeto como esse, optou-se pelo livro-reportagem.

O livro-reportagem não traz a exigência de imagens gravadas de que necessita o documentário e por isso parece mais simples de produzir. Engano. As possibilidades permitidas pela linguagem ampliam-se, exigindo mais detalhes e pesquisas documentais.

Na confecção do livro minha opinião ficou transparente. Não pretendi buscar o mito da imparcialidade, sabendo que depois da viagem para pesquisa de campo havia percorrido um caminho sem volta: eu já me apaixonara pelas parteiras e pela simpatia transbordante do povo maranhense. Em alguns momentos do livro, é possível notar essas minhas impressões, o que no fundo, não considero uma falha, pois faço o relato em primeira pessoa, com o objetivo de dar voz às parteiras tradicionais e conseqüentemente a todo contexto que as envolve, historicamente renegados.

Considero os objetivos do projeto atingidos, na medida de minha possibilidade de formanda, sem a pretensão de escrever um best-seller. O crescimento do tema, com os referenciais teóricos, questões da humanização do parto e do debate que se desenvolve no Brasil através das entidades de classe conferiram mais atualidade e implicações ao livro.

A pesquisa e produção constituíram desafios agradáveis e, numa perspectiva romântica que julgo cabível nesse encerramento de curso, foram o jornalismo que eu gostaria de conceber ao deixar a Universidade, mas sei que terá raras ocasiões.

A viagem mudou a minha maneira de enxergar as coisas e também esse trabalho de conclusão, como deveria ser sempre, ao executarmos um projeto por inteiro. Foi uma produção que guardo como o selo dos quatro anos de graduação, que muito mais do que o diploma, deixa aprendizados sobre a vida e uma nova visão de mundo.

Referências

- BERNADES, M. M. **Breve histórico das disputas entre comadres, parteiras, médicos.** Saúde em Debate. São Paulo.n. 14, 1982, p.16-20.
- BESSA L.F. **Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino no contexto domiciliar rural.** Salvador: Grafufba, 1999.
- BOARETTO, M C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro.** Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.
- BORGES, M. S. Incorporação do saber de parteiras e benzedadeiras às práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde.** V. 19, n.4, p. 323-332, 2008.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil século XIX. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 135-149, abr.-jun./1991.
- CARVALHO, A. P. S. **O parto sob o olhar da mulher rural: um estudo sobre representações sociais.** Tese de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.
- CERES, Grupo. **Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher.** Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. Cesariana: uma epidemia invisível. **Jornal do CFM,** ano X, n. 84, ago./1997.
- _____. O médico e seu trabalho. <www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/trabalho.pdf>. Acesso: 24/10/2009.
- CHAMILCO R. **Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto e nascimento domiciliar na Amazônia Legal Santana, AP.** Tese de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.
- CHANES, M. & TEIXEIRA, G.G. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do Prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, v. 27, n. 2, p. 270-273, 2003.
- COMINSKY, S. **La atencion Del parto y la antropologia médica.** In: VELMIROVIC, B. La medecina moderna y la antropologia médica em la plobación fronteriza

- mexicano estudunidense. Wasgington: Organizacion Panamericana de la Salud, 1978.
- DIAS, M.D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 476-478, mai.-ago./2007.
- DINIZ, S. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 2001.
- _____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set./2005.
- DORA, Denise Dourado; SILVEIRA, Domingos Dresch de (orgs.). **Direitos Humanos, ética e direitos reprodutivos**. Porto Alegre: THEMIS, 1998.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Estatísticas do Registro Civil 2007**, v. 34, p.1- 178, 2007
- LAGE, N. **A reportagem: teoria e técnica de entrevista e pesquisa jornalística**. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- LIMA, A. A. **O jornalismo como gênero literário**. São Paulo: EDUSP, 1990.
- LIMA, E. P. **O que é livro-reportagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- _____. **Páginas Ampliadas: o livro como extensão do jornalismo e da literatura**. Barueri: Manole, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área técnica de Saúde da Mulher. **Experiência: trabalhando com parteiras tradicionais**. Brasília, 2002.
- _____. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Relatório final da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança 2006**. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso: 30/09/2009.
- NOGUEIRA, A. Por que a forma de nascer é importante. **Jornal AcheiUsa**, ano 8, n.215 e 216, out.-nov./2008.
- OSAVA R.H., MAMEDE M.V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **J. Bras. Ginec.** 1995; 105(2): 3-9.
- OSAVA, R.H. **Assistência ao Parto no Brasil: o lugar do não-médico**. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública (USP) São Paulo, 1997.

- PINTO, B. C. M. Vivências cotidianas de parteiras e 'experientes' do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.** v.10 n.2 Florianópolis Jul/Dez. 2002
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê Humanização do Parto – 2002. <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAAs/Dossi%EA%20Humaniza%E7%E3o%20do%20Parto.pdf>>. Acesso: 15/06/2009.
- SANTIAGO, S. E NAGAHAMA, E. E. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.
- SEQUEIRA, C. M. **Jornalismo Investigativo. O fato por trás da notícia**. São Paulo: Summus, 2005.
- Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de saúde. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf>. Acesso: 10/07/2009.
- TORNQUIST, C. S. **Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese de Doutorado. Escola de Antropologia Social UFSC. Florianópolis. 2004.
- TSUNECHIRO, M. **A formação da enfermeira obstétrica no Estado de São Paulo**. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 1988.
- UNICEF – The United Nations Children’s Fund. **Situação Mundial da Infância 2009**. <http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf>. Acesso: 15/09/2009.
- VILAS BOAS, S. **Perfis e como escrevê-los**. São Paulo: Summus, 2003.

A VIDA PEDE PASSAGEM

o parto e as parteiras tradicionais

ELLIEN ANTONIETTA SACCARO



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação
Campus de Bauru

A VIDA PEDE PASSAGEM

o parto e as parteiras tradicionais

ELLIEN ANTONIETTA SACCARO

Livro-reportagem

Bauru
2009

Às parceiras tradicionais, que me ensinaram que para
fazer a diferença não é preciso mover montanhas.
Basta fazer o que está ao seu alcance.
Obrigada pela confiança!

SUMÁRIO

PRA INÍCIO DE CONVERSA	9
1. UMA PARTEIRA EM SÃO LUÍS	11
2. A PARTEIRA HOJE	15
3. PARTEIRAS DO BRASIL	21
4. PAÍS DAS CONTRADIÇÕES	41
A polêmica Cesariana	53
Humanização do parto	59
O movimento pela humanização do parto	61
5. RETRATOS MARANHENSES	67
6. AS PARTEIRAS E A HUMANIZAÇÃO	73
7. O <i>DOM</i> DE PARTEJAR	83
8. O MÉDICO E A PARTEIRA	93
9. LIDERANÇA NA COMUNIDADE	109
10. AS PARTEIRAS E O ABORTO	127
11. DIFICULDADES	133
12. CASOS DE MORTE	145
13. AS ENFERMEIRAS OBSTETRAS	159
As “parteiras urbanas”	165
Glossário	175
Referências Bibliográficas	179

Pra início de conversa

As parteiras são figuras quase folclóricas que povoam lendas e o imaginário popular, muitas vezes pela relação de algumas com o trabalho de benzimento e pajelança estabelecido há muitos séculos, mas nem sempre reproduzido até os dias de hoje. Apesar de ainda existirem e atuarem em territórios de difícil acesso ao sistema público de saúde, com novos conceitos e até mesmo métodos, as parteiras continuam sendo vistas – pelo senso comum e também por muitos pesquisadores – como as parteiras “de antigamente”, associadas ao misticismo, a manifestações religiosas e tradições, quando não associadas à miséria e falta de higiene. Na maioria das vezes, a imagem é ambígua, podendo ser a parteira valorizada ou condenada conforme o ponto de vista. Ela pode salvar vidas ou ser chamada de aborteira, “pegar crianças” onde ninguém mais pode ampará-las ou ser um agente disseminador de infecções, pode ser uma grande guerreira ou uma feiticeira fajuta. Essa ambigüidade se revelou para a Inquisição na perseguição contra as parteiras, e sua morte na fogueira. Apesar disso, do descrédito e do avanço tecnológico, ainda existem milhares de parteiras atuando no Brasil. E mais: passou o tempo em que ser parteira significava necessariamente ser uma senhora de lenço na cabeça e muitas receitinhas de ervas e orações para momentos difíceis. As parteiras do século XXI continuam preservando suas tradições, mas estão cada vez mais preocupadas em incorporar práticas de saúde que salvem suas *buchudas*¹ [grávidas] e seus meninos.

Também esta repórter esperava encontrar parteiras com hábitos ensinados por mães e avós, muitas receitas de remédios caseiros e rezas. Esperava encontrar parteiras que fossem benzedadeiras, ou no mínimo

¹ Consulte glossário no final do livro com expressões usadas por parteiras e termos médicos.



tivessem uma oração decorada para um minuto de dificuldade. A realidade desmentiu minha crença. Mais do que preservar tradições, as parteiras estão dispostas a preservar vidas – as duas: de mãe e criança. Têm sim suas maneiras caseiras de tratar pequenas moléstias humanas, como gastrites ou maus femininos, como corrimentos. Possuem chás e beberagens para dar a grávidas, no parto e pós-parto, mas o principal conselho é respeitar a natureza e procurar um médico em caso de necessidade. Não é que a preservação da medicina tradicional não seja importante, mesmo porque já existem pesquisas que comprovam a eficácia de métodos usados popularmente para cura. A medicina tradicional, se estudada, oferece oportunidades para pesquisadores comprovarem o benefício de ervas e extratos de plantas. Mas mais do que isso, no caso das parteiras tradicionais, o que está em questão não são as práticas – se realmente boas ou não, o que somente um estudo direcionado e aplicado poderia responder – mas o quanto essas mulheres se doam para salvar vidas, quaisquer que sejam os métodos usados, diante do contexto em que estão inseridas. E, além disso, o quanto é importante abandonar a visão generalista e conservadora de que a biomedicina é detentora da verdade e tudo que ocorre fora dela deve ser desprezado, até mesmo as pessoas que não tem acesso. Para mim, a principal descoberta na realização deste trabalho foi a desmitificação da figura da parteira. Mais do que generalizações, a pesquisa prova que o paradigma de parteira como agente ativo de preservação cultural de costumes está com os dias contados. As parteiras de hoje, mais do que os pesquisadores que se dignam a estudá-las, não estão tão interessadas na preservação de costumes como estão interessadas no bem-estar das famílias a que se dedicam.

1. Uma parteira em São Luís

Minha irmã, você está em trabalho de parto,
ANA AMÉLIA VIANA

Quando uma mulher na comunidade do bairro Fumacê, em São Luís-MA, desconfia que está grávida, a primeira pessoa a ser procurada é Dona Santa.

Ana Amélia Viana, conhecida como Santa, atende em sua casa muitas *buchudas* para *mexer barriga*. Algumas vezes, as gestantes só vêm visitá-la quando estão grávidas de mais de cinco meses. E se ainda não visitaram Dona Santa, não fizeram nem pré-natal no posto de saúde, nem nunca passaram pelas mãos de ninguém para verificar o andamento da gravidez.

Ela aconselha as gestantes a procurarem o posto de saúde e se necessário, as acompanha – quase sempre a fim de garantir o atendimento. O que não pode acontecer é deixar de fazer os exames de rotina.

Depois do pré-natal no posto, as *buchudas* querem mesmo é que Dona Santa as examine, pois confiam mais em sua palavra do que na de homens de branco do hospital. Essa senhora de 79 anos, à primeira vista muito brava, derrete seu coração ao se deparar com uma mulher que vive o milagre de uma gravidez. Com uma voz suave, Dona Santa examina a barriga, confere a altura da criança, a posição, o tamanho e o estado geral. Detêm-se mais algum tempo com a mãe, para observar se está anêmica, se é hipertensiva, se está se alimentando bem, se precisa de mais cuidados. Depois da primeira visita, durante todos os meses da gestação, as *buchudas* a visitam algumas vezes para esse exame rotineiro e principalmente, para deixar o bebê na posição certa para a hora do



parto. Se não estiver na posição cefálica (a cabeça apontada para o canal de parto), Dona Santa ajeita e deixa no lugar, através de massagem na barriga. O parto pode ser em casa, assistido por ela, ou em hospital, com um médico. A escolha é da gestante, a menos que a gravidez ofereça riscos para a mãe ou o bebê. Nesses casos, Dona Santa não hesita em encaminhar a mulher para um hospital. Mesmo assim, está presente na hora do parto. Ela conversa com a mãe e a tranquiliza:

_Sentiu alguma coisa, manda me chamar! E na hora do parto vou estar com você. Vai dar tudo certo. Depois do parto, te acompanho por oito dias pra te ensinar a cuidar do bebê e ajudar na casa.

Esse serviço, que Dona Santa chama de cuidado, é solicitado por qualquer mulher, solteira ou casada, doente ou não, de qualquer cor, e de qualquer condição financeira, porque não precisará pagar. A única coisa que essa parteira preza é a educação, como ser cumprimentada sempre que é vista.

Como aconteceu meia dúzia de vezes, uma *buchuda* com a barriga bem grande bateu na porta de Dona Santa pra *mexer barriga*.

_Ô Dona Santa!

_Entre, minha irmã. _Minha irmã é o jeito maranhense de se referir a outra mulher.

_Vim pra senhora mexer a barriga. Estou com uma dor, viu...

_Já está bem grande. Vamos ver como é que vai. _Santa corre os dedos pela barriga. Apalpa aqui, apalpa ali.

_Está bem baixa sua barriga. Você está com dor?

_Ihh, uma dor chata desde cedo. Vai e volta. Mas está piorando, viu? Está doendo bastante agora.

_Por quê não mandou me chamar antes? Deite aqui um pouquinho, minha irmã. _Dona Santa aponta sua cama.

_É que meu marido não chega em casa, ainda não chegou.

_Podia mandar alguém chamar, eu ia até lá. Agüenta um pouquinho que eu vou te examinar, é rápido. _Dona Santa coloca as luvas brancas.

_A senhora não se importe, eu achei que não fosse nada.

_Minha irmã, você está em trabalho de parto.

_Já, Dona Santa?

_Já. E não vai dar tempo de ir pra lugar nenhum. Mas está tudo bem. Espere um pouquinho, vou pegar uns panos limpos e o resto das coisas.



UMA PARTEIRA EM SÃO LUÍS

Quando Dona Santa voltou, a mulher estava gemendo e andando de um lado pra outro.

_Ai, Dona Santa, que vontade de fazer força... Parece que estou com vontade de ir no banheiro...

_Calma. Quando a dor vier, você faça força. Se acalme. Você está indo muito bem.

Alguns minutos depois, já dava pra ver a cabeça do bebê. Em pouco tempo, a criança nasceu e Dona Santa amparou-a com as mãos. Amarrou o umbigo, cortou o cordão com a sua tesoura de fazer partos que estava esterilizada, embrulhou a criança em panos brancos, limpou seu rosto e entregou pra mãe.

_Agora vamos tirar a placenta. Só mais um pouquinho, minha irmã.

A placenta saiu e Dona Santa ficou feliz de ver seu trabalho cumprido, mais uma vez.

O combinado era que a mãe permanecesse na casa da parteira por oito dias, para os cuidados pós-parto e para não se arriscar a sair na rua e ficar doente, ou seja, cumprir o tempo do resguardo. Depois de oito dias e sem notícias do marido, Dona Santa deixou que ela ficasse em sua casa, “para não morrer de fome”. Ali ela ficou por dois meses, até que o marido viesse buscá-la.



Dona Santa, com o Livro das Parteiras nas mãos.

A VIDA PEDE PASSAGEM

Essa história faz parte do cotidiano de Dona Santa, parteira há mais de 40 anos. Com muita naturalidade, ela me recebeu em seu sofá, em sua casa simples e bem arrumada, cheia de santinhos e fotografias pendurados. Ela me chamava de minha irmã e quando me despedi, disse que eu teria lindo casal de filhos gêmeos, que poderia levar pra ela conhecer se quisesse. Dona Santa é mais uma das parteiras que atendem mulheres em casa, Brasil afora, na era da Internet, dos Iphones e das compras e patologias virtuais. Ao longo deste livro, um caminho de histórias, desafios e dados será traçado, no intuito de conhecer parteiras tradicionais.

2. A parteira hoje

A identidade e existência das parteiras não é condicionada aos olhares de classe média e urbanos que lhes são lançados,
SORAYA FLEISCHER

Muitos projetos e iniciativas que se reportam a parteiras tem por objetivo o registro de um saber tradicional. Essa apreensão contribui historicamente para a memória do conhecimento popular.

Um desses projetos é aplicado em Pernambuco. O Instituto Nômades, patrocinado pela Petrobrás, está no processo final de elaboração de um inventário de 250 parteiras tradicionais residentes no estado. O inventário busca reconhecer a forma de ofício de parteiras na assistência à gestação, parto e pós-parto, além de práticas de cura e manipulação de plantas. Estão sendo investigadas as parteiras cadastradas em associações e núcleos existentes em sertão do Araripe, agreste, zona da mata e também região metropolitana de Recife. A idéia é preservar a memória dos saberes e práticas das parteiras pernambucanas, muitas vezes integrantes de culturas indígenas ou negras, com crenças e rituais enraizados. Prevendo o risco iminente da perda desse conhecimento tradicional, por conta da frágil transmissão oral, avançada idade de parteiras e pequeno interesse da sociedade na conservação desse saber, o projeto visa registrar essa memória e torná-la patrimônio imaterial do estado.

À parte o relevante registro realizado por essa e outras iniciativas, além da importância etnográfica e antropológica, as parteiras representam uma alternativa de saúde nos locais onde o sistema oficial não está presente ou é insuficiente. Mais do que representantes da cultura de tradição, as parteiras são agentes ativos no tempo presente na assistência que prestam às suas *buchudas*.



Dessa forma, é possível encarar a parteira, inclusive do ponto de vista de política pública, como agente de disseminação não apenas de conhecimento tradicional, mas de práticas de saúde. Um agente que pode aprender e se aprimorar com o tempo, abandonando costumes tradicionais e pouco eficazes do ponto de vista da saúde da mulher e bebê, para retransmitir novas e comprovadas técnicas de auxílio. E também, por outro lado, transmitir o saber adquirido em longos anos de experiência sem recursos.

É muito comum pensar o universo das parteiras como um mundo de tradições, crenças, empirismo e história. Como são representantes da cultura popular, é nas práticas das parteiras que a maioria das pessoas enxerga um “nicho” etnográfico. Essa visão condiz com a realidade, uma vez que as parteiras detêm conhecimento prático que é repassado através da oralidade por muitas gerações. Porém, à luz da atualidade, investigar parteiras não é tratar de um “resquício” histórico, ou até mesmo estudar “representantes vivos de cultura atrasada ou de antepassados”, mas sim investigar um fenômeno social presente na realidade de muitas famílias brasileiras. As parteiras existem para atender a uma demanda atual. Sua ajuda é solicitada em casos de necessidade. São chamadas por parentes, vizinhos e companheiros da mulher em trabalho de parto. Essa parteira, que na gritante maioria dos casos realiza seu ofício por compaixão, sem vantagens financeiras, pode e deve aprender a cuidar da parturiente da forma mais adequada e, mais uma vez, na maioria dos casos (o de todas as parteiras entrevistadas para este livro), ela está disposta a absorver e utilizar novos conhecimentos oferecidos por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outras parteiras.

Na visão da antropóloga Soraya Fleischer, que analisou parteiras tradicionais em seu doutorado (FLEISCHER, 2007), “As parteiras não são *involuídas*, *isoladas* ou *estão em processo para chegar a algum lugar*. Estas são todas as categorias de nosso mundo que, muitas vezes, fazem pouco sentido para elas. Elas não estão *paradas no tempo* e tampouco estão *distantes* – elas estão muito bem integradas em suas realidades, vivendo desafios que são próprios de nosso tempo como, por exemplo, o avanço da hospitalização, a valorização dos cursos de capacitação e dos diplomas, o diálogo com os movimentos sociais – feministas e ambientalistas, sobretudo – a representação que pesquisas, televisão e documentários fazem delas”, declara, em depoimento exclusivo para este livro.

A PARTEIRA HOJE

Para Fleischer, alguns setores, como a mídia, expoentes do movimento feminista e pesquisadores das áreas de Enfermagem, Serviço Social e História, têm a tendência de associar idéias de “simplicidade”, “inocência”, “desproteção” às parteiras. “Por um lado, infantilizá-las ou fragilizá-las cria a necessidade salvacionista em que alguém tem que ir lá e *resgatar e valorizá-las*. Mas, na minha opinião, elas não existem somente a partir do momento em que alguém as encontra e visibiliza. Elas existem porque, naquela localidade, fazem absoluto sentido para as mulheres e famílias atendidas. A identidade e existência das parteiras não é condicionada aos olhares de classe média e urbanos que lhes são lançados”, afirma.

Pela perspectiva da Antropologia e Ciências Sociais, o trabalho das parteiras é considerado como mais um trabalho dentre tantos na área da saúde, como o do médico, do enfermeiro ou do pajé. Para Fleischer, “A diferença é que elas passaram por um processo de socialização diferente, encontrando soluções imediatas dentro das possibilidades locais”.

O levantamento “O médico e seu trabalho” realizado em 2004 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2004), por amostragem, apontou que 62% dos médicos atuam nas capitais contra 38% no interior. No Acre, Amapá, Roraima e Sergipe, aproximadamente 100% dos profissionais de saúde trabalham nas capitais. Nessas unidades da Federação e nas pequenas localidades de difícil acesso, principalmente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, por falta desses profissionais, observamos uma atuação mais marcante das parteiras. Isso demonstra que a cobertura médica no Brasil ainda é precária. Para isso contribuem diversos fatores, como a concentração de escolas de Medicina nas regiões mais ricas do país, pequeno salário e poucos benefícios para que os médicos se desloquem dos grandes centros urbanos para o interior e falta de estruturas de saúde – públicas e privadas – em regiões de difícil acesso.

Dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES – disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br>>) registram apenas 901 parteiras tradicionais no Brasil. “É um número que sabemos ser absolutamente sub-notificado, ou seja, sabemos que existem muito mais parteiras que isso, mas não existe outra fonte de dados do Ministério. Os números de partos domiciliares também são sub-notificados”, afirma Ticiania Ramos Nonato, da Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria de Atenção à Saúde, que pertence ao Ministério da Saúde.



A ONG Curumim Gestação e Parto, com sede em Pernambuco, é uma das pioneiras no trabalho com parteiras no Brasil e possui convênio com o Ministério da Saúde para realização de ações de capacitação de parteiras. Somente a Curumim tem cadastradas mil parteiras pernambucanas e já capacitou, entre oficinas e reuniões, cerca de 3 mil no total. A Rede Nacional de Parteiras, filiada à ONG Cais do Parto, também com sede em Pernambuco, possui mais de 6 mil parteiras cadastradas nos estados do Norte e Nordeste, norte de Minas Gerais e Espírito Santo. Segundo a presidente da Associação de Parteiras de São Luís e do Maranhão, Marina Nascimento, somente nesse estado brasileiro são cerca de 3 mil parteiras. Das 14 parteiras entrevistadas como amostra para este livro, apenas três, da capital do Maranhão, tinham o nome inscrito no registro do CNES, que compõe-se de 100 nomes de parteiras, 90 residentes em São Luís. A falta de registros das parteiras do interior desse estado e restante do país fica evidente. O Cadastro mostra apenas as parteiras leigas (ou tradicionais, ou curiosas, sinônimos de parteiras sem formação acadêmica ou técnica) que mantêm vínculo de trabalho com maternidades locais, ignorando parteiras que atuam sozinhas em regiões de difícil acesso. Ainda no Maranhão, estão registrados apenas 467 médicos ginecologistas obstetras, mas também não se pode dizer que este número é definitivo, por conta da falta de informação repassada ao Cadastro Nacional. Dos médicos registrados, 211 estão na capital São Luís, ou seja, quase metade. Quanto às enfermeiras obstetras, estão cadastradas 50 profissionais. Então o número de parteiras supera de longe o número de médicos e enfermeiras.

A consulta ao CNES revela os profissionais contratados em maternidades – inclusive as de administração direta do Ministério – de todo o Brasil, com os cargos de “parteira leiga/ assistente de parto” por todo o território brasileiro, inclusive nas capitais das regiões Norte e Nordeste. O fato de ser possível encontrar com facilidade parteiras leigas nas capitais é um indicativo de que essas mulheres estão presentes não só onde não existem maternidades e hospitais – como no interior de muitos estados – mas onde a infraestrutura local não é suficiente.

Não existe, porém, um número real da quantidade de parteiras atuantes no país. O número mais comumente divulgado – em praticamente todas as reportagens que tratam do assunto e até por algumas instituições – é o de 60 mil parteiras em todo Brasil, 45 mil delas resi-

dentes no Norte e Nordeste do país. Esse número, apesar de popular, não é comprovado. Paula Viana, enfermeira e coordenadora da ONG Curumim, afirma que o número nunca foi verdadeiro. “Na verdade, esse é um dos grandes problemas do Brasil, não ter um cadastro geral. Alguns estados, como Pernambuco, Pará, Amapá e Roraima estão tentando cadastrar todas as suas parteiras. Eu trabalho com o Ministério da Saúde desde 2000 e fazendo a revisão das políticas públicas, descobrimos que esse número não é verdadeiro. Hoje em dia, o Ministério não fala mais em um número, porque não existe um dado definitivo”, afirma.

De acordo com a publicação dos Registros Cíveis de 2007 do IBGE, pode-se notar que muitos fatores interferem nessas estatísticas, principalmente a sub-notificação dos registros. No relatório da publicação consta que, no Brasil, 96,9% dos nascimentos ocorridos e registrados, em 2007, aconteceram em estabelecimentos hospitalares. No Maranhão, foi registrada a maior proporção de nascimentos ocorridos em estabelecimentos de saúde não-hospitalares: 16,9% do total; o que motivou a escolha do Estado para pesquisa de campo, entre outros dados. No Acre e Amazonas os percentuais de registros de nascimentos ocorridos em domicílios foram, respectivamente, 12,6% e 11,3% do total. Quando a análise aborda apenas os registros extemporâneos, ou seja, os que ocorreram em ano posterior ao nascimento constatou-se um aumento significativo dos nascimentos em domicílio, passando de 1,5%, nos registros do ano, para 26% entre os que haviam sido postergados. No Amazonas, 50% dos registros extemporâneos foram de nascimentos ocorridos em domicílios.

Os índices de nascimento domiciliar maiores no Norte e Nordeste sinalizam que nas localidades menos desenvolvidas a participação de parteiras continua intensa – e necessária, uma vez que se torna a única alternativa para as milhares de mulheres dependentes da precária infraestrutura de saúde.

Em muitos municípios, como Envira, no Amazonas e Thaumaturgo Ferreira, no Acre, cerca de 70% dos partos são realizados por parteiras. Em Melgaço, no Pará, no ano de 2005, como habitualmente, 61% dos partos foram realizados em casa.

Todos esses dados evidenciam a necessidade do compromisso com a capacitação das parteiras e agentes não médicos, assim como a necessi-



dade de aumentar a cobertura de saúde e principalmente, na carência de sua melhora física, estrutural e ideológica.

“As pessoas acham ainda que parteira é ilegal, que parto domiciliar é proibido, mas isso é só imaginação. Na hora da necessidade, é a parteira quem socorre”, explica Paula Viana, da ONG Curumim.

Sobre o argumento de que capacitar parteiras é “fazer medicina para pobre”, a professora da Universidade Federal do Acre e enfermeira Lucineide Frota Bessa, uma das principais estudiosas de parteiras no Brasil, em entrevista, rebate: “O saber popular que as parteiras tradicionais possuem relacionado com o processo de cuidar e curar atravessa toda a história da mulher e, por muitos milênios, foi a única forma de assistência obstétrica. Por outro lado, em muitas comunidades rurais, o parto realizado por parteiras tradicionais é a única opção para as parturientes, fato que justifica a necessidade de investimentos e políticas que valorize o trabalho delas. Considero o trabalho da parteira tradicional no domicílio como uma prática social de saúde, que está no âmbito da atenção primária e ações coletivas de saúde”.

As parteiras atuam de forma marcante no interior do Estado e também na capital do Maranhão, por exemplo, como a pesquisa de campo realizada para a produção deste livro pode confirmar. Esse fato encaminha para uma indagação: como e por que essas mulheres realizam esse ofício?

3. Parteiras do Brasil

*E eu quero sempre aprender mais,
se eu pudesse eu entrava na universidade,*
MARINA NASCIMENTO

Vôo lotado de São Luís a São Paulo. Oito horas de viagem. Era a primeira vez de Dona Marina Santos Nascimento, 70 anos, mãe de 16 filhos, dentro de um avião. A causa era nobre: uma reunião em São Paulo para discutir a regularização da profissão de parteira.

Dona Marina estava começando a relaxar em sua poltrona depois de dez minutos de vôo. Com quinze minutos, o piloto começou a enfrentar um mau tempo. “Esse avião ia pra lá, ia pra cá, sacudia...” As aeromoças corriam de um lado para o outro e o avião não parava de balançar. “E aquele sinal lá de dentro fazia piii, piii... Meu Deus, é agora...”

De tanta tensão, Dona Marina começou a sentir dores no pescoço. O colega ao seu lado, Zé Ferro, não ajudou muito:

_Marina, o avião vai cair... Tu vai morrer...

_Você me larga de mão!

_Marina, Marina, lá vem, é agora, o avião vai cair, nós tudo vai morrer!

Nesse instante, Dona Marina decidiu que se sobrevivesse, nunca mais andaria de avião. Passou o resto do vôo tremendo, gelada, confundindo as nuvens com casas e apertando os olhos.

De repente a aeromoça deu o recado: “Iniciando os procedimentos de pouso: apertem o cinto, vamos descer”.

_Mas como apertar mais, moça? Eu não tenho mais o quê apertar, tô durinha que só...

Quando Dona Marina percebeu, já estavam descendo do avião, em São Paulo.



_Rapaz... Escapou por pouco... Nunca mais eu volto pra cá.
Inconformada, ela foi ao guichê do aeroporto para trocar a passagem de volta.

_Eu vou voltar, mas vocês vão me dar a minha passagem é de ônibus. Se não eu vou dizer que vocês não dão nada pra ninguém, isso é só comercial... Eu vou fazer vocês trocarem minha passagem.

_Dona Marina, vai trocar oito horas de vôo por três dias de estrada?

_É isso mesmo.

Terminados os compromissos em São Paulo, Dona Marina esperou a hora de seu ônibus. Partia meio dia da rodoviária de São Paulo, horário em que seus companheiros de viagem, incluindo Zé Ferro, já deveriam ter chegado em São Luís. O caminho de volta levou longos três dias que deixaram Dona Marina debilitada e muito cansada. “Eu dormia, acordava, tava na Bahia, dormia, acordava, tava na Bahia, ora, mas que Bahia mais imensa... Mas roda demais, roda demais...”. Mesmo depois dessa experiência, ela não perdeu a disposição para lutar pelo reconhecimento das colegas parteiras. Viaja para Recife, Sergipe, Goiás, e para todo o interior do Maranhão, para se encontrar com parteiras, ONGs e políticos, sempre de ônibus. “Eu boto a mochila nas costas e vou embora... Ando esses municípios por aí todinhos”.

Moradora de São Luís e parteira desde os 17 anos, Dona Marina é a principal referência do Estado do Maranhão na luta nacional pelo reconhecimento da profissão de parteira. Muito determinada, ela costuma dar cursos de capacitação para parteiras tradicionais, associada ou não ao governo ou outras organizações, como as ONGs Cais do Parto, SOS Corpo e Curumim, todas do estado de Pernambuco, mas influentes em todo Brasil.

“A minha luta maior é pelas parteiras do interior. São elas que percorrem muitas distâncias, são mulheres muito corajosas... E que muitas vezes a gestante não tem pra onde correr, é com essa comadre que ela vai se cuidar na hora do seu parto. E é nessa mulher que ela confia. As parteiras vão a pé, de cavalo, de ônibus, de bicicleta, do jeito que podem pra pegar um menino... E fazem muito mais do que pegar menino, fazem curativos nas pessoas também. Muitas vezes elas são as doutoras da comunidade...”, explica Dona Marina, com ar grave.

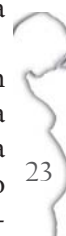
A atuação das parteiras se dá no apoio à gestação e ao parto, na orientação para a realização dos exames de pré-natal, no aconselhamento

da necessidade ou não de procurar uma unidade de saúde na hora do parto e até mesmo no posterior acompanhamento do bebê, com dicas de amamentação e cuidados. A parteira, ao lado da mulher que está distante de qualquer serviço de saúde, pode acompanhar a gravidez e cuidar, a partir de seu conhecimento popular (ervas, chás, massagens, recomendações) um eventual problema, ou ainda, reconhecer uma situação de risco para a gestante e aconselhar a procura do serviço médico mais próximo – que pode ser bem longe e por isso a sua presença é tão procurada. Para a mulher que vive perto das estruturas públicas de saúde, mas muitas vezes inacessíveis para ela – por conta de filas, superlotação, falta de equipamentos, negligência, etc. – a parteira funciona como uma agente de saúde não oficial, garantindo a realização completa do pré-natal e o encaminhamento para unidade de saúde durante o parto. Nos dois casos, a parteira goza da completa confiança da gestante e comunidade, além de, na maioria dos casos, nada cobrar pelo acompanhamento. Às vezes, as parteiras são as primeiras a serem procuradas em caso de suspeita de gravidez. Mas também há casos em que as parteiras atendem mulheres que não foram acompanhadas durante a gestação nem por elas e nem por qualquer outro serviço de saúde e só são procuradas no momento do parto. Sua principal qualidade no atendimento é a dedicação solidária e o tratamento carinhoso, personalizado para a mulher.

Na PDNS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher) 2006 está descrita a maior porcentagem de parto domiciliar no Brasil observada na região Norte (7,5%), entre mulheres com nenhuma escolaridade (8,4%) e entre aquelas que não realizaram pré-natal (32%). Estes dois últimos dados indicam a presença de um contingente de mulheres absolutamente excluído da assistência à maternidade.

Sobre a quantidade de partos realizados por parteiras, também não existe um dado preciso, mas há uma estimativa de 56 mil partos por ano, cruzando o número total de nascimentos informado pelo relatório da UNICEF (*The United Nations Children's Fund*) Situação Mundial da Infância 2009 e a publicação Saúde Brasil 2007.

“Se o Ministério da Saúde tivesse isso na mente... Uma parteira bem treinada trabalha com dez, quinze gestantes, diminuía muito mais a mortalidade materna e infantil. Até dentro do tratamento da criança depois que nasce a parteira pode ajudar”, esclarece Dona Marina. Não são apenas as parteiras e seus representantes os interessados na qualifi-



cação dessas trabalhadoras da área da saúde, como a Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) as classifica. O próprio Ministério da Saúde reconhece a importância do trabalho delas onde a comunidade não tem acesso – ou este é difícil por diferentes razões – a hospitais e outras estruturas de saúde comuns à realidade das capitais e centros urbanos brasileiros.

Enquanto não existirem estruturas com capacidade para atender qualitativamente a todas as mulheres brasileiras, incluindo as que vivem em regiões e situações econômicas historicamente excluídas, a parteira é o mais importante instrumento de ligação da comunidade com a saúde obstétrica, o que torna essencial sua qualificação. Como veremos mais adiante, mesmo em capitais onde existem hospitais, a presença das parteiras é marcante, por diversos fatores.

Para Paula Viana, é fundamental que as parteiras tradicionais tenham acesso às informações técnicas. “É importante que ela saiba identificar os riscos que uma grávida pode correr tanto no período da gestação como no momento do parto”. Assim, é possível melhorar o serviço prestado às gestantes e contribuir para a diminuição dos casos de mortalidade materna e neonatal.

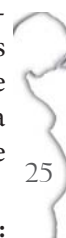
Nesse sentido e baseado nos resultados do PNDS de 1996 o Ministério da Saúde criou o programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, em 2000. A pesquisa acusa uma incidência de 20% dos partos domiciliares nas áreas rurais. Nas regiões Norte e Nordeste esse índice chegava a 40% fora das áreas urbanas. Na PNDS 2006, os partos assistidos por parteiras tradicionais mantêm presença nas regiões Norte e Nordeste, onde representam, respectivamente, 5,8% e 3,6% de todos os nascidos vivos.

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais faz parte das estratégias do Ministério para redução da mortalidade materna e infantil no país, que ainda apresentam taxas elevadas. Parte do princípio de que a maioria das parteiras enfrenta inúmeras dificuldades na realização de seu trabalho. São elas a pouca capacitação, falta de materiais para assistência ao parto (tesoura, álcool, gaze), nada ganhar pelo que fazem e a resistência de profissionais da saúde ao seu trabalho, além do isolamento geográfico. Como consequência, a maioria delas exerce o seu ofício em condições muito precárias, além dos partos domiciliares serem sub-notificados no sistema de saúde. O próprio relatório de experiências apresentado pela equipe coordenadora do programa pon-

dera: “é responsabilidade do poder público garantir um parto seguro e humanizado, onde quer que ele aconteça”.² O programa consiste basicamente em treinamentos para o aprendizado entre parteiras, enfermeiras e médicos, para a quebra de resistência entre esses setores e o mais importante, para a troca de conhecimentos. Além das oficinas e palestras, há a distribuição do kit da parteira, que contém instrumentos básicos para a realização do parto natural, como tesoura, gaze, álcool, luvas, sabão, escovinha de unha e lanterna com pilhas.

De acordo com José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, em entrevista para o Jornal da Febrasgo (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), o programa “permitiu sensibilizar 736 profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras tradicionais como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS. Foram capacitadas 1.373 parteiras tradicionais dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco e Roraima”. Mesmo assim, considerando o número de parteiras em atividade no país (3 mil só no Maranhão, 2 mil em Pernambuco), os oito anos de presença do programa ainda são inexpressivos. Outra iniciativa do Ministério que atingiu um número maior de parteiras foi a parceria com a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, na publicação de 30 mil exemplares do Livro da Parteira (destinado a parteiras, com figuras ilustrativas para parteiras analfabetas) e publicação de 20 mil exemplares do manual Trabalhando com Parteiras Tradicionais, em parceria com a Curumim (direcionado para profissionais de saúde). Antes disso, em anos anteriores, haviam sido publicados livros traduzidos dos manuais da OMS (Organização Mundial da Saúde), mas com pouco destaque.

O programa continua, agora com foco na capacitação de enfermeiros e médicos, para que aprendam a atuar no contexto local e em parceria com os terapeutas populares, como as parteiras. Para Paula Viana, a resistência desses profissionais prejudica o atendimento realizado pelas parteiras. “Eles também precisam ser capacitados. Tem enfermeiras que acreditam que o trabalho das parteiras é proibido, devia acabar. Mas ela mesma não dá conta de fazer todos os partos. Existem profissionais que



² BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Experiência: Trabalhando com parteiras tradicionais**. Brasília: 2002. 4p.

negam luvas, em postos de saúde, para as parteiras, por exemplo. Eles acreditam que assim podem coibir o trabalho delas. Mas não é verdade. Na hora da necessidade, a parteira vai ajudar a mulher que a procurou, com ou sem esses insumos”, destaca.

Antes desse programa, houve algumas capacitações pontuais, realizadas por enfermeiras, freiras e instituições, além do trabalho do médico Galba de Araújo, no Ceará, que realizou treinamentos reconhecidos internacionalmente.

O trabalho do Ministério é de reconhecida importância, mas na maioria das vezes, são as próprias lideranças entre as parteiras, como as ONGs, Dona Marina no Maranhão e muitas outras parteiras Brasil a fora que lutam pelo reconhecimento de classe, oportunidade de aprendizado e fornecimento de materiais adequados. “É difícil porque eu viajo com o meu dinheiro. Não tenho assim uma ajuda do Estado, do Ministério, pra fazer isso, não tem nada. Esse pessoal da Saúde só quer achar tudo prontinho. E tudo que eles acham prontinho, aí é uma boa pra eles”, afirma Dona Marina. Em seu trabalho solitário, ela montou um cadastro de parteiras do Maranhão, com nome, endereço, idade, CPF e título eleitoral das 3 mil parteiras que conheceu percorrendo os municípios e povoados com seus próprios recursos. Esse cadastro é muito disputado por políticos, mas Dona Marina não abre mão do sigilo de seus documentos. “Imagina se eles querem fazer algum mal com isso? Eu não posso confiar nesses políticos, são muito poucos os que não roubam... Eles querem fazer campanha com as parteiras, mas na hora de ajudar...” desconfia.

A jornalista Cida Macedo, de São Luís, acompanha de perto a luta das parteiras e é “partidária” declarada dessa causa. Foi produzido por ela o único livro do Maranhão que aborda as parteiras tradicionais, registrando sua oralidade através de uma coletânea de depoimentos.³ “Dona Marina tem que ser cautelosa com políticos que vêm lhe pedir informações, porque eles vivem de olho nela. Eles querem fazer campanha, querem ter voto, apoio das parteiras, que são influentes nas comunidades. Mas na maioria das vezes não estão realmente preocupados em ajudar”, alfineta Cida.

Além do Ministério da Saúde, muitas Secretarias Estaduais, em parceria ou não com o órgão federal, vêm promovendo capacitações

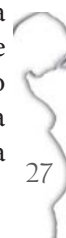


³ MACEDO, Cida. **Saberes e crenças da arte de partejar**. São Luís: Gráfica JK, 2008.

e convênios ao longo dos anos. É o caso de Minas Gerais no vale do Jequitinhonha, além do Amazonas, Paraíba, Piauí, Tocantins e Bahia. Entre eles, destaca-se o Amapá, que conta com o Projeto Parteiros do Amapá desde 1995, realizando cadastros e capacitações. Outros estados que contam com movimentos populares organizados em encontros estaduais de parteiras e oficinas são Roraima, Rondônia, Acre, Sergipe e Rio Grande do Norte. Entre as ONGs que atuam com parteiras e são reconhecidas nacionalmente estão também a Rede Acreana de Mulheres e Homens, o Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia, o Grupo de Mulheres Indígenas da UNI, o Centro de Trabalhadores da Amazônia e a Rede Nacional de Parteiros, que reúne 38 associações de parteiras. A abrangência desses eventos mostra a presença marcante das parteiras em quase todos os estados da região Norte e Nordeste, além de alguns no Centro-Oeste e Sudeste, como Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais. Isso não impede que existam parteiras atuantes em outros estados, onde os programas do governo e ONGs não se fazem tão ativos.

O estado brasileiro que reúne o maior número de ONGs e articulação de projetos é notadamente Pernambuco, sede das organizações Curumim, Cais do parto e SOS Corpo. Foi em Pernambuco que Dona Marina recebeu instruções para poder retransmitir para suas colegas no Maranhão. Assim ocorre com muitas parteiras, que se deslocam até Recife para receber treinamentos e repassar o que aprenderam em cursos nas suas comunidades. Dona Marina costuma organizar eventos de capacitação para parteiras por muitos municípios do interior do Maranhão, como Santa Helena, Turilândia, Santa Luzia do Tide, Barreirinhas, entre muitos outros, além de São Luís, capital do Estado. “Que eu não me gabo, mas quando eu termino de fazer um treinamento eu estou é cansada de ouvir das enfermeiras que estão aí, que elas dão um curso igual eu dou. Não é porque eu sou melhor, é porque eu aprendi bastante. E eu quero sempre aprender mais, se eu pudesse eu entrava na universidade. Então eu não só faço curso como dou, e é importante esse trabalho porque eu acompanho a Maria⁴, a Maria passa informação pra outra Maria e a outra vai passando pra outra... Eu largo minha casa velha aqui e me tacho no mundo, com o meu dinheiro e o meu tempo, pra fazer esse trabalho”, conta ela.

⁴ Maria, aqui, são as outras parteiras.



Explicando a importância de qualificar as parteiras, Dona Marina conta como foi que começou a praticar esse ofício. Como a maioria das parteiras tradicionais, o primeiro parto foi atendido em um momento de necessidade. Uma parturiente pediu ajuda e não havia a quem ou aonde recorrer.

Uma vizinha grávida de nove meses chamou Dona Marina, que ainda era chamada só por Marina, no alto de seus 17 anos, para ajudar, dizendo que estava com dores. Marina não imaginou que ela estivesse tendo as contrações do parto. “Eu não sabia que ela tava com um problema da força que é uma criança”. A vizinha pediu que Marina a socorresse, lhe pegasse o filho.

_Mas, meu Deus, o que é que eu vou fazer aqui? Eu nunca vi uma criança nascendo... Como é que eu vou fazer? _disse ela, muito nervosa.

_Olha, ali tem um pano, tu pega ele e quando a criança vier, tu segura ela com um pano. _disse a parturiente.

_Tá bom.

_E debaixo da cama tem uma tesoura. Tu pega também um cadinho do fio da rede que é pra amarrar o cordão.

_Que cordão, mulher? _Marina perguntou alvoroçada.

_O do umbigo da criança.

_Ah, meu Deus do céu, ainda tem tudo isso?

Marina ficou olhando para sua vizinha, que era mãe de outros filhos e já sabia, pelas contrações, que o bebê estava pra chegar.

_Presta atenção, que a criança vai nascer.

_O quê? _Marina se desesperou. _Não, eu não vou ficar aqui não. _E correu pra fora da casa, no maior desespero, pensando em quem poderia chamar. Escutou a vizinha:

_Socorro! Não me deixa morrer, pelo amor de Deus!

Marina disse baixinho:

_Jesus, a gente não tem ninguém pra vir aqui olhar essa mulher _aflicta, voltou para o quarto onde a mãe estava.

_Tu cuida desse menino, se você deixar ele ou eu morrer, tu vai ver! _disse a mulher.

_Ah, meu Deus, eu não vou ficar aqui não, esse negócio não tá certo não.

Mas de repente a cabeça da criança apontou. Isso encheu de coragem o coração de Marina.

—Ah, é assim? —ela se animou.

A mãe fazia força na hora das contrações e rapidinho a criança nasceu, amparada pelas mãos de Marina. “Caiu perfeitinho nos meus braços. Era uma menina”, se lembra.

A mãe ensinou Marina a cuidar do cordão umbilical. Primeiro é preciso amarrar o cordão para cortar a circulação do sangue em dois pontos, um mais perto da placenta (ainda na barriga) e outro mais próximo ao umbigo do bebê, cerca de dez centímetros. Depois, pode ser cortado. Com o bebê aquecido e no colo da mãe, o próximo passo é cuidar para a saída completa da placenta. Nesse caso, a mãe fez força em uma nova contração do útero e a placenta foi expelida rapidamente.

Depois desse parto, há 51 anos, Dona Marina começou a ser chamada para *pegar* mais crianças e foi ficando cada vez mais conhecida na comunidade como parteira. “Quando essa menina [a que nasceu] teve o primeiro filho dela, fui eu que peguei também. Depois ela se mudou e eu não sei onde está morando, se não eu era parteira da família deles até hoje”, conta.

Relembrando essa e outras histórias, Dona Marina explica o quanto é importante qualificar a parteira tradicional, para que possa lidar com o parto da melhor maneira possível com os recursos de que dispõe e para que saiba reconhecer os momentos de perigo e encaminhar a parturiente para uma unidade de saúde.

Uma vez consciente das possíveis complicações de uma gestação, as parteiras vêem o sistema de saúde como aliado. É o caso das parteiras da Associação de São Luís. As gestantes atendidas por elas são orientadas insistentemente a fazerem o pré-natal e, sob o menor risco, comparecer ao hospital na hora do parto.

Joana Nascimento, filha de Dona Marina, não pôde realizar seu parto com a mãe.

Durante a gravidez, Joana tinha tido alguns sangramentos e sua médica, Dra. Vera, tinha recomendado repouso intenso. Quando Joana sentiu as dores das contrações, chamou sua mãe. Tinha certeza de que poderia ter seu parto em casa.

—Mãe, eu queria que a senhora verificasse como é que está a dilatação.

Dona Marina ficou nervosa, não que soubesse antecipadamente de uma complicação, mas apenas porque agora a parturiente era sua filha.



Seu amor a deixava mais apreensiva. Dona Marina prendeu os cabelos, lavou bem os braços, calçou as luvas e foi verificar a altura em que a criança estava. “Quando eu cheguei encontrei foi a placenta. Em vez de cabeça de criança eu encontrei foi a placenta”. Joana estava com um quadro de placenta prévia, que é quando a placenta se aloja na entrada do útero, e no momento do parto, se coloca antes da criança, dificultando sua saída. Normalmente, as gestantes identificadas com placenta prévia realizam a cirurgia cesárea.

Uma cunhada perguntou como Joana estava e percebeu a aflição de Marina.

_Que foi que aconteceu?

_Pra mim, é perigo. É placenta prévia. Então bora se preparar, vamos pro hospital, acho que vai ser uma cesárea.

Joana pediu então que a levassem para a Maternidade da Penha, onde a mãe trabalhara. A Maternidade Comunitária Nossa Senhora da Penha, no bairro de periferia Anjo da Guarda, é onde as parteiras são muito conhecidas e muitas delas já estagiaram. Já que não dava pra ter em casa, com a mãe, melhor que fosse na Penha. Lá, encontraram-se com o Dr. Zé Maria, já conhecido de Dona Marina.

_Joana, vamos ver como é que está a altura do neném e vamos fazer um ultrassom pra monitorar o bebê.

Depois de examinar a parturiente, o médico respondeu:

_Joana, sua mãe te examinou?

_Examinou.

_O que foi que ela disse?

_Que podia ser uma cirurgia.

_Ela está certa. Joana eu não vou ficar contigo, porque eu não tenho material na casa para uma cirurgia. Se ela já sabe o que é, eu nem vou dizer. Então vão para o Marly Sarney.

Marly Sarney é outro hospital onde as parteiras costumam mandar as gestantes de risco, é uma Maternidade-escola de São Luís que recebe muitos acadêmicos em Medicina.

A médica de Joana, Dra. Vera, era na época diretora dessa maternidade. Dona Marina telefonou pra ela:

_Ô doutora, a Joana vai ter o bebê. Mas é placenta prévia. Estamos indo pro Marly Sarney.

_Podem ir, eu encontro vocês lá.

PARTEIRAS DO BRASIL

Chegando no hospital, Joana foi transferida para um leito, porque já estava perdendo sangue. Enquanto Dona Marina rezava, os médicos da unidade pediram que esperasse a chegada da doutora, que tinha ficado de fazer o parto. Dona Marina ligou várias vezes para apressar a médica. Depois de algum tempo, a médica chegou e Dona Marina pediu:

_Por favor, doutora, minha filha vai morrer. Está perdendo muito sangue.

_Dona Marina, não diga isso, eu vou examinar ela.

Passado um tempo, Dra.Vera retornou.

_Dona Marina, a senhora sabe de uma coisa? Eu vou dar uma notícia pra senhora.

_É boa?

_É. O quadro está evoluindo para parto normal.

Dona Marina deu um grito de felicidade.

_Senhor, muito obrigado, pai! Deus é muito bom... Em 45 anos de trabalho eu nunca vi uma placenta subir na hora do parto. Mas a mão do Senhor subiu ela.

_Fique tranqüila Dona Marina. Espere, daqui a pouco a senhora vai poder carregar sua neta.

Algum tempo depois, Joana teve sua filha de parto normal com a médica e as duas ficaram bem.

Essa situação ilustra a importância da parteira reconhecer uma situação de risco e recorrer ao serviço médico com rapidez.

Quando era mais jovem, Dona Marina saía visitando suas *buchudas* de casa em casa periodicamente. Mas hoje, aos 70 anos e com uma fama incorruptível de parteira, ela diz que mal tem tempo de sair de casa, já chega uma mulher querendo ser examinada.

Ela ouve uma batida no portão.

_Bom dia. Dona Marina tá aí? _pergunta uma mulher.

_Ah, Dona Marina saiu, você queria alguma coisa? _responde a própria Dona Marina.

_Queria falar com ela. Que horas ela chega?

_Não sei, mas a senhora podia me adiantar?

_É porque eu acho que eu tô grávida, queria que ela visse minha barriga... Ver se eu tô mesmo grávida porque eu não tô podendo ir no médico.

_Meu bem, você ainda não tá fazendo pré-natal? Não foi fazer o teste?



_Não senhora, vim primeiro aqui, que eu queria falar com Dona Marina, pra saber se eu devia procurar o médico.

_Ah, tudo bem, Dona Marina não está, mas você entra aqui e eu dou uma olhadinha.

_Ah, é a senhora!

E Dona Marina ri sapecamente. A mulher entra na casa, Dona Marina examina sua barriga, verifica a pressão e o estado de saúde geral.

_Maria, tu pode procurar o hospital amanhã, vou te mandar pra fazer os exames.

_Mas Dona Marina, iiiihh, eles não vão me atender amanhã não. Até eles me atenderem, já nasceu meu filho...

_Não. Tu vai na Penha. Espera um pouquinho.

Dona Marina pega o telefone e liga para a Maternidade Comunitária Nossa Senhora da Penha.

_Pronto, tu pode ir lá amanhã. Já liguei e disse pra eles que tá indo uma gestante amanhã, que é pra dar a minha vaga pra você. Leva esse cartão aqui.

Reconhecidas por algumas autoridades do sistema de saúde local, como no caso da citada Maternidade Comunitária, muitas parteiras gozam de seu prestígio nessas organizações e de sua vaga de atendimento preferencial – já que a maioria é de idosas – para conseguir atendimentos para suas *buchudas*.

Como explica Dona Marina: “Essas gestantes que a gente trabalha, fazem pré-natal, é importante. Fazem porque a gente marca a consulta pra elas, leva elas mesmo. Se elas dizem que não tem dinheiro pra passagem de ônibus, a gente dá um jeito, paga a passagem delas. Se ela não fez o pré-natal, ela não sabe como está o sistema da saúde dela, as vezes ela está com pré-eclâmpsia... Eu recebo uma mulher com um problema desse, aí eu vou me embrulhar. Olha, mas eu já ouvi tanta mulher dizer, ora, Fulana de Tal teve dez filhos, doze filhos, nunca fez pré-natal e tá aí vivinha. Às vezes a gente tem que dizer, olha, quando eu tive filho, e eu tive só 16, eu também não fiz pré-natal. Mas as contaminações eram diferentes. Eu tenho que preparar essa mulher, porque se for o caso de eu pegar essa criança, eu tenho que saber como é que está a saúde dela. E assim eu tenho que passar pra minhas companheiras parteiras. E se eu estou lutando com uma mulher que está contaminada pelo vírus da Aids? Aí vai me prejudicar também... Porque através do pré-natal nós

temos descoberto muitas mulheres com Aids. Até nessa rua mesmo tem três. Eu acompanho, e o mais certo é fazer todos os exames de rotina, porque se der alguma coisa, a criança já é tratada na barriga. Então a gestante não vai ter nenhuma complicação e nem a criança. Se a gestante estiver com Aids, vou encaminhar ela para uma cirurgia [cesariana], porque essa criança não pode nascer de parto normal... E as vezes elas dizem que não vão pro hospital, porque no hospital não vão aceitar uma mulher com Aids. Não senhora, tá comigo, eu vou lá e marco a cirurgia, você faz, eu vou te acompanhar. Aí fica tudo muito bom”.

Na PNDS 2006, dentre as 5.041 gestações investigadas, em apenas 1,3% nenhuma consulta de pré-natal foi feita. O maior percentual encontrado na região Norte (3,9%), e o menor no Sudeste (0,2%). No nordeste, foram 2,1% do total. No entanto, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, ainda não é cumprida. Cerca de 82,5% das gestantes brasileiras realizam até três consultas.

Além do acompanhamento no pré-natal e parto, parteiras como Dona Marina orientam as gestantes sobre como cuidar do bebê e a importância da amamentação exclusiva nos primeiros meses de gravidez. Muitas mulheres ainda acreditam que somente o leite do peito é insuficiente para alimentar bem a criança, e querem complementar a nutrição com chás ou sucos, prática não recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Bem informadas, as parteiras são capazes de atuar a favor da amamentação exclusiva, orientando a mãe. “Tem mãe, que é mãe pela primeira vez, da hora que chega do hospital, já quer dar comida, porque o menino tá chorando muito. Não, só o leite. E o leite já tem seu preparo, porque o corpo da mulher faz tudo, já tem a vitamina que a criança precisa”, explica Dona Marina.

Deolinda Evangelista, a administradora geral da Maternidade da Nossa Senhora da Penha, valoriza o trabalho e a presença das parteiras na cidade. Para ela, as parteiras funcionam como agentes de saúde informais do sistema oficial, responsáveis pelo cumprimento do programa de pré-natal e por ações como propagar a importância da amamentação por leite materno. “Elas fazem visitas, encaminham as gestantes, verificam o andamento da gravidez, chamam a atenção da mulher se ela não está se cuidando direito, trazem até o posto de saúde... É um trabalho muito precioso”, afirma. A maioria das gestantes que a Maternidade da



Penha recebe está entre 14 e 21 anos de idade e são de baixa renda. “Elas são muito novas, não estão nem aí pra elas mesmas, muito menos para os seus bebês. E as parteiras fazem esse trabalho de conscientização, de trazer para as consultas, de indicar o planejamento familiar. Como elas são idosas e tem prioridade no atendimento, deixam a vaga delas para as gestantes”, conta Deolinda.

De acordo com ela, há alguns anos atrás, a maternidade recebia parteiras para realização de estágio supervisionado por um médico. Mas como aumentou muito a procura pela maternidade, tanto de gestantes como de parteiras, a equipe administrativa achou melhor cancelar o programa e manter o atendimento só com os médicos. Para algumas parteiras de São Luís, esse foi o aprendizado mais importante. “Mais ainda existe aquela coisa de não dar tempo da ambulância chegar, por exemplo, e a gente fica sabendo que foi a parteira que realizou o parto. Elas são muito respeitadas, a maioria das gestantes das comunidades passa por elas mesmo fazendo todo o acompanhamento e parto no hospital”, afirma.

Em São Luís, em março de 1986, a Secretaria Municipal de Saúde, com verba do Governo Federal, começou a fornecer para as parteiras alguns materiais, como luva, gaze e álcool. Além disso, um salário mínimo (com o devido desconto de impostos), sob a orientação de que as parteiras jamais realizassem partos sem supervisão médica, a não ser no caso de não dar tempo de chegar a uma unidade de saúde.

Neste ano, 2009, o prefeito eleito, João Castelo (PSDB), cancelou o fornecimento de materiais e salário, sob a justificativa de falta de verbas.

Deolinda Evangelista considera o cancelamento do salário um retrocesso. De acordo com ela, as parteiras continuam acompanhando as gestantes com ou sem o dinheiro da prefeitura. “É um absurdo terem cancelado. São quase todas idosas, se doaram para comunidade muito tempo, ainda realizam o trabalho e não são enxergadas. Acho uma ingratidão muito grande”.

Assim, as parteiras continuam atendendo, mas compram os materiais de que necessitam e muitas vezes pagam as passagens de ônibus de suas *buchudas* com o próprio dinheiro. Em sua grande maioria, elas têm baixa renda, são trabalhadoras da roça, pescadoras, quebradoras de coco ou, em alguns casos, auxiliares de enfermagem.

Outro fator que enfraqueceu a organização da Associação de Parteiras de São Luís foi a perda da sede em que se reuniam. As parteiras tinham conseguido um prédio, onde se reuniam e atendiam gestantes. No prédio, havia aparelhos de pressão, camas, panelas, pratos, copos, filtro de água, cadeiras, baldes, ventilador, termômetro. O lugar foi assaltado três vezes e todos esses equipamentos roubados. Restaram apenas cinco bancos grandes, que eram emprestados e hoje estão no quintal de Dona Marina, local onde as parteiras atualmente se reúnem. Além disso, uma mulher, com um bebê nos braços, procurou a Associação, alegando estar doente e recém-parida. Penalizadas, as parteiras autorizaram que ela ficasse no prédio até melhorar sua condição física. Essa mulher nunca mais deixou o local. Como o prédio não estava no nome da Associação de Parteiras – apesar da conta de luz e água estarem – elas não conseguem reaver a posse.

Na antiga sede, as parteiras de São Luís também produziam remédios caseiros, popularmente conhecidos como *garrafada*. Há *garrafadas* para gripe, corrimento e para diminuir o desconforto de mulheres grávidas. Nessas misturas, são utilizadas ervas populares e típicas do Maranhão, como uchurinha, muscado, cebolinha branca, alho, pega pinto, xanana, entre outras, que são raladas, cozidas e misturadas com mel.

Sobre o trabalho voluntário, Dona Marina explica o valor que atender gestantes e ajudar pessoas têm pra ela. “Eu lhe digo o seguinte, eu sempre tive aquela vontade de ser uma pessoa que pudesse ajudar outras, inclusive na parte da saúde. Deus me deu essa oportunidade, né? E vale a pena. Vem aqui uma pessoa fazer um curativo e eu olho, faço a limpeza daquela pessoa, limpo direitinho, passo remédio, cubro. ‘Quanto é, Dona Marina?’ ‘Você achou o que isso vale algum dinheiro?’ ‘Vale’ ‘Vai-simbora!’ Eles já sabem. Eu num cobro nada. Eu vivo bem. Você sabe que eu vivo bem? Porque eu sou pobre, mas eu vivo muito bem”.

Eu pergunto a Dona Marina se ela pensa em um dia parar de atender gestantes e mais, se um dia, a profissão de parteira não vai existir mais. Ela reflete: “Eu me pergunto: eu vou parar porque, além de velha e doente, né? Mas o pessoal num deixa... Eu num sei dizer não. Quando vem aqui e diz, ‘Olha, tem uma mulher aqui com dor de barriga, pra ganhar, pra nascer criança...’ Mas quantas e quantas vezes não vem aqui duas, três, cinco horas da manhã me chamar... Eu vou. Na hora, se eu vejo que dá pra mim eu faço, se não dá eu chamo a ambulância. Eu não sei se um dia



não vai mais haver parteira. Eu sei que enquanto existe o trabalho tem que ser bem feito. Ah, e tem um muito obrigado que vale a pena, sabe. Esses que moram por aqui, eles me chamam Dona Marina, mas do interior me chamam Mãe Marina. E eu tenho tanto filho, neto e bisneto...”

A discussão acerca do ofício de parteira vem crescendo nos últimos anos, englobada por feministas e movimentos ambientalistas. Os movimentos feministas motivam ONGs e organizações pelo direito de parir com parteiras de confiança e pelo reconhecimento da atividade dessas mulheres, bem como a necessidade de regulamentar sua profissão. No caso dos movimentos ambientalistas, a aproximação se dá pela valorização das culturas populares e comunidades e ainda, a agricultura familiar, de que muitas parteiras vivem. Alguns setores ambientais vêem nas parteiras uma representação do uso racional dos recursos, através de sua atividade agricultora, terminando por colaborar com os valores transmitidos quanto à preservação e meio ambiente. Sobre essa aproximação, a antropóloga Soraya Fleischer comenta: “A primeira vez que eu conheci parteiras no Brasil foi justamente em encontros promovidos por ambientalistas. Estes últimos conseguiam chegar até elas porque estavam interessados em conversar com tudo que é tipo de gente que estivesse ameaçado ambientalmente. Percebo que os dois lados têm interesses próprios que os aproximam. As parteiras querem manter seus pedaços de chão onde plantam ervas medicinais, mas também por razões de sobrevivência. Muitas são agricultoras, criam pequenos animais, e, para isso, precisam ter acesso à terra e aos patrimônios naturais. Os ambientalistas, por outro lado, querem manter esses patrimônios intactos (e eventual e cuidadosamente utilizados) e precisam angariar legitimidade nessa defesa”, explica.

A diversidade de vozes e de realidades que dependem da terra têm sido dois argumentos estrategicamente utilizados pelos ambientalistas para conseguir legalidade pública e política. Nesse contexto, grupos indígenas, pequenos agricultores, artesãos, trabalhadores sem terra e terapeutas populares, como as parteiras, têm sido convidados ao debate ambiental. “Quer dizer, as parteiras sabem muito bem dos interesses dos movimentos ambientalistas e entram nessa conversa com agendas próprias que têm chance de serem também alçadas a uma visibilidade muito maior. Os dois lados parecem se beneficiar nessa aproximação e parceria respeitosa”, comenta Fleischer.

Paula Viana, da Curumim, percebe um crescimento das informações sobre parteiras na mídia nacional. “De uns dez anos pra cá eu sinto que houve um aumento no interesse sobre o assunto, não só nos veículos oficiais, mas também na mídia comercial. Existe também um interesse acadêmico, com a produção de informações mais consistentes nesse campo. Mas o impacto no cotidiano das parteiras é mínimo. As pessoas agora sabem que as parteiras não sumiram do mapa, mas isso não trouxe maior reconhecimento pra elas. Elas continuam trabalhando de graça, sem apoio, resolvendo sozinhas os problemas que encontram”, destaca.

Essa luta constante chamou a atenção também de parlamentares, na criação de um Projeto de Lei (PL) na Câmara dos Deputados, que regulamenta a profissão de parteira. O PL 7.531/06, de autoria do deputado Henrique Afonso (PT-AC), tramita apensado (em conjunto) ao 2.145/07, atualmente assinado pela deputada Janete Capibaribe (PSB-AP). O projeto exige que a parteira acompanhe um parto sob a supervisão de um médico ou enfermeiro quando realizado em unidade de saúde e, fora da unidade de saúde, sob supervisão sempre que for possível. Assim, fica entendido que a parteira não poderá transpor a autoridade médica e enfermeira. A parteira tradicional deve ainda encaminhar a gestante de risco para o atendimento médico. O exercício da profissão está condicionado a:

- conclusão com aproveitamento de curso de qualificação para parteiras ministrado pelo Ministério da Saúde ou secretarias estaduais;
- atestado fornecido por entidade de classe da categoria, comprovando que a parteira já exercia as atribuições antes da publicação da lei;
- residir na comunidade onde atua.

No caso da ausência de certificação da entidade de classe, a comprovação do exercício anterior à lei poderá ser feita pela declaração de duas parteiras “idôneas”.

O projeto prevê o vínculo direto das parteiras ao Sistema Único de Saúde (SUS), que fornecerá às parteiras tradicionais todos os equipamentos, instrumentos cirúrgicos e os materiais de consumo necessários à adequada prestação dos serviços. A remuneração prevista é de um salário mínimo.

Ao limitar o direito à profissão mediante comprovação de exercício anterior, o projeto reconhece as parteiras em atuação, mas não incentiva novas mulheres a se tornarem parteiras.



O texto do projeto de lei também utiliza a estimativa de que existam mais de 60 mil parteiras em atuação no Brasil, sendo que 45 mil atuariam nas regiões Norte e Nordeste, mas não cita a fonte. Ainda de acordo com o texto, segundo estimativa da Rede Nacional de Parteiras, no estado da Bahia, existem entre 7 mil e 8 mil parteiras. No Pará, 6 mil, no Tocantins, em Mato Grosso e em Minas Gerais, mais de 5 mil.

Este projeto, apesar de apresentar uma grande evolução sobre o tema, afinal, reconhece-se oficialmente uma profissão milenar apenas nos anos 2000, não foi visto com bons olhos por muitas parteiras e ONGs. Paula Viana explica que o projeto foi vendido por algumas organizações como se fosse uma ótima proposta para as parteiras, através do oferecimento do salário, mesmo sem especificar como seria feito esse pagamento. “O projeto não foi explicado para as parteiras, não foi discutido com elas. Apenas foi vendido como vantagem porque elas ganhariam um salário. Além disso, condiciona as parteiras ao atendimento da enfermeira e do médico, sem considerar as realidades regionais. Ou seja, tem lugar que existe um médico para atender uma população de 25 mil habitantes num raio de quilômetros e quilômetros de povoados”, explica.

No dia 26 de agosto de 2009, várias parteiras de todo Brasil – inclusive Dona Marina – e organizações ligadas a elas, além de segmentos feministas, como o CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria) e corporações médicas, como a Febrasgo reuniram-se publicamente em Brasília, com a deputada Janete Capibaribe.

Nessa reunião, as organizações colocaram-se contra ou a favor do projeto, ou mais amplamente, contra ou a favor da regularização da profissão de parteira. “Nessa audiência ficou muito claro quem é contra e quem é a favor. A Febrasgo, por exemplo, e outros setores médicos, mesmo os ligados ao Ministério da Saúde, manifestaram-se totalmente contra as parteiras”, relata Paula Viana. Alguns setores, notadamente os ligados à Medicina, manifestaram-se contra a regularização por acreditar que é preciso, ao invés de capacitar e reconhecer parteiras, fornecer estruturas de saúde em todos os locais do Brasil.

Lena Peres, coordenadora técnica da área de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em discurso durante a audiência, explica que a intenção da regularização não é atrasar a criação de estruturas de saúde, mas fornecer atendimento enquanto elas não existem. Ela deixa clara a importância da formação de alianças entre as estruturas oficiais e os

terapeutas populares: “Nós temos um caminho do meio a trilhar até o ideal que é a atenção qualificada. Nosso caminho do meio é esse. Apoiar os municípios e os estados que querem qualificar as suas profissionais inserindo-as no contexto local da rede de saúde. Essa parteira tem sim que ser reconhecida pelo sistema de saúde local até para ela ter insumos. No momento em que ela vai fazer o parto em casa tenha condições de pegar uma luva, pegar uma gaze, que essa criança seja registrada, a criança vá ao posto de saúde para se vacinar. Esta ligação entre o sistema formal e informal é muito importante. O que é bom é que o parto seja bem feito, que o parto seja feito de forma segura. É isto que a gente defende no Ministério da Saúde. E o local do parto tem que ser escolhido pelos parceiros na área de saúde, mas, principalmente, pela mulher”.

No final da audiência, decidiu-se pela reforma do projeto. Foi organizado um grupo de trabalho formado pela ONG Curumim, professoras da Universidade de Brasília (UnB), o CFMEA, parteiras e outras instituições para discutir a reforma do projeto. “A idéia é criar mecanismos condizentes com o contexto regional das parteiras. E o apoio financeiro ao seu trabalho poderia vir através de convênios estabelecidos com os municípios, com o SUS, para pagamento por parto e fornecimento de materiais”, explica Paula.

É possível compreender a resistência dos segmentos médicos quanto à regularização da profissão de parteira, afinal, atualmente, mesmo as enfermeiras com especialização em obstetrícia, respaldadas pela lei para realizarem partos normais, entram em conflito com a classe médica no momento de disporem desse direito, como por exemplo, ocorre com as polêmicas casas de parto, assunto abordado mais adiante. Existe uma intensa briga de categorias no Brasil, embora a qualidade do atendimento obstétrico esteja longe de ser considerada ótima.



4. País das contradições

Antigamente uma mulher tinha dez ou doze filhos, quando morria um virava anjo. Hoje um filho morre e vira processo,
ANNA CLÁUDIA GILBERTONI

Luzia Pereira da Silva, uma menina-mulher de 14 anos de idade que brincava com uma boneca quando entrei em sua casa, está grávida de nove meses. Com a barriga bem grande, ela procurou logo a parteira da cidade mais próxima, que atende no posto de saúde, pela Prefeitura. Eu pergunto por que ela prefere ter o bebê com a parteira do que no hospital mais próximo (há quase duas horas de distância).

_Não tem problema ter com ela, todo mundo aqui conhece, tem com ela.

_Mas você preferia ter com ela ou no hospital?

_Eu preferia ter no hospital, mas é muito longe, difícil de atenderem, né. E aqui é bom também.

_Por que você preferia ter no hospital?

_Porque uma vez uma prima minha morreu no parto, com a criança dentro.

_Por que ela morreu?

_Não cuidaram. Morreu de parto.

A razão da mortalidade materna é o número de mulheres que morreram durante a gravidez, parto e pós-parto (período de 42 dias após o parto) para cada cem mil crianças nascidas vivas. Excluem-se as mães que morreram em acidentes que não tem relação com a gravidez. De acordo com o relatório Saúde Brasil 2007, com dados de 2005, do Ministério da Saúde, a razão nacional é de 53 mulheres mortas para cada cem mil crianças nascidas vivas, enquanto o número recomendado pela Or-



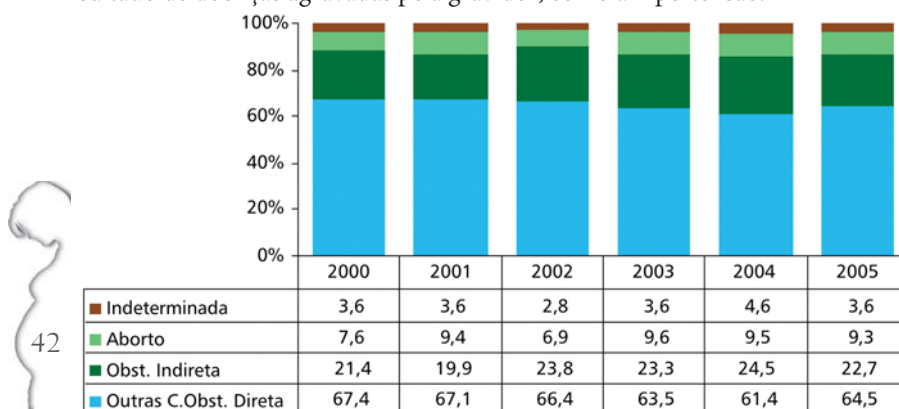
ganização Mundial da Saúde está entre 6 e 20. Foram 63,8 óbitos por cem mil nascidos vivos no Nordeste e 44,4 no Sudeste, evidenciando as diferenças regionais. De acordo com o relatório Situação Mundial da Infância 2009, a mortalidade materna relatada no Brasil (disponibilizada oficialmente pelo país), no ano de 2005, é de 53, mas a “ajustada” é de 110. A razão ajustada corresponde à periódica avaliação e ajuste dos dados disponibilizados pelos países, pela UNICEF, OMS, UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas) e Banco Mundial.

Na Austrália, por exemplo, são cinco óbitos maternos a cada cem mil nascidos vivos. No Japão o valor é três, assim como na Itália.

O relatório Saúde Brasil 2007 informa ainda que no Brasil, o risco de morte materna ao longo da vida de uma mulher é um em 370. Nos EUA, o risco é de um em 4.800. Na Suíça, ocorre uma morte entre 13.800 mulheres. Na Irlanda, é uma morte a cada 48 mil. A mortalidade materna está ligada ainda a ocorrência de abortos, espontâneos e provocados.

Ter um filho em terras brasileiras ainda é perigoso para mulher. No Brasil do século XXI, assim como em países em desenvolvimento, ainda se morre de parto.

Tabela 1. Evolução da distribuição percentual de óbitos maternos no Brasil entre 2000 e 2005. Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, em virtude de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas, como pré-eclampsia e hemorragia. A indireta é resultado de doenças agravadas pela gravidez, como a hipertensão.



Fonte: SVS/MS.

PAÍS DAS CONTRADIÇÕES

Quanto à mortalidade infantil (crianças que morrem antes de completar um ano de vida), a taxa nacional é de 21,2 mortes a cada cem mil nascidos vivos. Nos EUA, são sete mortes a cada cem mil nascidos vivos. Na Irlanda, são quatro. Quando os dados são analisados por regiões nacionais, podemos notar as disparidades. A taxa de mortalidade infantil no Nordeste, a maior do país, é de 31,6 mortos antes de um ano e a do Sul, a menor taxa, de 13,8.

Em 2005, quase 60% dos óbitos de menores de 1 ano ocorreram por causas evitáveis. Dessas, 72,9% estão dentro das causas evitáveis e reduzíveis por adequada atenção a mulher na gestação e parto e ao recém-nascido. Embora ainda seja alta, a mortalidade infantil mostra tendência de queda. Em 1990 a taxa era de 47,1 em 2005, está em 21,2.

Por conta da subnotificação dos dados, apenas os estados da região Sul, Espírito Santo, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal tem as taxas calculadas através dos dados diretos. Para os demais estados, a taxa é estimada. Calcula-se ainda que a mortalidade materna é maior do que aparece nas estatísticas, já que o falecimento de mulheres grávidas muitas vezes não é registrado como morte materna.



Nos últimos dez anos, a mortalidade materna no Brasil oscila, mas não muda.

Diante dessas estatísticas, é possível perguntar: qual é a forma mais segura de dar à luz a um filho? Naturalmente, nos centros urbanos, imagina-se que o parto pode ser mais seguro em um hospital de alta complexidade, com todos os recursos tecnológicos disponíveis aplicados, um obstetra experiente em partos de risco e todo o processo controlado minuciosamente pela equipe (que também conta com um médico pediatra), onde devemos cooperar, concordando com todos os procedimentos, para o bom andamento do parto. Estudos recentes contestam: nem sempre essa é a forma mais segura de parir.

Um período especial de interação entre mulher e bebê, toda gravidez completa aguarda o momento do parto, que marca a transição da mulher para mãe, a separação eterna de dois corpos que eram um, o início da vida fora do útero.

Esse parto pode ser uma experiência, para a mãe, que se gosta de recordar, ou pode ser encarado como um acidente pelo qual é necessário passar para carregar o filho nos braços. Pode ainda ser considerado o momento mais marcante de sua vida.

Ao longo da história, a gestação e o parto eram um “assunto de mulher”. As mulheres pariam entre elas, em casa, sobre suas próprias camas ou móveis, com outras mulheres de sua confiança que tinham mais experiência. A mulher era a principal agente de seu parto. A participação masculina era muito pequena ou quase nula, quando os médicos, ou cirurgiões-barbeiros, eram chamados para resolver os casos mais difíceis, como realizar cesárea em uma mãe morta para se tentar salvar o bebê. A condição de reprodutora da mulher muitas vezes media sua competência enquanto ser humano (BRENES, 1991).

Mais adiante, no século XX, com a consolidação e evolução da Medicina, o parto foi sendo considerado um evento médico e também o corpo da mulher um objeto a ser estudado. Surgiram as escolas de Medicina, Enfermagem e os Cursos de partos, que formavam obstetrias. Dois modelos tomaram forma: o europeu, onde a formação da obstetria é direta, ou seja, ingressa-se em uma única graduação voltada para o ensino da Obstetrícia, e o modelo americano, de via indireta, que estabelece o estudo da enfermagem geral e posteriormente, a especialização em Obstetrícia. Nesse processo, muitas parteiras tradicionais foram absorvidas pelo sistema, especializando-se. O modelo que prevaleceu no Brasil foi o americano, embora até a década de 70 ainda existissem

cursos de formação direta. Até hoje existe rivalidade entre médicos obstetras e enfermeiras obstetras⁵, sobre quem detêm as competências para o acompanhamento do parto. (TSUNECHIRO, 1988).

Pela lei brasileira, ambos estão capacitados. À enfermeira obstetra compete o atendimento do parto de baixo risco, do parto natural (sem anestesia) e ainda, o auxílio ao obstetra nos partos de risco, onde a realização da cesariana é necessária. Apesar disso, no Brasil, existe uma discussão ampla entre categorias sobre a autonomia da enfermeira obstetra durante o parto, e a própria Febrasgo discorda que essa profissional possa acompanhar o parto sem a presença de um médico. Mesmo assim, é possível realizar o parto assistido somente por enfermeiras obstetras em Casas de Parto – legalizadas pelo Ministério da Saúde – em raros hospitais ou até mesmo em casa. Esse assunto será melhor abordado no último capítulo.

O avanço da medicina obstétrica proporcionou e proporciona inúmeros ganhos ante a possibilidade real de morte da mulher e da criança durante o parto, ou de ambos sofrerem lesões permanentes. Foram criados importantes instrumentos de monitoramento fetal, exames que prevêm doenças e complicações, analgesia, além de técnicas como a cesárea e o fórceps, que podem ser necessárias em situações de risco.

Apesar do avanço, modificou-se a visão sobre o parto. Antes visto como um evento fisiológico e natural, quase instintivo, o parto (de risco ou não) passou a ser visto como patológico, de caráter médico, que exige cuidado e atenção constante desse profissional, ou ainda, que depende essencialmente desse profissional para o sucesso.

Algumas pesquisas (BRENES, 1991; REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002) atestam inclusive que essa visão foi propagada pelo pensamento médico em favor da profissão e, sobretudo, para que no início do estabelecimento da Obstetrícia como um ramo da medicina houvesse treinamento para os estudantes. Era preciso que a população prescindisse do médico. O que era íntimo, privado, passou a ser público e depender de outros atores sociais. Passou-se a colocar em dúvida a competência das parteiras, incentivar a hospitalização e se concentrar no útero grávido, dando pouca importância à experiência e emoção pessoal das mulheres.

⁵ Opta-se por usar a flexão feminina, porque as mulheres são a grande maioria das profissionais, mas também existem enfermeiros obstetras.

Com a medicina consolidada e os significativos avanços tecnológicos, consolidou-se também o processo de medicalização do parto. Em prol da redução da mortalidade materna e neonatal, o parto sofreu cada vez mais intervenções, comuns ao dia-a-dia dos prestadores de serviço (médicos, enfermeiros) e acabou por tornar-se um processo impessoal, praticamente visto como um obstáculo que se precisa ultrapassar para poder carregar o bebê nos braços. Assim, a autoridade médica sobre o corpo feminino tornou-se incontestável, cabendo ao obstetra todo o controle do parto.

Nesse modelo de atendimento, as mulheres foram pouco a pouco sendo consideradas seres passivos, sem direitos sobre o próprio parto, nas mãos dos profissionais do hospital que detêm o conhecimento. Essa posição apoiou-se na crença de que a mulher desconhece os processos de seu próprio corpo e necessita da ciência, representada pela equipe de médicos e enfermeiros (DINIZ, 2005). Esqueceu-se que o parto é um processo fisiológico, que o corpo feminino está apto para dar à luz sem interferências – exceto, é claro, os casos de gravidez de alto risco, onde as intervenções do profissional obstetra são fundamentais.

Vale ressaltar que a posição das mulheres frente ao processo de medicalização nem sempre foi exatamente de vítima. Muitas mulheres, principalmente das classes mais altas, não aceitavam mais sentir as dores do parto, nem enfrentar riscos, e mais além: ter o parto no hospital simbolizava certo prestígio (SEIBERT *et al.*, 2005).

Hoje é que esse processo evoluiu de tal forma que técnicas de intervenção, criadas para situações de risco, estão sendo usadas como procedimentos de rotina, como se todos os partos fossem um acontecimento perigoso. Essas técnicas baseiam-se em instrumentos tecnológicos ou protocolos padrão que nem sempre realmente são benéficos para mulher e bebê. Muitos desses procedimentos inclusive têm sido contestados pelas últimas pesquisas científicas e desaconselhados pela OMS e Ministério da Saúde.

Como num paradoxo, essa excessiva intervenção criada com o intuito de dar segurança ao parto, é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005).

Infelizmente, no Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto ainda permanece um desafio, seja por falta de estrutura adequada, cobertura, ou mesmo falhas no atendimento da gestante. O sistema de saúde obs-

tétrico precisa se desenvolver. Às vezes, a assistência é tão precária – nesse caso principalmente nos grandes centros urbanos – que muitas gestantes contentam-se com uma vaga no hospital para poder parir, depois de uma verdadeira peregrinação para serem atendidas, o que pode ser muito prejudicial. Para garantirem o atendimento, essas gestantes suportam negligências, não-acolhimento e a falta de informação sobre o processo que estão vivenciando, como quando uma intervenção necessária é realizada – seja ela uma operação cesariana ou a colocação de um aparelho para monitoramento fetal – e a mãe, “objeto” do procedimento em questão, nem sequer é sabe o que está acontecendo.

Quadro 1. Algumas intervenções no parto normal muitas vezes praticadas rotineiramente pelo médico (obstetra e neonatologista) e equipe hospitalar.

PROCEDIMENTO	INDICAÇÃO	PORQUE DEVERIA SER ABOLIDO
Tricotomia (raspagem total dos pelos pubianos).	Acredita-se que há uma melhor higiene no parto.	Pode inflamar o local e é comprovadamente desnecessário.
Enema (lavagem intestinal).	Diz-se que pode acelerar o trabalho de parto e que as fezes poderiam contaminar o bebê.	É muito incomodo e a maioria dos estudos desmente vantagens.
Uso rotineiro do hormônio ocitocina (intra-venoso).	Administrado, acelera as contrações e o trabalho de parto.	Quando não há sofrimento fetal, o tempo do parto deve ser respeitado. As dores ficam muito piores com o uso do hormônio.
Posição ginecológica (a mulher deitada com as pernas para o alto).	Facilita o trabalho e a visão do médico.	É a pior posição para o conforto e para fazer força para a mulher; faz o parto ficar mais lento.
Uso rotineiro de episiotomia (corte de cerca de 15 pontos do músculo perineal entre a vagina e o ânus).	Alega-se que a episiotomia é necessária porque a mãe “não tem passagem” ou para não “afrouxar” a vagina com a passagem do bebê.	Aumenta a chance de inflamações, hemorragia e infecções, além da possibilidade da cicatriz ficar dolorida e causar problemas como a incontinência urinária.



A VIDA PEDE PASSAGEM

PROCEDIMENTO	INDICAÇÃO	PORQUE DEVERIA SER ABOLIDO
Jejum de comida e líquidos.	Alega-se que na necessidade de cesárea, o alimento pode ser aspirado.	O jejum provoca fraqueza, que pode causar problemas na hora do parto.
Negar a presença de um acompanhante.	Alega-se que o acompanhante pode atrapalhar na sala de parto.	O acompanhante conforta e relaxa a mulher, além disso, tem direito de participar do processo.
Separação rotineira de mãe e bebê logo após o parto.	Para que o bebê seja imediatamente pesado, medido, lavado, examinado.	O pós-parto é um momento de vínculo importante, a pele da mãe pode aquecer o bebê, a amamentação precoce favorece a saída da placenta.
Uso rotineiro da manobra de Kristeler (uma pessoa empurra a barriga da mãe com força para baixo).	A manobra ainda é feita no intuito de ajudar a descida do bebê.	É incomodo para mãe e bebê e favorece complicações maternas e fetais graves (como descolamento da placenta).

Fonte: Rehuna/Amigas do parto.

Alguns desses procedimentos – como a tricotomia, enema, jejum – estão presentes no protocolo da maioria dos hospitais e por isso são realizados em todas as mães, para todos os partos, mesmo sendo desnecessários e incômodos. Outros, como a episiotomia, extremamente agressiva para o corpo da mulher, dependem da visão do médico e equipe. Esse procedimento é indicado pela OMS como necessário em apenas 20% dos casos e seu uso de rotina, além de desnecessário, não leva em conta possíveis conseqüências citadas acima. No Brasil, de acordo com a PNDS 2006, a episiotomia é realizada em 70% dos partos. A presença do acompanhante na sala de parto, apesar de ter se tornado lei, é rara. Apenas 16% das brasileiras exerce esse direito, sendo menos de 10% no SUS, comparado a 35% no sistema privado. A Lei nº 11.108/05, que torna direito da mãe a presença de um acompanhante de sua escolha durante o parto (marido, amiga, mãe, doula)



é muitas vezes criticada por médicos. “Eu particularmente sou contra, porque quanto mais gente dentro da sala de parto, maior é o risco de contaminação. Eu já tive pai que desmaiou na sala de parto, pai que vomitou. Então eu tenho que largar a mãe pra socorrer esse pai? Esses pais não queriam atrapalhar, mas é que eles não estavam preparados pra aquilo. Durante o parto a mulher pode defecar, urinar, chorar, as pessoas não estão preparadas pra encarar isso. O parto é um processo, não é uma festa, um show. A mãe está ali de perna aberta, gritando, é uma situação complicada”, argumenta Anna Cláudia Gilbertoni, ginecologista obstetra que atende no interior de São Paulo. Para ela, muitas vezes a própria mãe não sente necessidade do contato imediato com o bebê: “A mulher sente muita dor no parto. Acabou o parto, ela está descabelada, esgotada, cansada por ter feito muita força. Ela não quer nem ver a criança, quer tomar um banho e dormir”, afirma. Anna Cláudia teve seu filho através de uma cesariana depois do diagnóstico de placenta envelhecida.

O alívio da dor durante o trabalho de parto através de métodos não invasivos e não farmacológicos, como massagens e técnicas de relaxamento, ou mesmo a analgesia por sedação, foram utilizados em apenas 28% dos partos analisados pela PNDS.

No bebê, alguns procedimentos também são considerados desnecessários, como a aplicação de nitrato de prata nos olhos logo após o nascimento. Além de ser incômodo e nublar a visão do bebê por algum tempo, o nitrato de prata pode causar conjuntivite. Essa medida tornou-se protocolo nos hospitais há mais de cinco décadas, como uma medida preventiva para que bebês filhos de mães com gonorréia não ficassem cegos. Mas hoje é possível prever através de exames do pré-natal se a mãe está com doenças venéreas, eliminando totalmente a necessidade desse procedimento em bebês filhos de mães saudáveis.

Outra medida considerada violenta ao recém-nascido é a aplicação da vitamina K intra-muscular, que causa dor e incômodo, quando a vitamina pode ser administrada por via oral.

Também alguns procedimentos comuns ao protocolo do hospital são muitas vezes criticados por serem considerados agressivos, como pesar, medir e examinar o bebê sem secar o seu corpo, exposto ao ar condicionado da sala depois de sair de uma temperatura intra corporal de 36 graus e a luz excessiva sobre os seus olhos.



O quadro abaixo contém recomendações elaboradas pela OMS, com base nas últimas evidências científicas, e mostra como as intervenções de rotina são desnecessárias ou prejudiciais. Aqui, pode-se observar também a indicação de práticas humanizadas.

Quadro 2. Recomendações elaboradas pela OMS, com base nas últimas evidências científicas. O quadro mostra ainda como as intervenções de rotina são desnecessárias ou prejudiciais. Aqui, pode-se observar também a indicação de práticas humanizadas.

<p>a) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família.2. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.9. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.10. Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.12. Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
--



<p>16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS.</p> <p>18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.</p> <p>19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão.</p> <p>20. Prevenir hipotermia do bebê.</p> <p>21. Realizar precocemente contato pele a pele entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.</p> <p>22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.</p>
<p>b) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas</p> <p>1. Uso rotineiro de enema.</p> <p>2. Uso rotineiro de tricotomia.</p> <p>3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.</p> <p>4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.</p> <p>5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.</p> <p>6. Exame retal.</p> <p>7. Uso de pelvimetria radiográfica.</p> <p>8. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.</p> <p>9. Uso rotineiro da posição de litotomia (posição ginecológica) com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo.</p> <p>11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.</p> <p>12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.</p> <p>13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação.</p> <p>14. Lavagem rotineira do útero depois do parto.</p> <p>15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.</p>
<p>c) Condutas usadas sem evidências de benefícios, que deveriam ser usadas com precaução, até que estudos comprovem eficácia</p> <p>1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.</p> <p>2. Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa) durante o início do trabalho de parto.</p>



<ol style="list-style-type: none">3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.6. Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.7. Clampeamento (impedir a circulação) precoce do cordão umbilical.8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.
<p>d) Condutas freqüentemente utilizadas de modo inadequado</p> <ol style="list-style-type: none">1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.2. Controle da dor por agentes sistêmicos.3. Controle da dor através de analgesia peridural.4. Monitoramento eletrônico fetal .5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto.6. Exames vaginais freqüentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços.7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.9. Cateterização da bexiga.10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.12. Parto operatório (cesariana).13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.14. Exploração manual do útero depois do parto.

Fonte: WHO, Appropriate Technology for Birth, The Lancet, 2, 436-7, 1985.ý.



A polêmica cesariana

A cesariana é uma cirurgia na qual o médico faz uma incisão no abdome da mulher, até chegar ao útero, para poder retirar o bebê, quando o parto vaginal não é seguro ou possível. Essa operação demonstrou um grande avanço da medicina nos casos em que mãe ou bebê correm riscos, evitando muitas mortes.

No Brasil, de acordo com o relatório PNDS 2006, no total, 44% dos partos foram cirúrgicos, sendo esta taxa maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%). Além disso, o número de cesarianas em mulheres com 12 ou mais anos de estudo foi de 83% e nos no sistema privado foi de 81%. Ou seja, índices extremamente elevados, se considerarmos que o recomendado pela OMS é um índice de 15%. No SUS, o número é de 30%. Esse dado desmente a necessidade da operação em todos os casos em que ela foi realizada, já que, presumivelmente, mulheres de baixa renda e com menos acesso à saúde estariam mais propensas a precisarem do procedimento. Os números mostram que a cesariana é mais popular entre as gestantes com melhores condições sociais.

Esse índice elevado demonstra, à parte o grande benefício promovido pelas cesarianas durante uma gestação de risco, uma banalização do procedimento. A taxa de cesariana do Brasil é a segunda maior do mundo, perdendo apenas para o Chile, que possui uma taxa de 45%. Nos EUA, um país que também excede o número de cirurgias, a taxa estimada é de 26% e na maioria dos países europeus, a taxa está abaixo de 15%. Relatório elaborado em 2002 pela Febrasgo sobre indicações para cesarianas preconiza que esse procedimento é cirúrgico e, como tal, apresenta seus riscos maternos e fetais. A decisão pelo nascimento através da operação deve ser tomada quando os riscos sejam suplantados pelos benefícios. De acordo com o relatório, a cesárea pode, embora não obrigatoriamente ser indicada nos seguintes casos:

- mãe com diabetes;
- mãe idosa;
- mãe adolescente;
- mãe hipertensiva;
- mãe obesa;
- placenta envelhecida (quando a placenta envelhece precocemente e não nutre o bebê adequadamente);



- placenta prévia;
- presença de vírus do HIV (pode contaminar o bebê no parto normal);
- presença de herpes genital ativo (pode contaminar o bebê no parto normal);
- posição transversal do feto;
- gestação sem trabalho de parto (bebê de 42 semanas sem trabalho de parto);
- bebê com peso superior a quatro quilos e meio;
- cesariana anterior (existe um risco de ruptura do útero na altura da cicatriz da primeira cesariana).

Podem existir ainda outros casos em que a indicação de cesariana seja necessária.

Porém, se a cesariana é realizada em uma mãe saudável, com um bebê normal e probabilidade de parto vaginal com sucesso, pode elevar os riscos de morbi-mortalidade materna e perinatal. Estudos apontados pelo Ministério da Saúde no Manual de Urgências e Emergências Maternas, publicado em 2000, têm demonstrado que o risco associado à cesariana é sete vezes maior para a mãe e três vezes maior para o bebê.

A realização do parto normal após cesariana prévia é um dos pontos mais polêmicos entre especialistas. Alguns médicos consideram esse procedimento completamente possível, outros preferem não arriscar o rompimento do útero durante o trabalho de parto, mesmo que esse risco seja pequeno. O relatório da Febrasgo diz que pacientes que possuem uma cesariana prévia, quando em trabalho de parto natural, apresentam risco cerca de duas vezes maior de ruptura uterina quando comparadas a pacientes que são submetidas à nova cesariana. Porém, a realização da cesariana repetidamente está associada à maior morbidade materna, necessidade de transfusão e histerectomia (retirada do útero). Assim, a decisão por parto normal em uma paciente com cesariana prévia pode ser adequada, sendo a paciente informada dos riscos.

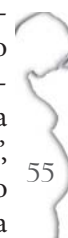
Muitas vezes, por conta da agenda do médico ou da própria paciente, a data da cesárea é marcada antes que a gestação complete 40 semanas (uma gestação pode ter no máximo 42 semanas), o que pode ocasionar complicações para o bebê. Ainda de acordo com o relatório, uma das principais causas de morbi-mortalidade perinatal é a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, comum em bebês que nasce-

ram de cesariana antes de 40 semanas. Fetos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados a fetos de 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem suporte ventilatório. Assim, o nascimento antes de 39 semanas deve ser realizado somente por fortes razões médicas. Um erro de cálculo na idade gestacional, nesses casos, também aumenta a probabilidade do bebê nascer prematuro, muito mais suscetível a complicações e afecções perinatais.

É comum a gestante desejar intensamente o parto normal, mas ser estimulada pelo médico a se submeter a uma cesariana. É isso que sugere a pesquisa “Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto”, realizada na Unicamp em 2004 (FAUNDES *et al.*, 2004). A pesquisa coletou entrevistas de 1.312 mulheres e 147 médicos de hospitais de São Paulo e Pernambuco e a análise dos resultados demonstrou uma grande diferença entre a opinião dos médicos e a opinião das gestantes sobre o tipo de parto. A grande maioria das mulheres declarou preferir o parto vaginal à cesárea. Essa preferência foi significativamente maior entre as entrevistadas que já haviam experimentado as duas formas de parto (cerca de 90%), comparadas às que haviam tido só cesáreas (entre 72,8% e 77,8% preferiam parto normal). Entre 81 e 85% dos médicos consideraram que as mulheres solicitam cesarianas porque têm medo do parto vaginal. Comparados os dados, podemos perceber que as mulheres em início de gravidez gostariam de ter um parto normal.

É claro que existem mulheres que preferem a cirurgia cesariana por medo da dor, por não quererem fazer força na hora de ter o bebê, por insegurança ou pelo medo da lendária suposição de que o parto normal “alargaria” a vagina. Todos esses casos devem ser discutidos com o médico, e a mulher deve estar ciente de todos os riscos.

Sobre o suposto alargamento da vagina, a ginecologista obstetra Thaísa Bortoletto, responsável pelo pré-natal de alto risco do SUS em Santa Bárbara d’Oeste, interior de São Paulo, afirma que a própria gestação tende a causar fragilidade no músculo perineal, independente do parto. “O fato da mulher ter entrado em trabalho de parto, com contrações e dilatação, também já pode propiciar uma fragilidade maior da musculatura e não faz mais diferença se vai ser parto vaginal ou cesáreo”, afirma. De acordo com a médica, os “sintomas” de possível alargamento da vagina, como incontinência urinária ou distopia genital, conhecida



como *bexiga caída*, só podem ser sentidos depois de anos de menopausa, que por conta da variação hormonal deixa a musculatura e epitélio vaginal mais frágil. “Mas há outros fatores que tem também a ver com a qualidade de vida. Por exemplo, uma mulher que não tenha tido filhos, está na pós-menopausa e é tabagista, tem tosse crônica, pode ter a distensão. E uma mulher pode tornar a musculatura perineal mais resistente através de exercícios, veja o que acontece com as índias, por exemplo, que tem múltiplas gravidezes, múltiplos partos e não sofrem de distopia, porque usam mais aposição de cócoras em suas atividades diárias. O que existe em estudos mais recentes, de 2000 pra cá, é que depois de três gravidezes, a cesariana deixa de ser protetora para distopia genital. Então depois de três gravidezes não faz diferença se foi parto normal ou cesáreo na pós-menopausa”, explica.

Entre os riscos que podem ser associados a uma cesariana desnecessária estão o enfraquecimento dos músculos na região da cicatriz, infecção hospitalar, sangramento, maior probabilidade de desenvolver depressão pós-parto, maior demora para “descer” o leite da amamentação, tempo de recuperação mais lento, e outras complicações cirúrgicas raras, como o rompimento de um coágulo sanguíneo dentro da circulação (embolia) ou quadro alérgico após anestesia.

Diante disso, a cirurgia cesariana é uma importante técnica de obstetrícia em partos que oferecem risco, mas sua prática indiscriminada pode também oferecer riscos.

Entre os fatores que colaboram para o alto número de cesáreas no país está o tempo. A cirurgia pode ser adequada à agenda do médico, ao contrário do parto normal, que não tem hora para acontecer e pode começar depois de um trabalho de parto de 24 horas, por exemplo (embora a fase ativa, que necessita de vigilância, seja menor). Mesmo que o valor pago pela cesariana e pelo parto normal seja o mesmo, no caso da primeira, o médico ganha no tempo, que pode estar no seu consultório. Assim, é comum encontrar médicos que fazem cesarianas apenas em um dia da semana, ou apenas de manhã, para poder deixar horários disponíveis para o consultório.

A médica Thaísa Bortoleto diz que é comum encontrar colegas de trabalho que só fazem cesarianas por esses motivos. “No caso do convênio, se mãe insiste em ter parto normal, alguns propõe um acordo: todo o pré-natal e consultas pode ser feito através do convênio médico,

mas o parto é pago separadamente. Assim fica tudo claro e se a paciente pode pagar, ótimo. Se não pode, ela já sabe as regras do jogo e pode mudar de médico, ou aceitar ser atendida pelo plantonista. O que não dá é o médico tentar convencer a mãe de que a cirurgia é a melhor opção, mesmo que esteja tudo bem. Porque existe isso, por exemplo, o obstetra alegar que o bebê está com o cordão enrolado no pescoço e dizer para a mãe que isso é perigoso. É claro que a mãe vai topa a cirurgia, quando na verdade a circular de cordão não quer dizer nada, quantos bebês eu já não vi nascer com circular dupla de cordão e tudo bem?”, argumenta.

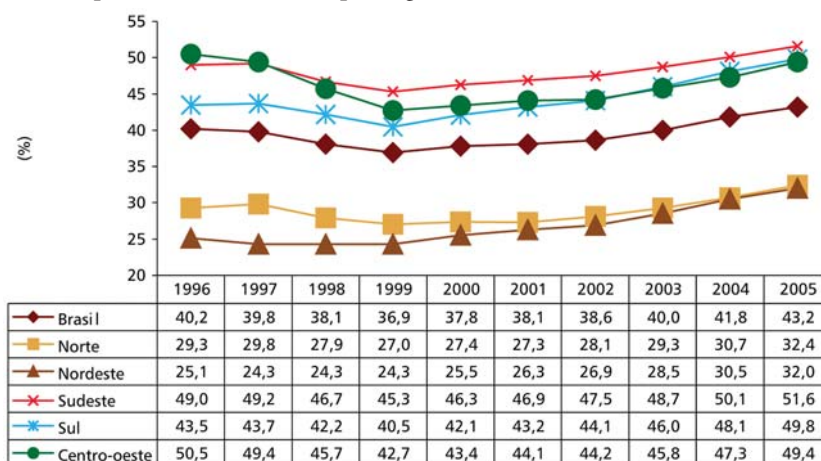
Não é apenas o dinheiro ou o tempo um grande atrativo para os médicos realizarem mais cesarianas. Quando fazem a operação, os médicos detêm todo controle do processo, e em geral, ficam mais seguros. “Hoje em dia o médico indica a cesariana muitas vezes pela segurança, porque ele consegue controlar todo andamento. Assim não se corre o risco do médico ser acusado por uma complicação do parto normal, de não ter feito cesariana. Os filhos são extremamente esperados, planejados, supervalorizados. Antigamente uma mulher tinha dez ou doze filhos, quando morria um virava anjo. Hoje um filho morre e vira processo” explica a obstetra Anna Cláudia Gilbertoni. A obstetra Thaísa Bortoletto concorda em realizar o procedimento por segurança. “Na vida acadêmica é uma coisa, a realidade é outra. Acontece muitas vezes de você indicar a cesariana para prevenir. Porque você vai esperar uma ocorrência acontecer de fato se você percebe que o trabalho de parto está sendo lento demais, que pode haver um risco? Eu não preciso esperar o bebê entrar em sofrimento para chamar o anestesista. Mas não é como agendar um final de semana no Guarujá e fazer uma cesariana na quinta. É preciso convencer as pessoas de que não é como tirar uma pinta no dermatologista. Porque às vezes as pessoas não vêem a cesariana como uma cirurgia. Então chega uma paciente que tem três cesáreas, com dor pélvica, constipada, vai no banheiro uma vez por semana, é porque está cheia de aderências. E acha que nunca fez uma cirurgia, claro que fez”, esclarece.

Não se pode culpar apenas os médicos como responsáveis pela “epidemia” de cesarianas – como definiu o Ministro da Saúde José Gomes Temporão – que ocorre no Brasil. Muitas mães não consideram a cesárea como uma cirurgia que envolve riscos, procurando conciliar o nascimento de seu filho com sua agenda profissional, por exemplo, para



que a licença-maternidade coincida com as férias, entre muitos outros motivos, alimentados pela “praticidade” da cesariana. Thaísa Bortoletto explica que nesses casos, não costuma ceder. “A cesárea se justifica pelo bebê e só. Fazer porque a mãe diz que tem compromisso ou não agüenta passar pelo parto normal, não dá. Sempre foi assim e o corpo está preparado para parir. Passar pelo trabalho de parto torna a mulher muito diferente. A gente vê a transformação, de uma menina, para uma mulher, uma mãe. E eu acho que a gravidez e o trabalho de parto amadurecem”, acredita.

Tabela 2. Depois de uma queda nos anos de 1998 e 1999, o número de cesarianas vem crescendo ano a ano. Na tabela, proporção de nascidos vivos por parto cesáreo, por residência da mãe, por regiões do Brasil entre 1996 e 2005.



Fonte: Sinasc/SVS/MS.

Humanização do parto

A humanização no atendimento hospitalar pode ser vista como a mudança do foco de atuação do profissional de saúde a partir do simples alívio da dor e da moléstia, para um olhar humano e personalizado, além do olhar técnico. (CHANES e TEIXEIRA, 2003)

Humanizar, no trabalho médico, também é respeitar a individualidade do paciente. Como define a própria OMS, saúde não é apenas ausência de doenças, mas bem estar físico e psicológico.

Em uma unidade de saúde podem ocorrer diversos partos no mesmo dia, o que pode tornar o evento comum para os médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Mas para a mulher, criança e família que o vivenciam, essa é uma oportunidade única e muito especial.

Nesse momento, as mulheres desejam ser aceitas como pessoas e parturientes, atendidas com rapidez por profissionais que lhes transmitam segurança e informem sobre o andamento do parto. A parturiente tem o direito de saber o que significam os resultados dos exames, o partograma, a cinta de monitoramento fetal, as caretas feitas por profissionais ao examiná-las etc. Ela possui o direito de saber com clareza se corre algum risco e qual será o próximo passo no atendimento de seu parto (ARMELLINI e LUZ, 2003).

Elementos como conversas entre enfermeiros e médicos sobre assuntos particulares, falta de atenção às queixas da parturiente, entre outros, demonstram desatenção ao cuidado do ser humano que está sendo atendido.

Além do tratamento psicológico e comunicativo com a mãe, a humanização do parto compreende a eliminação de procedimentos desnecessários durante o parto, por entender que eles favorecem as complicações maternas. Não é que a humanização do parto signifique a abolição da tecnologia, mas qualquer intervenção só se justifica quando se prova mais segura e eficaz que a não intervenção.

A necessidade de acolhimento por parte da parturiente reflete o seu estado emocional de sensibilidade, e exige parceria da equipe. O estabelecimento desse vínculo é muitas vezes um desafio para o profissional, devido à variedade da troca de profissionais a cada turno e principalmente, a repetição cotidiana do atendimento. A visão da mulher como ser humano e não como objeto manipulável, que precisa respeitar a au-



toridade médica “para seu próprio bem” é capaz de mudar a forma com que as mulheres são atendidas na Obstetrícia hoje.

Para implementar ações que incentivam o parto humanizado – e inclui-se nesse conceito evitar a cesariana desnecessária – o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000. Além de entender a humanização como o direito de todas as gestantes ao acesso à Medicina, o programa valoriza as parteiras tradicionais através de capacitações, como no já citado Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais.

De acordo com o Manual do PHPN (p. 5 e 6), o Ministério incentiva a organização da instituição hospitalar para um ambiente acolhedor e a adoção de medidas benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, “evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos”.

Também o prêmio Galba de Araújo é um incentivo para hospitais que adotam protocolos humanizantes, com o prêmio de R\$ 50 mil, um troféu e um certificado. Apesar dessas ações e das propagandas em revistas e televisão sobre o parto normal – como a campanha com a atriz Fernanda Lima dizendo que teve seus gêmeos de parto normal– os resultados alcançados pelo Ministério estão aquém dos satisfatórios, visto que o número de cesarianas insiste em aumentar por todo país.

Vive-se no Brasil um paradoxo: a falta de assistência ao parto em grandes áreas geográficas – principalmente nas regiões economicamente menos desenvolvidas – e o uso abusivo dos recursos tecnológicos nas grandes maternidades. País das contradições, o Brasil é hoje o vice-campeão mundial de cesáreas, mas não fornece cobertura mínima em todas as regiões, vide a atuação de parteiras tradicionais, e, mesmo nos grandes centros urbanos, a estrutura pública chega a ser tão deficiente que permite que mães em trabalho de parto invistam numa verdadeira peregrinação em busca de atendimento.



O movimento pela humanização do parto

Há cerca de 25 anos, tomou forma no Brasil e no mundo o movimento pela humanização do parto, que questiona o sofrimento e o risco desnecessário muitas vezes imposto como rotineiro para mães e bebês. Participam dele profissionais de saúde, usuárias do sistema, psicólogos, terapeutas alternativos e profissionais liberais. Entre as principais organizações de defesa da humanização do parto no Brasil estão a Rehuna (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento), a ONG Amigas do Parto e o Grupo Parto do Princípio.

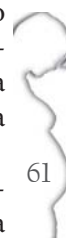
O movimento, aliado a vertentes feministas, reivindica o fim da visão do parto como patológico e “destruidor” do corpo feminino, para que seja encarado novamente como um evento fisiológico positivo, de grande intensidade para mãe e bebê.

Entre as reivindicações diretas do movimento estão escolha da mulher sobre o local onde será realizado o parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia precoce (rompimento da bolsa para indução do parto), a abolição do uso frequente da episiotomia e da indução rotineira do parto por ocitocina. O movimento também é contra as cesarianas sem indicação, que chamam ironicamente de “desne-cesária”.

Os participantes apropriam-se das recomendações da OMS (quadro nas páginas anteriores) e o uso da chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE) em seu discurso político, dando legitimidade científica para as reivindicações. Interpretam que o descumprimento dessas indicações se dá também por conta das relações sociais de desigualdade, como a de gênero (um modelo de assistência tecnocrático e masculinizante sobre o corpo feminino) e de classe (onde a falta de informação da parturiente e família provoca submissão à autoridade médica).

O conhecimento científico caminha a favor do reconhecimento de algumas técnicas adotadas há muito pelas parteiras, como a abolição da posição vertical total, recepção personalizada, mínimo de intervenções, benefícios do parto normal. Nesse sentido é que o movimento pela humanização do parto valoriza o trabalho e a experiência da parteira tradicional.

Segmentos feministas, como a Rede Nacional Feminista de Saúde, pregam o respeito aos direitos da mulher e sua capacidade de decidir qual a



melhor forma de parir, intervindo ativamente nas escolhas relativas ao parto e principalmente, sendo seu principal agente. É o chamado emponderamento da mulher. A frase difundida nas listas de discussões virtuais do movimento ilustra bem esse ponto de vista: “o parto é nosso”.

O movimento reconhece e valoriza o papel da enfermeira obstetra e obstetritz na assistência ao parto de baixo risco, reivindicando o direito de escolha da mulher sobre quem vai assistir seu parto. Assim, além de deslocar o papel central do atendimento à parturição de baixo risco do médico obstetra para enfermeira obstetra (e muitas vezes também para a parteira tradicional), o movimento contesta a necessidade dos partos de baixo risco serem realizados sempre em hospitais. Incentiva a realização do parto em Casas de Parto ou mesmo no ambiente domiciliar, depois de realização dos exames do pré-natal. Essa nova ótica critica ainda o parto hospitalar como procedimento de rotina que troca a parturiente de sala várias vezes, como a sala pré-parto, o centro cirúrgico, a sala de parto, sala de pós-parto e quarto; fragmentação classificada como “linha de montagem”. (DINIZ, 2005)

Através da humanização, a mãe tem liberdade de movimentos durante todo trabalho de parto, escolhe a melhor posição para parir – as posições comprovadamente melhores são a sentada e de cócoras – pode ingerir líquidos; comer; estar com as pessoas que são de sua confiança (como marido, mãe etc.); pode usar métodos não farmacológicos de alívio da dor, como banhos, música, massagem, relaxamento; e principalmente, pode curtir o seu bebê logo após o parto, iniciando a amamentação precoce. Para o bebê, o nascimento pode ser em um local quente (sem choque de temperatura), com pouca luz para não incomodar os seus olhos, diante do silêncio e contemplação de seus pais, para não ferir os seus ouvidos. Vale lembrar que todas essas práticas nunca deixaram de ser feitas por parteiras tradicionais, que sempre viram e continuam vendo o parto como processo fisiológico e a mulher como figura principal, além do bebê. Tudo é conduzido sem anestesia.

Nesse caso, a medicina baseada em evidências incorporada pelos grupos e atores que compõe o movimento pela humanização busca superar o que é “arcaico” hoje, ou seja, a medicina baseada na tradição de realizar intervenções – mesmo que no intuito da segurança – para na verdade, permitir que o parto seja o mais natural dentro das condições possíveis. Assim, há uma inversão do discurso médico quando, ao invés



da modernização, muitas vezes a humanização resgata aspectos muito antes já vivenciados, agora comprovados cientificamente como melhores. Veremos no próximo capítulo como as parteiras, quase sempre sem saber, praticam o parto humanizado. Naturalmente, o motivo que obriga as parteiras tradicionais a seguirem tais práticas não é apenas ideológico, mas também a falta de condições de realizar procedimentos invasivos diante dos recursos de que dispõem.

Nota-se que o mais importante dentro do discurso do movimento pela humanização do parto é a participação ativa da mulher durante todo o processo, mesmo que ao fim da gravidez o parto normal não possa ser realizado.

Por último, a analgesia. Nesse sentido, o movimento baseia os argumentos sobre a dor do parto como dor iatrogênica, ou seja, provocada ou agravada pelas intervenções desnecessárias ocorridas no processo. Um exemplo disso é a indução rotineira do parto com ocitócitos, que torna as contrações mais rápidas e ao mesmo tempo, a dor mais intensa, e faz com que a mulher peça a anestesia. Os efeitos da manipulação do soro com ocitocina podem ainda ser agravados pelo desconhecimento da mulher sobre o processo que vivencia, a ausência de um acompanhante que lhe traga segurança, frieza dos profissionais e ainda, a restrição aos seus movimentos, o que a obriga a ficar deitada.

Segundo essa idéia, tudo depende da forma como o parto é conduzido. Se a mulher sente-se segura, protegida, reconhece-se no ambiente, tem liberdade de movimentos e está preparada psicologicamente para o momento da dor, o parto não é tão dolorido. Quando o parto é feito sem anestesia, a mulher sente o momento exato de fazer força, o que é encarado pelo movimento como um sinal da capacidade total de parir. A dor é então valorizada, quando bem suportada pela mulher. As mães que passaram pela dor do parto sem anestesia e participam do movimento afirmam que a dor é “esquecida” diante do bebê nos braços. Ainda assim, a anestesia é um direito da mulher e, garantido no SUS, por lei, desde 1998.

Recentemente foi elaborado o documentário *Orgasmic Birth* que desmistifica essa dor. Todas as meninas crescem sabendo qual é a “pior dor que existe”, a dor do parto. Mas nesse vídeo, a educadora perinatal Debra Pascali Bonaro americana mostra que o parto pode ser um momento de intenso prazer. Debra filmou 11 mulheres que, acredite,



tiveram um orgasmo intenso durante o parto. Apesar de muito raro, esse fenômeno é fisiologicamente possível se a mulher estiver completamente relaxada e sem analgésicos.

O movimento pela humanização esbarra em um impasse: ao defender a perfeição fisiológica do corpo feminino para dar à luz e desmistificar a dor, corre-se o risco de um retrocesso, no apoio a idéia de que a maternidade é a função das mulheres e se elas não passarem por isso, são “menos mulheres”. Assim, a dor e possíveis seqüelas do parto seriam um preço “normal” a pagar pela maternidade. E é inadmissível que uma mulher seja encarada como “menos mãe” só porque preferiu passar por uma cesariana ou receber anestesia durante o parto (DINIZ, 2001).

Dentro de toda essa discussão, cabe dizer que o processo de humanização não é delegado somente aos profissionais, mas também à sociedade em geral, em particular mães e pais, que merecem participar ativamente do processo e, principalmente, saber de todas as possibilidades. Vale lembrar também que a humanização não deve ser imposta, sob pena de ter efeito contrário.

O movimento incentiva a capacitação e reconhecimento das parteiras tradicionais, vistas como detentoras de um conhecimento natural e humanizado, voltado para a mulher e sem intervenções na natureza, acumulando aspectos exigidos pela humanização. Assim, considera que é preciso adaptar as práticas da medicina às realidades regionais e ainda, estimular a troca entre saberes científico e popular.

Paula Viana afirma que o movimento deve muito às parteiras tradicionais: “As recomendações da OMS, na prática, são muito difíceis de serem absorvidas pelos médicos, mas as parteiras provam, por exemplo, que o parto de cócoras dá certo”.

A antropóloga Soraya Fleischer define o interesse do movimento pela humanização do parto nas parteiras tradicionais como uma busca pela atenção personalizada que não encontram nos hospitais e no corporativismo médico. “Alguns setores, como a enfermagem, cientistas sociais, pesquisadores, mostram o desejo de encontrar uma suposta *simplicidade* entre as parteiras, que consiste numa busca por modelos de saúde que sejam alternativos à biomedicina conservadora. Muitos estão profundamente insatisfeitos com as relações de trabalho dentro de hospitais, nos consultórios e nas secretarias de saúde. Procuram modelos mais horizontais, próximos de uma idéia de *natureza*, centrados no

PAÍS DAS CONTRADIÇÕES

paciente, holísticos no sentido de considerar mais do que simplesmente o órgão adoentado etc. Buscar as parteiras é uma forma de pensar sobre o próprio sistema oficial de saúde, sistema que está numa profunda crise epistemológica há, pelo menos, três décadas”, explica ela.

Tanto o movimento de humanização do parto, como os setores que batalham pelo reconhecimento das parteiras tradicionais, buscam legitimidade para o seu discurso, através do outro. O movimento pela valorização do parto encontra nas parteiras a sua comprovação de que o parto natural pode ter sucesso na maioria dos casos e o movimento articulado com as parteiras legitima suas ações com os aspectos científicos apregoados pela humanização do parto.



5. Retratos maranhenses

Maranhão é detentor da maior taxa de nascimentos fora de estabelecimentos hospitalares do país, com 16,9% do total, IBGE - ESTATÍSTICA DO REGISTRO CIVIL DE 2007

A história dos partos, mulheres e meninos do interior, fora dos grandes centros urbanos, confunde-se com a história das parteiras tradicionais. É uma história de mulheres pobres, simples, que não tem curso superior e muitas vezes nem técnico, que desafiam o medo e a morte a qualquer hora para ajudar uma irmã de *aperreio*.

Sempre ouvi dizer o que minhas pesquisa teórica e de campo confirmaram: as parteiras não recebem retorno financeiro para suas atividades, a não ser quando contratadas oficialmente para trabalharem como enfermeiras (mesmo sem nenhum curso técnico) nos postos de saúde e hospitais, ou mesmo, quando são pagas pela prefeitura para dar assistência a partos domiciliares. Nesse estudo de campo⁶ tive contato com essas duas situações. Assim, a mãe que tem o seu parto assistido por parteiras raramente precisa pagar, embora muitas vezes agradeça com café, farinha, ou mesmo algum dinheiro. É claro que isso não se aplica em cem por cento dos casos. A antropóloga Soraya Fleischer, em pesquisa de campo para seu doutorado, na região de Melgaço, no Pará, encontrou parteiras que estabelecem contratos verbais com as gestantes e seus maridos. O valor fica entre R\$20 e R\$60 – dependendo da dificuldade do parto, condições financeiras da mãe ou eventual grau de parentesco e vizinhança – e é referente ao acompanhamento de toda gestação (com visitas periódicas, massagens, recomendações) e assistência ao parto.

⁶ A pesquisa de campo se deu na capital São Luís, e as cidades de Tutóia e Paulino Neves, além de alguns de seus povoados.



Mas quem é a parteira tradicional? Por quê ela realiza esse trabalho?

As entrevistas e casos relatados ao longo dos próximos capítulos não possuem a pretensão de homogeneizar as parteiras que trabalham em localidades muito distantes entre si em todo o Brasil. Seria quase impossível traçar um panorama real da situação das parteiras em todo o país. Seriam necessárias entrevistas em todos os estados e em variadas regiões para poder captar de maneira fiel as diferenças de cultura regionais, práticas e modos de vida, além de cruzar essas entrevistas com dados locais. Assim, a pequena amostra deste livro, de 14 parteiras, todas residentes no Estado do Maranhão, não tem a intenção de traçar um perfil, mas de possibilitar o conhecimento de histórias de vida, costumes e relatos de partos. O objetivo é, através de exemplos reais, compreender melhor o universo desconhecido das tantas parteiras tradicionais que atuam todos os dias, silenciosamente, amparando crianças.

A escolha do Estado do Maranhão para a pesquisa de campo foi determinada por vários fatores. Um deles foi o número divulgado pela publicação Estatísticas do Registro Civil de 2007, do IBGE, que aponta o Maranhão como detentor da maior taxa de nascimentos fora de estabelecimentos hospitalares do país, com 16,9% do total. Mesmo assim, o estado é refém de um certo ineditismo em pesquisas sobre parteiras, diferente do que ocorre no Acre, Amapá, Tocantins, Pará, Bahia, Amazônia e Pernambuco, que contam com pesquisas acadêmicas nas áreas de história e principalmente enfermagem, além de documentários. O único livro disponível sobre parteiras no Maranhão é o livro da já citada jornalista Cida Macedo, que registra a oralidade das parteiras com a transcrição de seus depoimentos.

Os dados do IBGE também apontam que em 2007 o Maranhão apresentou a segunda maior taxa de mortalidade neonatal precoce (crianças menores de 6 dias) do Brasil, com 16,4, ficando atrás apenas de Alagoas, com 16,5. O índice geral brasileiro é 10,6. Também o relatório da UNICEF sobre a Situação Mundial da Infância 2008 contém um dado alarmante: a mortalidade materna no Brasil é de 53 mulheres para cada cem mil nascidos vivos, mas esse número é muito inferior ao apresentado no Maranhão, segundo pior colocado do Brasil: são 91,4 óbitos femininos por 100 mil nascidos vivos. O primeiro estado é o vizinho Piauí, com 98,5.

Além disso, o Maranhão é o estado brasileiro com a maior taxa de sub-notificação dos óbitos, 54,2%, por conta da precariedade no registro



e coleta de dados. Os óbitos infantis chegam a ser sub-notificados em até 70%. Isso faz com que os índices se baseiem não apenas nos números reais, mas em estimativas. A sub-notificação é um indício da exclusão social de parcela da população brasileira, sobretudo aquela que vive em condições de maior isolamento social e geográfico.

Esses dados convergem para visualizar o Maranhão no centro da luta pelo reconhecimento da existência e importância de se trabalhar cooperativamente com parteiras tradicionais. As parteiras entrevistadas são da capital, São Luís, e da região de Tutóia e Paulino Neves, duas cidades litorâneas distantes cerca de 400 quilômetros da capital e próximas ao Estado do Piauí, que também possui índices inaceitáveis de mortalidade materna. Esses 400 quilômetros são percorridos em cerca de oito horas de transporte coletivo, devido à precariedade das estradas. O maior pólo turístico do Maranhão, que concentra os famosos Lençóis Maranhenses, na cidade de Barreirinhas, está distante apenas 80 quilômetros destas cidades.

Nas duas cidades, não há qualquer pesquisa ou estatística oficial sobre parteiras, nem mesmo a jornalista Cida Macedo pesquisou a região.

A cidade de Tutóia tem cerca de 47 mil habitantes, com 29 mil vivendo na zona rural, em povoados que distam entre 30 e 40 quilômetros de distância. É nesses povoados, cerca de 16, que a atuação das parteiras é mais marcante. Apesar de serem poucos quilômetros de distância, o transporte é muito difícil. Apenas carros com tração nas quatro rodas, como jipes e caminhonetes, conseguem atravessar as estradas, verdadeiras trilhas de areia. Alguns moradores também se aventuram com motos de trilha, mas o transporte mais comum é a “Toyota”, uma caminhonete grande que transporta passageiros na carroceria. Uma travessia de 40 quilômetros pode durar duas horas, dependendo da estação climática. Como o Maranhão está muito próximo da Linha do Equador, só duas estações podem ser percebidas: o inverno e o verão, ou a estação das chuvas, durante a primeira metade do ano e a estação seca, que dura a segunda metade do ano. Nas duas estações, o calor é intenso. Quando o mês pertence à estação das chuvas, formam-se grandes poças de água doce na areia, poças essas que dão origem aos Pequenos Lençóis Maranhenses, ao lado de Tutóia. Apesar da grande beleza e potencial turístico, as poças tornam ainda mais difícil o caminho nas estradas entre os povoados e a cidade. E quando uma mulher em trabalho de parto



A VIDA PEDE PASSAGEM



Esse é o meio de transporte mais comum entre as cidades e povoados da região. A travessia entre uma cidade e outra custa cerca de 10 reais por pessoa.

precisa chegar ao hospital, dá para imaginar: é um sacolejo de quase duas horas em uma caminhonete.

Tutóia chama atenção por ter uma enorme quantidade de aposentados por idade, invalidez, pensionistas e cadastrados em programas assistencialistas, como Bolsa Família, auxílio natalidade para famílias de baixa renda que tem filhos e auxílio pesca para os pescadores durante os meses do ano que não podem trabalhar, por conta do ciclo de reprodutivo dos animais. Todos recebem o pagamento mensal no único banco da cidade, o Banco do Brasil, que conta com três caixas de atendimento.

Cheguei na cidade no dia 20 de julho e voltei para São Paulo antes do dia 30, por isso perdi a oportunidade de presenciar um fato que renderia uma bela reportagem fotográfica e de denúncia. Essa agência do Banco do Brasil, no dia do recebimento das aposentadorias, chega a atender todos os aposentados registrados. Não consegui obter dados oficiais do número de pessoas que frequênta o Banco no dia do pagamento, mas informalmente, fala-se em 11 mil dependentes.

Com uma agência pequena e três caixas, dá pra imaginar o tamanho do circo que se instala no dia do pagamento. A praça da cidade, onde está a agência do banco, ao lado da Prefeitura e da Câmara Municipal, fica lotada logo cedo, às seis da manhã. Quem mora perto da praça já sabe: nesses dias, impossível dormir até mais tarde, tamanho barulho provocado pelas milhares de vozes que aguardam para receber o dinheiro do mês.

Forma-se uma enorme fila dentro e fora da agência, tomando toda a praça. As pessoas vão entrando e saindo, mas lentamente. São idosos, aposentados, pobres. Não têm dinheiro algum para comer, passar o dia na cidade, pois estão à espera de sua aposentadoria. Com medo de perder o lugar, não saem da fila por nada e chegam a passar o dia todo em pé. Muitos deles desmaiam e passam mal, causando horror aos funcionários do banco e vizinhos da agência, que deixam os enfermeiros da cidade de sobreaviso: a qualquer momento, podem ligar pedindo ajuda para um idoso que não agüentou o tamanho do descaso.

Alguns moradores contaram inclusive que é comum que os idosos urinem no chão da agência enquanto esperam. Um deles, relembra uma ex-funcionária do banco horrorizada, chegou a defecar em pleno corredor.

Nesse cenário me dei conta do tamanho da precariedade de diversas estruturas – não só as de saúde – e, durante a pesquisa, ficou claro que seria ingenuidade acreditar que se pode reduzir o risco de óbito materno e infantil – e também dos óbitos de maneira geral – no Brasil, aos níveis observados hoje nos países desenvolvidos, sem que ocorra uma substancial melhoria das condições de vida da população. Mesmo assim, ações como a capacitação de parteiras podem contribuir para a redução dos riscos onde as estruturas de saúde ainda não têm forte presença, seja por simplesmente não existirem, estarem distantes, ou, ainda, padecerem da falta de recursos e mesmo confiança da própria população. Essa falta de confiança, por exemplo, relatada por quase todas as parteiras que conheci – mesmo as que atuam dentro de postos de saúde e defendem com eloqüência o pré-natal – além de ser um reflexo do costume, pode ser considerada em parte como uma falha do próprio sistema de saúde: o atendimento não humanizado contribui ainda mais para o medo e o receio da população para com os hospitais.

Conheci três tipos de parteiras. As parteiras da capital, as do interior (que atuam em casas) e as também do interior que trabalham para as



prefeituras locais. Nenhuma delas cobra diretamente da parturiente a recompensa por seu trabalho.

As parteiras da capital têm total consciência de classe, buscam o reconhecimento da profissão e lutam ativamente para conseguir respaldo financeiro para seu trabalho, diretamente do governo ou através do SUS. São politizadas, organizadas, reúnem-se com regularidade para trocar conhecimentos e combinar ações que promovam a regularização de sua profissão. São muito apaixonadas e orgulhosas de seu ofício e geralmente possuem treinamentos e capacitações promovidos por Secretarias de Saúde, algumas vezes tendo feito o curso de auxiliar de enfermagem – sempre depois de começarem a partejar.

As parteiras do interior que atendem em casas normalmente residem aonde não chegaram os cursos do governo para parteiras, muito menos os recursos. Aprenderam na prática, diante da *precisão* e atuam atendendo comadres e amigas, em momentos de necessidade. Nem sempre se vêem na qualidade de categoria, ou como profissão, mas são orgulhosas de seu ofício, que exercem junto a outras atividades, como a de pescadoras, trabalhadoras da roça, criadoras de animais, entre outras. Elas enxergam o parir como um processo muito natural, embora não isento de riscos.

No interior, em pequenos municípios e principalmente em povoados que respondem a uma prefeitura próxima, é comum que se contratem parteiras tradicionais para atender nos postos de saúde, ou mesmo em casa, a partir do recebimento de um salário e o cargo de auxiliar de enfermagem assinado em carteira de trabalho. Dessas parteiras, algumas possuem algum treinamento prático nos hospitais da região, outras foram contratadas por sua conhecida experiência. Elas se habituaram a não-presença de médicos nos locais onde atuam, mas estão acostumadas a encaminhar casos de difícil resolução ou de *perigo* para os médicos no hospital mais próximo, mesmo que esse trajeto leve duas horas sobre um carro traçado e sacolejante.

Nos próximos capítulos, você vai conhecer mais detalhadamente a vida, os relatos e o que pensam algumas das parteiras ativas no Maranhão.



6. As parteiras e a humanização

O parto é dela,
JOANA D'ARC

A discussão sobre humanização do parto que borbulha atualmente no Brasil, apresentada anteriormente, mostra como o movimento pela humanização do parto enxerga a parteira tradicional. Ele a respeita e valoriza sua capacidade de assistir a um parto, onde a mulher e sua natureza detêm o controle do processo. Nesse sentido, é possível observar nas práticas das parteiras entrevistadas o quanto algumas das exigências do movimento são praticadas por elas há longa data e de forma natural.

A parteira vê diante de si uma comadre, irmã, vizinha ou amiga, ou mesmo apenas uma colega de *aperreio* e dedica-se ao uso do que acredita ser um *dom* de Deus, um presente que ela usa, e usa com muito prazer.

Para elas, o parto é um evento natural e sem mistificação. Faz parte do ciclo de reprodução feminino: as mulheres engravidam, parem, amamentam, cuidam do bebê.

A pesquisadora Lucineide Frota Bessa⁷ esclarece que as abordagens que visam resgatar a humanização do parto concebem o processo de parturição como fenômeno natural, como as parteiras. “Em pesquisa realizada em 2006, com profissionais não médicos no Juruá-Acre, incluindo as parteiras tradicionais da floresta, percebemos que elas desenvolvem um atendimento personalizado às parturientes com as quais mantêm relação familiar, de vizinhança ou amizade. Suas práticas nem sempre se respaldam em padrões técnicos definidos pelo conhecimento científico, mas principalmente, nas experiências e aprendizado adquirido junto à comunidade. As relações interpessoais na atenção materna,



⁷ Em entrevista para este livro.

como dimensão de qualidade, revelam uma capacidade de escuta e comunicação capazes de promover confiança, respeito e confidencialidade para com as parturientes, e deste modo, poderiam até contribuir para a melhoria e humanização do sistema convencional de saúde”. Essas características em geral se aplicam a todas as parteiras, até por conta da natureza da atividade de partejar em casa: não há grandes possibilidades de intervir agressivamente e o cuidado, visto como ajuda, de mulher para mulher, coloca a parturiente como figura central.

Em São Luís, conheci uma parteira que aplica em seu trabalho diário os conceitos reivindicados pelo movimento pela humanização. Como a heroína francesa que lutava por liberdade, ela se chama Joana D’Arc.

_Olha Ellien, olha minha mãe, ela que me deu esse nome. _me disse Joana D’Arc, ao me mostrar sua mãe, deitada na cama do quarto, depois de um derrame.

_Daquele tempo tinha aqueles tal de almanaque. Lá estava escrito que quem nascia naquele dia tinha que ter aquele nome. Coisa antiga, coisa de minha mãe. _Com 56 anos de vida, atuando desde os 12 como parteira, Dona Joana, ou Joana, como prefere, perdeu as contas de quantos meninos já viram o mundo pela primeira vez amparados por suas mãos.

_Ô mãe, aqui tem uma moça que tá fazendo um trabalho sobre parteiras. Ela veio conversar comigo. _Joana falou alto perto do ouvido de sua mãe. Depois virou-se pra mim e disse:

_É melhor ela aqui comigo do que num hospital, sozinha. Aqui eu cuido dela.

Eu achei a casa de Joana perguntando pela parteira do bairro. Havia três: Joana D’Arc, Jovania, sua filha e Dona Cotinha, que conversou comigo ali mesmo na casa de Joana D’Arc. Jovania estava ausente e ocupada naquele dia, então não pude conhecê-la.

Quando entrei, Joana acabara de sair do banho e passava ligeiro pela sala, com o corpo enrolado em uma toalha.

_Aqui é uma correria.

Entrou no quarto e em um instante já estávamos frente a frente nos sofás forrados de lençóis esticados. Foi quando comecei a ouvir a parteira mais amorosa de todas as que conheci. Ela falava muito animada e disposta. Joana estava feliz, sua profissão de parteira estava sendo respeitada. Ela não precisava me provar o quanto o seu ofício era impor-



tante. Eu estava ali exatamente pra ouvir o que ela tinha a dizer sobre o que mais gostava de fazer: ajudar pessoas.

Joana trabalha fora – já que ser parteira “não garante sustento de ninguém” – em um hospital, cuidando da nutrição de idosos. Ela também gosta muito desse trabalho, que a faz sentir-se útil para outras pessoas. Enquanto eu explicava porque estava fazendo a entrevista e onde eu usaria suas fotos, passou uma mulher de camisola rosa transparente entre nós. Ela passou naturalmente e foi pra dentro da casa.

_Ela está operada. Veio aqui pra eu fazer curativo. _disse Joana, quando viu meu olhar curioso.

_Ela fez cesariana?

_Não, os partos dela foram todos normais. Os quatro foram comigo. Esse curativo é de uma outra operação que ela fez.

_A senhora também atende outras pessoas?

_Sim, aqui quando tem uma pessoa precisando a gente ajuda, não é? Eu faço curativo, dou ponto, quando eu vejo que dá. Se num dá pra mim, mando pro hospital.

Joana tinha uma tia que era parteira “velha”. Uma gestante mandou chamar sua tia, mas só encontrou Joana, então com doze anos. Ela, que adorava *curiar* [espiar] os partos da tia, disse que ia ajudar. A mulher não quis acreditar naquela menina, mas não tinha pra onde correr, o bebê já estava nascendo. Joana pegou a criança do jeito que vira sua tia pegar, e a colocou sobre a barriga da mulher. Com um fio, amarrou o umbigo e cortou o cordão. Foi quando sua tia chegou.

_Eu sei fazer, fiz tudo direitinho...

Sua tia então a aplaudiu.

Depois desse parto, Joana D’Arc não parou mais de atender gestantes. Ela atende sempre no seu bairro e em bairros onde há outra parteira, respeita:

_Lá é dela.

Ela aprendeu cedo a fazer uma massagem na barriga da mulher para ajeitar a posição da criança para nascer. Aprendeu também a fazer *garrafadas*, com ervas, pra ajudar em algumas doenças. Mais tarde, já com muitos partos no currículo, fez treinamentos oficiais para parteiras, inclusive um com duração de oito dias, com a ONG Curumim, do Recife, para montar o Livro da Parteira. Ela mostra o livro muito orgulhosa, explicando o que significam as ilustrações e o que é preciso fazer quando a



mulher está numa situação *de perigo*, como quando o cordão umbilical vem antes do bebê. Eu olho as fotos de doenças venéreas.

_Condiloma é feio, né? _diz ela.

_Muito feio.

_Por isso que a gente fala pra elas usarem camisinha.

Passo pelas ilustrações que mostram a parteira verificando a temperatura da mulher, com a mão em sua testa.

_Isso é assim, num precisa muita aparelhagem. É só a gente fazer assim._Joana coloca a mão sobre a minha testa e sobre a testa dela. Ficamos assim alguns segundos.

_Você não está com febre. _diz ela. _Mas está sofrendo com o calor aqui do Maranhão.

_É, Joana, está um sol bem forte..._respondo.

Joana acrescenta o aprendizado dos cursos ao seu próprio, deixando de lado alguns costumes e adquirindo outros. Mas, para ela, o importante mesmo é o amor e o cuidado com a mulher que está parindo.

_A gente precisa ter muito carinho com a outra mulher, acalmar ela. Eu sempre digo, não fica nervosa, a dor vai passar e seu filho vai chegar.

Na hora do trabalho de parto, quando a mulher está sentindo as dores da contração do útero, Joana a deixa bem à vontade: pode deitar de *bucha* [barriga] pra cima, de lado, pode ficar em pé, andar... Enquanto isso, não tem jeito pra diminuir a dor.

_Dor tem que ter mesmo, tem que ter paciência, se parar a dor, não nasce, porque não dá pra fazer força. Pra fazer força, tem que ser junto com a dor [contração]. A mulher percebe que a dor está vindo e faz força junto. É muito perigoso fazer força o tempo todo. Pode tomar um chá de erva cidreira pra aumentar a dor [acelerar o trabalho de parto].

E na hora do nascimento, liberdade pra ficar na posição mais confortável, não importa se deitada, sentada, de cócoras...

_Essa moça que passou aqui gostava de ter na rede. Eu mesma, dos meus seis filhos, não conseguia ficar parada. Na hora de ter, eu preciso andar, andar... Eu tive os meus em pé. Por isso tem que deixar a mulher à vontade pra escolher a posição. O parto é dela. O marido fica junto ajudando, segurando a mãe e eu amparo o bebê e coloco na barriga dela. Logo sai a placenta. É só cuidar bem da mulher, estar junto com ela. Sabe, nós somos mulheres, nós cuidamos de outras mulheres com muito amor e carinho.



AS PARTEIRAS E A HUMANIZAÇÃO

Joana pega bebês que nascem em diversas posições; com as mãos primeiro, os pés, as nádegas... Mas nunca presenciou uma tragédia.

_A parteira tem esse dom de atender as mulheres, a hora que for. A gente pede pra Deus ajudar e Deus ajuda. Nenhuma mulher e nenhum menino perdi na minha mão. Já precisei levar mulher pra ter no hospital, ou extrair a placenta, mas eu acompanho sempre. Quando me deixam, eu entro também na sala de parto. Pelo menos pra dar um apoio pra mulher.

No meio da nossa conversa, chegou Maria José de Castro Freitas, mais conhecida como Dona Cotinha, parteira vizinha de Joana. Aproveitamos pra conversar também. Dona Cotinha deixou seus afazeres pra me atender. Um bando de meninos, de uns sete, oito anos, seus netos e outros meninos do bairro, a seguiu e ficou espiando pela porta. Quando viram a máquina fotográfica, ficaram impressionados e começaram a falar todos juntos. Dona Cotinha, que parecia tão suave, lançou um olhar ameaçador para as crianças. O que não faltou foi cabeça de menino pulando pra fora, perna correndo, um desespero de fuga.

Cinco minutos depois, eles estavam todos de volta.

_Ô Vó, vem aqui um pouco?



À esquerda, Joana D'Arc fala animada sobre o seu trabalho. Ao lado, Dona Cotinha, pensativa.

_Espera um pouco, agora não dá. _respondeu Dona Cotinha. E Joana, que até então era a suavidade e o amor em pessoa, enfezou-se. Lançou um olhar ainda mais aterrorizante para os meninos, com os lábios torcidos e um grunhido:

_Hum! Vocês deixem sua vó quieta! _E num instante a molecada estava toda correndo outra vez. A história de Dona Cotinha eu conto mais adiante: essa parteira tem uma posição inabalável sobre o aborto.

Quando me despedi de Dona Joana ela disse que eu teria um casal de filhos bem lindos. E não era pra me preocupar com o parto, só fazer todos os exames.

_Quando você voltar, me traga seus meninos.

A visão das parteiras acerca do parto é de um processo natural e pertencente à mulher. De acordo com a antropóloga Soraya Fleischer, as parteiras possuem uma lógica muito menos biocêntrica e fragmentada do corpo e da saúde, como geralmente encontra-se entre os profissionais oficiais da saúde. “Quer dizer, elas não vão cuidar de uma mulher grávida somente a partir de seu útero, dilatações, riscos de eclampsia, por exemplo. Elas vão cuidar como a *Fulana de tal*, mãe de quatro filhos, viúva, moradora de tal bairro, empregada da prefeitura, vítima de violência doméstica, tendo passado por um aborto ou parto complicado no passado etc. Elas tendem a considerar também o contexto familiar e vicinal dessa mulher.” Por isso, o atendimento das parteiras não se detém apenas ao momento do parto e é personalizado.

Dona Marina Nascimento, apresentada anteriormente – presidente da Associação – também aplica conceitos do parto humanizado em seu trabalho. Para ela, a parteira também é uma confidente: “Nós, parteiras, temos o carinho com a mulher. Ela conta certos tipos de doenças e problemas pra nós que não conta pro médico. E nem pro enfermeiro. Porque ela tem confiança na parteira. Do dia que a gente começa a trabalhar com ela, ela fica sendo amiga da gente. Quer dizer que nem o marido dela sabe, mas a gente sabe. Mas a gente tem que ficar caladinha, conversando, ajudando, é importante”.

Dona Marina realiza seu trabalho de acordo com o aprendizado em tantos cursos de capacitação que já fez e, é claro, baseada também na experiência ao longo de meio século partejando. Ela indica exercícios para gestante ajudar o bebê a ficar na posição certa, durante o final da gravidez. “Eu vejo se a criança está muito baixa ou alta e ensino ela a fazer



AS PARTEIRAS E A HUMANIZAÇÃO

movimentos pra ficar no lugar correto. Quando a criança está muito baixa elas têm que fazer movimento com as pernas pra ajudar a criança a ficar numa localidade melhor, de acordo com o mês da gestação. Quando a criança está muito alta, aí ela tem que trabalhar mais a parte da cintura para o ventre, para ajudar a criança e o corpo dela no parto. E aí a gente [as parteiras] ensina a fazer muitos movimentos”, explica.

Essa parteira prioriza as necessidades da gestante durante o atendimento, onde o marido, ou pai da criança, faz parte do processo. “Eu já vi Casas de Parto, em Minas Gerais, que colocam os pais pra cortar o cordão umbilical. O homem vê o sacrifício que a mulher dele faz pra ter um filho e dá mais valor”, conta. Se não for o marido, pode ser quem a gestante preferir, como a mãe, futura avó. Segundo Dona Marina, num comentário que deixa explícita a relação de submissão entre homens e mulheres, se uma mulher encontrar um bom marido “precisa andar na parede de costas e pagar promessa o resto da vida”.

Ela mostra um pequeno banco de madeira, o *banco da humanização*. É nele que a parturiente se senta no momento do parto e se posiciona



Com a jornalista Cida Macedo no lugar de parteira, Dona Marina simula um parto no banquinho. Ela explica como a mãe pode se apoiar as costas em alguém e fazer força segurando as mãos dessa pessoa.

para ter o bebê. Nessa hora, a mulher escolhe a melhor maneira de fazer força: apoiada em uma pessoa, com os braços pra trás ou segurando os joelhos com as mãos. “Assim o útero ajuda a saída da criança”. Mas se a parturiente quiser ficar de outro jeito, também pode. Escolher a posição é um direito dela. “Se ela quiser ter a criança na cama, eu vou assistir na cama. Se ela disser ‘não, eu quero na rede’, ela vai ter na rede. Se não, quiser ter em pé, porque é acostumada a ter em pé, na *meia-saba* [esteira de palha], eu assisto ela em pé. Porque se ela achou apoio foi assim, eu tenho que acompanhar ela daquele jeito. Eu estou respeitando a maneira dela e como ela vai ter o filho dela”, afirma Dona Marina.

“Agora, na cama, tem umas que se sentem bem, tem outras que não. Às vezes a criança fica subindo, que é preciso médico ou enfermeira botar o braço aqui na barriga pra descer [manobra de Kristeler]. E esse aqui não precisa não, desce mais fácil”, exemplifica Dona Marina.

Ela conta que fazia partos na Maternidade Comunitária Nossa Senhora da Penha, onde a regra era deixar a mulher deitada na cama durante o parto. Uma vez Dona Marina atendeu uma mulher acostumada a ter os filhos no banquinho.

_Ihh, mas aqui é na cama... _disse Marina. A mulher deitou na cama. E disse que não conseguia mais fazer força, não sentia mais as contrações direito.

_Eu sou acostumada no banquinho. Se eu não ficar num lugar baixo, eu não vou ter essa criança, eu vou morrer...

Dona Marina então puxou um lençol e esticou sobre o chão. A mulher se abaixou e logo a criança nasceu. Ela ainda estava sentada no chão quando a médica do plantão entrou na sala e gritou para Dona Marina:

_Você lacerou essa mulher todinha! _A doutora achou que o períneo da mulher havia rasgado, por causa da posição.

_Não é o primeiro filho. E eu segurei o períneo dela. Não grite comigo, que eu não grito no seu trabalho. _respondeu a parteira, ajudando a mulher a se levantar. Faltava ainda a placenta. Em alguns minutos, a placenta desceu.

_Agora a senhora olhe se ela está lacerada. _Não havia nenhuma laceração.

_Onde a senhora aprendeu isso? _perguntou a doutora.

_Sou parteira _respondeu Dona Marina com orgulho. _Eu não sou aparadeira, eu sou parteira.

Depois disso, a médica começou a perguntar para as mulheres como elas estavam acostumadas a parir. Para Dona Marina, isso já era muito natural, como ela mesma conta: “Ora, eu não posso dizer ‘ah, eu só vou pegar seu filho se for na cama’. Se eu fizer uma coisa dessas não estou respeitando o direito dela. Se ela me escolheu, é porque ela quer o direito dela respeitado. Então eu respeito o direito dela. E tem mais uma: tem mulher que só vai pro hospital forçada, mesmo quando precisa.”

Ela conta o quanto é difícil, muitas vezes, convencer as mulheres e maridos, da necessidade de ir para o hospital. Acostumadas a parir em casa, algumas sem sequer uma única visita ao médico, elas não acreditam que em situações de risco o melhor é ter o bebê no hospital, mesmo quando as próprias parteiras avisam que o parto é *de perigo*. “Já teve parto que quando eu cheguei lá disse, ‘ah, minha irmã, esse parto não é pra mim, não, esse aí é pra médico’. Chamei o marido e disse pra chamar um carro e levar a mulher depressa. E a mulher disse: ‘num vou pro hospital, porque chego lá elas ficam dizendo que eu estou gritando, mas quando foi pra fazer eu não gritei... Como é que agora eu tô gritando?’ Eu sou parteira, tenho que lidar com tudo isso”, diz Dona Marina.

Ela explica: “Tem médico, enfermeira, que grita com a mulher, pra ela ficar quieta. Eu digo logo, vocês não têm direito de gritar com ninguém...”. Há gestantes que não gostam do ambiente hospitalar. Durante a gravidez, estão junto com a parteira, da mesma comunidade. A qualquer momento, a parteira pode vê-la, tranquilizá-la, explicar como será seu parto, dividir os problemas e adquirir confiança. Mas no hospital, muitas vezes, a mulher acaba pegando o médico plantonista e sendo atendida por diferentes profissionais, sem criar vínculos com nenhum deles. Além disso, alguns hospitais fracassam no atendimento quando não preparam seus profissionais para lidar com seres humanos em situação de fragilidade emocional, como é um trabalho de parto. Às vezes a rotina impregnada do trabalho mortifica a sensibilidade desses profissionais em atender com atenção e respeito um paciente. Dona Marina conta que uma vez precisou passar por uma cirurgia. Consultava-se com um médico, negro, que aconselhou a operação. No dia marcado, quem fez cirurgia foi outro médico, um branco. Ela perguntou pra enfermeira:

_Por quê é que mudou o médico?

_A senhora se cale, está anestesiada.



A VIDA PEDE PASSAGEM

Depois disso, ela começou a dar ainda mais importância para o atendimento humanizado da gestante. “A parteira precisa estar no dia a dia com a mulher. Tem uma ligação forte com a gestante”, afirma.

Nos relatos de todas as parteiras entrevistadas, além destas e muitas outras desconhecidas Brasil afora, é possível encontrar com facilidade marcas do discurso do parto humanizado, que é, na verdade, inerente ao seu trabalho. Logo, ao longo do livro e não apenas neste capítulo isoladamente, é possível perceber a humanização natural nas práticas das parteiras tradicionais.



7. O *dom* de partejar

*O Senhor me dê entendimento
de fazer parto e cuidar de mulher,*
JOANA BATISTA

Cuidar de uma gestante, assistir um parto e amparar uma criança que nasce é um *dom* sagrado, divino, na visão das parteiras. Algumas delas atribuem o *dom* a uma experiência sobrenatural, na qual foram *escolhidas* para ajudar mulheres. A maioria fez o primeiro parto diante de uma necessidade, sem nunca ter visto uma parteira agir. Depois do primeiro, feito no *susto*, ficam conhecidas na comunidade como parteiras e são chamadas para outros partos, adquirindo longa experiência.

Levada pelo senso comum, imaginei que ser parteira era quase sempre uma herança transmitida na família, mas, como me disse a jornalista Cida Macedo sobre as 300 parteiras maranhenses que entrevistou, “Grande parte delas aprendeu na prática, depois de socorrerem alguma mulher, sem nenhum profissional de saúde perto para chamar. Isso acontece principalmente no interior”. E nessa hora, descobrem um ofício pelo qual se apaixonam e atribuem a um presente de Deus.

Outras parteiras, a minoria, aprendem com parentes mais velhas, como tias, que já partejavam. Mesmo assim, encaram a prática como um *dom*, porque se não tivessem o *dom*, não seguiriam no ofício. E, principalmente, gostam muito de partejar.

Conheci também mulheres que se tornaram parteiras depois de treinamentos práticos como auxiliar de enfermagem nos postos de saúde locais, para adquirir a *coragem* de fazer partos. Mesmo nesses casos, elas dedicam todo seu saber a Deus, sempre pedindo proteção para as mães e bebês.



O *dom* é também o que transmite *coragem* às parteiras no momento de atender uma mulher. Muitas vezes, elas afirmam que foram chamadas no primeiro parto, o *de susto*, porque as pessoas sabiam que elas tinham *coragem*. O *dom* é natural, nasce com a pessoa e é uma *obrigação* da qual não se pode fugir. A religiosidade presente na questão do *dom* faz com que as parteiras encarem o partejar como uma missão e talvez por isso mesmo não se sentem no direito de cobrar pelo serviço. E mais do que esperar uma recompensa – material ou divina – essas mulheres reconhecem-se na dor da outra.

É o caso de Dona Joana Batista Meireles, de São Luís, que sabia desde pequena que seria parteira.

Quando ela tinha sete anos de idade, viu chegar no povoado em que vivia, uma mulher gestante, muito barriguda, e com uma menininha tomada pela mão. Seu nome era Maria José, estava acompanhando o marido, que veio em busca de algum serviço, a fim de arrumar dinheiro para a família.

Nessa época, Dona Joana compadeceu-se de Maria José, que não conhecia ninguém e passava necessidades, “sem parente, nem aderente”. Ela e sua mãe levavam peixe e farinha, para Maria José e sua filha poderem se alimentar.

Um dia, essa mulher entrou em trabalho de parto e foi socorrida pelos vizinhos. Ela teve complicações de parto que Dona Joana não sabe explicar quais foram, e, distante do marido, sem amigos ou parentes, não pôde ser levada para o hospital, a quilômetros de distância. Nenhum vizinho dispunha de carro para o transporte. Maria José, sem socorro, morreu, com o bebê ainda na barriga. Quando o marido voltou, viu-se viúvo, com uma filha pequena, que ainda mamava.

Essa história deixou a menina Joana muito impressionada e a fez pensar em todas as mulheres que morrem no mundo na hora do parto. E as crianças sem chance de nascer? Ela então se ajoelhou. Orou e pediu a Deus:

—O Senhor me dê entendimento de fazer parto e cuidar de mulher.

Ela sentiu: quando crescesse, seria parteira.

Aos dezoito anos de idade, ainda no interior maranhense, Dona Joana Batista foi chamada às pressas pra ajudar uma mulher *aperreada*. Ela sabia, Deus havia cruzado os caminhos dela e daquela mulher e sagrado suas mãos pra fazer parto. Foi a cavalo, porque a distância era longa. Dona Joana atendeu a mulher, que passou bem, e cuidou de seu filho nos



primeiros momentos de vida. Depois desse primeiro parto, começou a ser chamada para outros, sempre vencendo as dificuldades. “No interior é assim. A gente vai de cavalo, atravessa mato, rio, foge de jacaré, anda pela névoa... A gente vence cada batalha”, conta ela, com uma voz calma e suave, que escapa ao meu gravador de tão baixinha.

Seu marido não gostava muito dessa história de parteira. Qualquer hora do dia ou da noite vinham homens chamar Dona Joana: “Era pra ajudar as mulheres deles. Meu marido não gostava, mas meu dever, eu tinha que fazer”.

Hoje, viúva, aos 78 anos, Dona Joana não sabe dizer em quantos partos esteve presente – são 60 anos amparando crianças sem nunca cobrar nada. Com um sorrisinho fácil e muita doçura, ela ainda atende gestantes, em São Luís, onde mora há vinte anos. Ela faz parte da Associação de Parteiros que Dona Marina preside.

Mora com seu filho, também amparado por uma parteira ao nascer. Ele toma conta da lan house do bairro e também de uma pequena rádio comunitária gospel, dentro de sua casa. Por ainda não ser legalizada, a rádio funciona apenas em alguns horários do final de semana.

Antes de atender um parto, Dona Joana não esquece de se ajoelhar e “conversar com Deus pra pedir proteção à mãe e ao bebê”. Ela não costuma usar garrafadas ou remédios caseiros, só alguns chás, como o de hortelã, alfazema ou algum óleo pra massagear a barriga.



Dona Joana Batista deixa crescerem os cabelos em uma trança, herança de seus antepassados, os índios.

Quando aparece uma *buchudona* na porta de sua casa, Dona Joana manda logo entrar. E no dia do parto, com muita paciência, conversa com a mulher, procura acalmá-la e fazer muito carinho todo o tempo para espantar o medo. “A gente vai conversando, dando explicação, falando pra ela que é assim mesmo que acontece e vai pedindo pra Deus abençoar”, diz. E completa: “Essa mãozinha aqui é sagrada. Deus dá um *dom*. Graças a Deus, comigo nunca morreu nenhum niném, ne-nhuma mulher precisou ir pro hospital de emergência”. Apesar desse orgulho, essa parteira sempre aconselha a fazer o pré-natal. Mas ela sabe, muitas mulheres não gostam de médicos e hospitais. “Os médicos às vezes são muito ranzinzas, gritam com elas. Mas precisa fazer”, lamenta. Com essa mesma resignação, Dona Joana luta para contornar as dificuldades da vida: “A gente tem que fazer, a gente faz. Então tem que levar tudo na vida com amor e carinho. Seja como for, vamos embora lá!”

Outra parteira orgulhosa de seu *dom* é Dona Maria Gaspar de Lima Dutra, moradora de Tutóia, litoral do estado. Ela mora com seus filhos, bem pertinho da praia, na casa de barro abrigada pela areia que invade as ruas da pequena cidade.

Essa parteira não esconde as experiências sobrenaturais que teve, através de visões com pessoas que a ensinavam. “Minha irmã, tu imagina que eu não sei ler, nunca fui na escola, e mesmo assim Deus me deu a *obrigação*. Agora as negas dizem assim: ‘Maria, como tu aprendeu?’ Como que eu aprendi? Foi Deus que me abençoou... Eu via os irmãos me ensinarem como era pra fazer, ouvia cochichar aqui no meu ouvido... A primeira mulher que eu ajudei foi minha irmã, de repente. De lá pra cá...Peguei o jeito”, conta ela.

Dona Maria é muito espontânea e fala sobre o seu jeito de partejar de forma muito alegre. “E eu pego facinho, não tenho medo. Eu digo, minha irmã, tu tem coragem? Se ela disser que tem, eu pego. E se precisar ajeitar a posição do bebê [pra nascer a cabeça primeiro], eu reparo na hora mesmo. Graças a Deus sempre deu tudo certo. Eu acho bonito a mulher que tem filho assim, corajosa. Eu, quando era pra ter meus filhos, foi tudo parto normal, alguns eu tive sozinha, outros chamei parteira. Eu tive 23 filhos, tá aqui a barriga da mulher!”, ri, dando um tapinha na barriga.

Ela conta que agora não está tão ativa, por conta das doloridas varizes na perna e idade avançada – 77 anos. “Pra andar, é ruim... Agora



que eu parei, porque me seguraram por causa da idade, mas eu já saí por aí feito uma danada... Minhas mulheres que peguei nunca tiveram problema, nunca”, conta. Natural do Ceará, Dona Maria já fez partos em muitos lugares diferentes. Apesar de não acompanhar mais partos com frequência, Dona Maria ainda atende pessoas que desejam *garrafadas* para curar diferentes males. As ervas que usa são plantadas em seu próprio quintal. “Eu faço garrafada de toda coisa, menina. Eu faço da raiz da vassourinha, junto com a folha do algodão. Lavo bem lavadinho, boto pra cozinhar. Eu abafó e deixo. Pra gastrite tem o mangará da banana. É para o sangue da pessoa. Pra mulher grávida leite da janaguba é bom, a gente adoça ou então toma no café. A vassourinha também é boa, que é pra limpar a urina e fazer sair”, explica ela. No Ceará, o leite da janaguba é um conhecido cicatrizante e digestivo. Suas propriedades estão sendo estudadas por biólogos.

Dona Maria gosta muito de usar ervas e folhas para tratar pessoas, mas combina esse conhecimento popular com elementos de uso corriqueiro na medicina, como o álcool usado para assepsia e o conhecido Biotônico Fontoura, mesmo sem nunca ter recebido orientações de profissionais de saúde ou participado de cursos. “Pra fortificar, a pessoa pode tomar Biotônico Fontoura e quando acabar compra uma lata de leite moça. Coloca tudo junto e fica tomando, toma um e toma outro,



Dona Maria Gaspar e seu neto ao fundo.

toma um e toma outro, aí melhora. E logo depois da mãe ter o bebê, o que pode fazer é botar água morna, com um pouco de álcool. Então pega um paninho bem fininho e fica fazendo aquele asseio, bem devagar e quando acabar enxuga bem enxugadinho. Se quiser botar talco, bota, aí pronto, fica a mulher semi-nova” e Dona Maria ri até não poder mais.

Para a saída da placenta, ela guarda uma oração, de Santa Margarida, protetora das mulheres grávidas, para ajudar.

*Santa Maria Margarida
Não sou prenha nem sou parida,
Sou da voz tumorizada
Tire essa carne podre
Bote em riba do chão*

Não é apenas Dona Maria que mostra sua forte religiosidade ao “cumprir as obrigações” que lhe foram destinadas. Em Paulino Neves, uma cidade com cerca de 13 mil habitantes, distante 440 quilômetros de São Luís, fui encontrar a única parteira da cidade, com 3 mil partos no currículo; uma autoridade, entre a população e médicos, na arte de partejar.

Quando cheguei em sua casa, ela estava no banho. Sentei-me na sala para esperar. Enquanto isso, seu filho tentava pacientemente fazer rodar o DVD de um filme do Chuck Norris. Lá de dentro, a parteira gritou:

_A moça já tá aí?

Sebastiana Ribeiro Lima da Silva, de 59 anos, ainda com a toalha enrolada nos longos cabelos negros, sentou-se no sofá e me contou que nasceu pra fazer partos. Eu perguntei por quê e ela demorou a admitir, mas como eu insistisse, explicou:

_Eu via aquelas pessoas me carregando, assim tipo um sonho, eu ficava dormente, aquelas pessoas chegavam do meu lado, uma de um lado, outra do outro, e me ensinavam como é o parto. Eu tive que aceitar pra eles me deixarem... Eles me diziam que se eu não ajudasse as mulheres, eles iam me castigar. Uma obrigação, né, que precisa cumprir.

_conta ela, pausadamente, com os olhos muito sérios, enquanto enxuga os cabelos e distrai os seus olhos dos meus com a toalha branca. O seu relato é muito forte e veemente. Ela deixa claro de onde veio o seu saber sobre partos.

_Eu via aqueles homens, aquelas mulheres, tudo vestido de branco, tudo de enfermagem. E quando chegava perto de mim eu ficava dor-

mente, eu não sentia mais meu corpo, sentia só a voz deles e sentia aquelas pessoas comigo. Aí eles me ensinaram direitinho, como era de fazer, botavam minhas mãos ali com o neném nascendo. Como é que era de examinar, como é que tava a altura, o centímetro, eles diziam tudinho. Como é que eu era de ajeitar, como que a criança tava dentro, medir o cordão umbilical pra cortar, do bebê, tudo eles me ensinaram a fazer, desse jeitinho.

Por muito tempo Dona Sebastiana ficou perturbada com esses sonhos e visões durante o dia e a noite. Foi quando uma vizinha a chamou para ajudar sua irmã, que estava em trabalho de parto. Dona Sebastiana lembrou-se dos sonhos e aceitou ajudar.

_A mulher me disse que sentiu que eu tinha coragem. Eu fiz esse parto, foi rapidinho. Depois, correu a notícia de que eu fazia parto, então começaram a me chamar. E aí, quando eu aceitei essa obrigação, os companheiros pararam de me visitar.

Dona Sebastiana fez partos durante dezesseis anos, até que o prefeito da cidade resolveu contratá-la como parteira, para trabalhar na Unidade de Saúde de Paulino Neves, há 13 anos atrás, onde ela atua até hoje.

Paulino Neves é uma pequena cidade onde quase todas as ruas são de areia. A areia que invade as casas e o asfalto e faz o sol refletir ofuscando os olhos, é a mesma que separa a cidade em 40 quilômetros, ou duas horas de carro traçado, de Tutóia, onde está o Hospital Lucas Veras. Para lá são enviadas as mulheres cujo parto exige uma cesariana. Se não for em Tutóia, a ambulância leva pra Parnaíba, no estado do Piauí, a outras duas horas de distância. Antes dessa parteira, os partos eram atendidos por clínicos gerais na Unidade Saúde ou por outras parteiras. Mas hoje em dia, a única parteira da cidade – e a única pessoa que se mete a fazer partos, mais do que os médicos – é Dona Sebastiana.

Ela ganha um salário mínimo para cumprir horário na Unidade. Nunca mais fez partos domiciliares. Mulheres de todos os povoados pertencentes a Paulino Neves vêm parir com ela. Também nunca fez qualquer curso ou treinamento para parteira, mas antes dela, ninguém examina parturiente, mesmo que seja fora de seu horário oficial de trabalho.

_Mesmo que o médico esteja lá sou eu que faço. Uma mulher sentiu dor, o carro chega aí pra me buscar pra ir pro posto. Meia noite, duas horas, hora do almoço. Não importa o que eu esteja fazendo. Às vezes eu tô na metade do prato, chega o carro. A mulher tá lá



esperando. Quando dá pra ficar aí, muito bem. E quando num dá? _pergunta ela.

Quando Dona Sebastiana acha que não dá pra mulher ter o filho ali na Unidade, chama a ambulância e toca pra Tutóia, ou Parnaíba.

_Sei que eu tenho tido muito esse negócio de fazer parto em viagem... Assim, quando a gente está indo, não dá mais tempo de chegar no hospital, né, acaba parindo pelos caminhos... É uma luta, de dia, de noite... Daqui pra Parnaíba já fiz uns quatro. Eu vou junto quando vai pra ter, né. _conta, pesarosa.

Se Dona Sebastiana percebe que não pode fazer o parto na Unidade de Saúde, durante a gravidez, já encaminha o pedido para marcar cesariana nas cidades mais próximas.

Sobre o pré-natal, ela fala em tom de lamento. Mesmo com a presença de enfermeiros do Programa da Saúde da Família (PSF), e os próprios médicos, muitas vezes as mães não seguem o seu conselho de acompanhar a gravidez através de exames e consultas. _Não sei por que elas não fazem, acho que também por causa do costume. Porque tem mãe que já tem tido seis filhos, sete filhos e agora que aparece essas coisas elas num querem, num acham importante. É, mas isso aí é bom pra fazer, porque toma uma vitamina, um medicamento, uma vacina, né. _diz ela. Algumas mães só vêm procurar a parteira quando a barriga já está bem grande.

_Tem vez que elas vêm pra eu olhar e eu sinto na hora que está com cinco meses, passando pra seis e nada de visitarem médico. _Quando é assim e a mulher já chega à Unidade de Saúde sentindo as contrações do parto, Dona Sebastiana não tem alternativa, faz o parto. Se tiver alguma complicação, acompanha com a ambulância até outra cidade.

Essa parteira não usa ervas, simpatias, garrafadas ou remédios caseiros. A única coisa que Dona Sebastiana afirma que dá certo é tomar o leite da janaguba. É só tirar um pedaço da casca da árvore e fazer sair o "leite", como acontece com o látex. Esse leite é misturado com água e a gestante bebe pra criança nascer com a pele clara.

_A minha filha, ela é loira. Eu tomei muito o leite da janaguba. _afirma ela, morena, dona de olhos escuros. Dona Sebastiana conta que muitas vezes as mulheres e suas famílias possuem o hábito de fazer pequenas simpatias, como enterrar a placenta. Em alguns lugares, é só uma crença em "devolver" para a terra o tecido que nutriu o bebê, mas em outros, enterrar a placenta é uma simpatia para não ter mais filhos.



Sobre a manipulação do feto, ou, *mexer* a criança para ajeitar a posição dentro da barriga, Dona Sebastiana afirma:

_Quando ele tá com uns quatro meses, passando pra uns cinco, se ele num tá de cabecinha, eu já posso virar ele. Eu viro pra ficar normal, mas quando tá passando dos seis, já pro sete, num dá pra virar mais. Só se a mãe tiver muito líquido dentro da barriga, aí ele vira sozinho, a gente só dá uma retorcidinha assim. Mas a mãe tendo pouco líquido na barriga, ele num vira não. E na hora do parto vou conversando com ela, pra ela se acalmar... Deixa que vai dar tudo certo...

Dona Sebastiana já incorporou práticas médicas no seu fazer diário. Ela conta que quase sempre há um médico na Unidade de Saúde, mas ela tem carta branca para fazer o parto.

_Não tem anestesia. Se está demorando muito o parto, se elas estão chorando muito... Ou tem vez que a bolsa estoura e o bebê num quer descer, se a mãe está com pouca força, aí eu vou, boto um soro, boto uma injeçãozinha e aí é rapidinho... _A injeção a que ela se refere é o hormônio ocitocina, que acelera as contrações.

_Mas sempre tem que ter muito cuidado com a mulher. A nossa responsabilidade é muito grande.

Em Paulino Neves, fui visitar Luzia Pereira da Silva, a menina-mulher de 14 anos grávida de quase nove meses. É o seu segundo filho.

Ela não mora na cidade, mas vive em um dos povoados do interior, o São João. Ela está na casa de uma cunhada, acompanhando o marido que veio para a cidade a trabalho. Como a barriga já está bem grande, Luzia procurou a parteira. Gostou dela. Quando entro na casa, a primeira pessoa que vejo é Luzia: sentada em um banquinho bem pequeno, brincando com uma boneca Barbie nas mãos. Não há outros móveis na sala e eu me agacho para olhá-la nos olhos. Seus olhos são escuros e brilham muito. Pra mim, ela é que parece uma boneca. Enquanto falava comigo, ela acariciava os cabelos da Barbie.

_Luzia, você tem medo do parto?

_Não, porque do meu outro filho foi tudo bem.

_E dói muito?

_Dói... Mas num é nada demais não.

_O que você achou dessa parteira aí, Dona Sebastiana?

_Ah, acho que ela é boa. Todo mundo aqui tem com ela. E é no hospital, né [a Unidade de Saúde da cidade]. Eu também tive o outro filho no



hospital, foi lá em Barreirinhas. E foi tudo bem. _Luzia já contou, em capítulo anterior, que teve uma prima que morreu de parto e por isso ficou com medo de ter o filho fora de um hospital.

Quando peço pra tirar fotos de sua farta barriga, ela joga a boneca no chão e pousa, sem ânimo, para as lentes da máquina. Quando estou indo embora, seu marido chega, receptivo, e pergunta:

_É você que queria falar comigo?

_Sou eu sim. Eu vim falar com a Luzia, porque ela vai ter o bebê aqui. Eu estou fazendo um trabalho sobre parteiras e a Dona Sebastiana me falou dela.

_Ah, a parteira. É, logo nasce mais um garotão.

Ainda em Paulino Neves, Dona Sebastiana me disse onde morava uma moça que havia parido há pouco tempo. Era Ana Letícia Pereira Cabral, de 23 anos, que há seis dias havia dado à luz a uma menina, sua segunda filha.

Ana Letícia fez o pré-natal direitinho e quatro ultrassons pra ver como estava o bebê durante a gravidez, e visitou várias vezes Dona Sebastiana, que também fez o seu primeiro parto.

_Ela é muito experiente. Quando eu cheguei no hospital [Unidade de Saúde], ela já estava lá. Ela me tratou muito bem, das duas vezes. _conta Ana Letícia, na varanda de sua casa, com uma toalha enrolada na parte de baixo do corpo e com os seios visivelmente inchados.

Ana Letícia começou a sentir as dores das contrações às quatro horas da manhã e às sete e quarenta, a bebê nasceu. Ela mostra, orgulhosa, a bebê no berço.



Grávida de quase nove meses, Luzia brincava de bonecas quando cheguei.

8. O médico e a parteira

A culpa é sempre da parteira,
MARINA NASCIMENTO

Você já conhece a história da Dona Joana Batista Meireles, de São Luís, que sonhava desde pequena em partejar. Ela já estava habituada há tempos com a rotina da Maternidade Nossa Senhora da Penha, a maternidade comunitária de São Luís. Lá, ela trabalhara como parteira com suas mãozinhas sagradas e fizera muitos partos. Mas depois de um tempo, a maternidade não permitia mais às parteiras acompanharem o momento do parto de suas *buchudas*, apenas cuidar delas durante todo o processo de gravidez.

Dona Joana Batista, com as roupas brancas bem limpas e bem esticadas foi mais uma vez à Maternidade da Penha para acompanhar uma *buchuda*, de quem tomou conta todos os nove meses de gravidez. Incentivou a fazer exames, comparecer ao pré-natal do posto e cuidar da saúde.

Sua *buchuda* apresentava os sinais da hora do parto. Eram fortes contrações, em intervalos curtos. Mas o médico de plantão ainda não havia chegado.

Dona Joana tentou acalmar a mulher, com a suavidade da voz que lhe é peculiar.

_Se acalme, minha filha, vai dar tudo certo. O médico já vai chegar, é o plantão dele.

_Eu queria que a senhora fizesse, Dona Joana.

_Eu não posso minha filha, já conversei. O médico já chega. Fica calma.

Mas não adiantava ter calma. O bebê não quis esperar o médico e já estava “coroando”. A cabeça do bebê saiu e o corpo preparava-se para



conhecer o mundo. Dona Joana não teve dúvida: amparou o bebê, com a mesma experiência que fizera com muitos, durante tantos anos, que até perdeu as contas de quantos foram.

O médico de plantão chegou no momento em que ela se preparava para cortar o cordão umbilical.

_A senhora está sabendo, não está? Não pode mais fazer parto aqui.

_Estou.

_Quem autorizou a senhora a fazer esse parto?

_Foi Jesus.

O médico então amarrou o cordão umbilical e o cortou. O sangue expelido pelo corte do cordão foi violentamente atirado na face e nas roupas de Dona Joana, pelas mãos do médico. Sua roupa branca ficou vermelha. “Fui lavada de sangue. Mas agradei. Não fiquei com raiva não. Disse, muito obrigado, meu filho. Obrigado meu Senhor. Fui banhada de sangue inocente pelas mãos de um pecador.”

A história contada por Dona Joana ilustra a intolerância de alguns profissionais – não somente médicos, mas também enfermeiros, gestores, estudiosos – que não admitem a inclusão de saberes populares ou pessoas sem preparação técnica dentro das áreas consagradas pelo conhecimento científico. Além disso, as profissões sempre representam campos mercadológicos, onde, economicamente, existe a disputa crescente por clientela.

Paula Viana, da Curumim, acredita que ainda existem barreiras muito altas para o reconhecimento da profissão de parteira, por conta da concepção da gravidez como doença. “É preciso entender que o parto não é um evento médico, que precisa de hospitalização, mas é um evento familiar e nesse sentido, a parteira pode contribuir”.

Na opinião da antropóloga Soraya Fleischer, há mais de um fator que colabora para que a sociedade médica alimente o preconceito contra parteiras tradicionais. “Os profissionais de saúde em geral, e não somente os médicos, passam por um processo de formação e socialização muito forte e excludente. São treinados para acreditar que são os únicos a deter a *verdade* e a *certeza* – duas realidades que, na formação biomédica, provêm necessariamente da base biológica, fisiológica, molecular. Porém, a realidade da saúde é muito mais complexa do que apenas vírus, bactérias, hemácias, músculos. As parteiras, muito antes de qualquer pesquisador, nos oferecem um olhar interdisciplinar para o cuidado da saúde”.

Para Dona Marina, presidente da Associação de Parteiras, ainda existe muito preconceito. Quando uma mulher atendida por uma parteira morre, o preconceito pesa sobre ela. “A culpa é sempre da parteira. E aparece logo na televisão, as parteiras... Desqualificam muito o trabalho da gente”, diz. No seu ponto de vista, “Os médicos têm uma maneira de dizer ‘a paciente não resistiu’. Sobre a parteira eles dizem: ‘a parteira que é burra’. Aí o problema vem pra cima da cabeça da burra. Mas para o médico não vai, sabe por que não vai? Tem uma defesa dele: o óbito. A paciente não resistiu... Nós não temos direito de fazer esse óbito, dizer que a paciente não resistiu. A família é a primeira a acusar e daí em diante a gente vai parar muito longe. Ainda mais agora com esse Comitê da Mortalidade Materna, que só tem carrasco. Querem me tirar, eu também faço parte do Comitê. Mas se eles acusam as parteiras eu também acuso os médicos. Têm muitos deles que fazem o maior esforço, mas tem deles que têm uma preguiça.. Ainda mais quando é à noite, que eles estão dormindo e que a gente vai chamar eles pra irem atender uma gestante, eles vão com a maior grosseria. E a parteira não... Já vai enxugar suor dessa mulher, vai conversar com ela, se ela está gritando de dor, diz não senhora, a dor é assim mesmo... E o médico diz assim, você é cega, Maria. Pára com isso, Maria”. O Comitê da Mortalidade Materna citado por Dona Marina é um comitê municipal incentivado pelo Governo Federal em todo país para discutir soluções em prol da redução da mortalidade.

Dona Marina fala sobre o atendimento no hospital e dos médicos, com muito rigor na questão da limpeza: “O movimento de um hospital também depende da pessoa que faz a limpeza, né. Porque se o hospital não estiver bem limpo, a sala de parto, o centro cirúrgico, não pode acontecer uma boa cirurgia, né? Se cada um que trabalhasse num hospital valorizasse a pessoa da limpeza, era muito bom. Porque médico nenhum pode trabalhar numa sala de parto ou num centro cirúrgico sujo. Se tiver alguma coisa lá, o paciente vai sair com uma infecção para o outro dia. Isso aí eu digo porque eu já presenciei e eu já briguei bastante com a equipe do hospital [da Penha] por isso. Outra coisa é, eu tô trabalhando, tô com a roupa daqui de dentro do hospital, saio, pra ir fazer uma compra ali na padaria, torno a entrar com a roupa no hospital. Não pode. Você vai contaminar o paciente que está lá dentro. Aí eles [funcionários do hospital] dizem que eu sou enjoada. ‘Ah, essa velha deveria ter cérebro’. Olha, mas tem que ser, se não... Aí eu trago a



minha *buchuda*, ela tem o filho, mas depois vai me dar trabalho lá em casa? Com uma grande infecção? Não, num pode.”

Dona Marina afirma que quando os médicos conhecem o trabalho das parteiras, entram em parceria. “Mas quem não conhece acha que a gente é aquela aparadeira que só vai fazer o trabalho na hora que a criança está caindo. Então essa é que é a dúvida dos médicos que não conhecem o trabalho da gente. Agora os que já conhecem dão nota dez”, afirma, orgulhosa.

Na cidade de Tutóia há um pequeno hospital, o Hospital Lucas Veras, que atende partos e faz cirurgias. Visitei o lugar com o meu olhar leigo e encontrei sacos de lixo pelos corredores e um terreno vazio cheio de lixo bem ao lado. Quando a cozinheira passou com a comida de alguns pacientes, vi que colocava os pratos uns sobre os outros e os garfos e facas todos juntos dentro de uma garrafa pet de dois litros cortada ao meio. Acostumados com o rigor dos hospitais paulistas, onde tudo é separado e se possível embalado, meus olhos estranharam. Havia, no meio das dependências do hospital, entre as salas de atendimento e alguns quartos, um jardim, com árvores e terra. As enfermeiras, vestidas de branco, transitavam a todo momento por ali. Eu quis falar com a enfermeira chefe. Não havia nenhuma enfermeira ou técnica em enfermagem. As 11 mulheres que trabalham no hospital tutoiense fizeram um dos cursos de auxiliar de enfermagem do Projeto de Profissionalização do Trabalhador de Enfermagem (PROFAE), elaborado pelo Ministério da Saúde para qualificar profissionais que possuem apenas o ensino fundamental.

Quem me atendeu foi a chefe do plantão, a auxiliar de enfermagem Alice Silva de Aquino. Ela estava de sandálias rasteiras e uniforme branco, com algumas manchas de sangue perto da barriga. Alice me contou que de certa forma, todas as profissionais desse hospital também são parteiras.

O hospital conta apenas com dois médicos cirurgiões que atendem todos os casos e trabalham em esquema de plantão. Quando eles estão no hospital, atendem inclusive cesarianas. Mas os partos normais muitas vezes são feitos pelas auxiliares de enfermagem, como explica Alice: “Parto normal, quando está tudo certo, as auxiliares mesmo fazem sozinhas. Mas fazem, né, e quando é difícil passa pro médico, que tem médico aqui o dia todo”. Ela mesma não sabe dizer quantos partos já fez nos 25 anos de trabalho no hospital.



Alice conta um parto difícil que atendeu quando o médico que estava de plantão saiu. Quando examinou a mulher, viu que o bebê não estava na posição cefálica – com a cabeça voltada para o ventre materno – e achou melhor esperar o médico. Como o médico não chegava, ela resolveu tentar fazer o parto. “E nasceu. Eram dois nenês, os dois pélvicos [quando nascem primeiro os pés ou as nádegas]. Estavam com os pés na frente. E nasceram rapidinho. Quando tem médico aqui é lógico que a gente num vai tentar fazer, esse foi por precisão”, conta. Mas quando existe a necessidade de uma cesariana e os médicos estão de folga, o jeito é encaminhar a mãe, em uma ambulância, para a cidade de Parnaíba, a mais duas horas de distância, onde há hospital mais equipado.

Se imaginarmos uma parturiente que saiu de um povoado e percorreu duas horas sacolejantes para chegar a Tutóia, podemos imaginar o tamanho do sofrimento dela quando de Tutóia ela é transferida para Parnaíba.

Sobre a presença das parteiras nos povoados, Alice conta que nos últimos anos, o número de partos realizados no hospital aumentou. “De uns anos pra cá o hospital melhorou. Então, quando a gente pede pra ambulância buscar uma mulher e não dá tempo, quando o bebê nasce antes, a gente fica sabendo que teve com parteira lá dos povoados. Mas fora isso num dá pra saber. Mas eu sei que acontece. Eu sei que tem, sabe por quê? Porque essas pessoas vêm atrás da declaração de nascido vivo aqui. A gente pergunta onde pariram. Se pariram em casa, tem que procurar o agente de saúde do povoado pra dar a declaração. Ou então com a enfermeira do PSF”, explica.

Com a chegada do PSF, programa do Governo Federal, foram contratados agentes de saúde para todos os povoados, além de enfermeiros com curso superior e dentistas para atender às famílias. Em geral, os enfermeiros trabalham quatro dias por semana, durante o período da manhã, atendendo nos povoados. Normalmente são pessoas de lugares distantes, como São Paulo, Minas Gerais, Piauí ou a capital São Luís que vieram atraídas pelos bons salários. Esses profissionais são responsáveis pelo atendimento de todas as famílias do local, na realização de exames e encaminhamentos, dentro dos pequenos postos de saúde dos próprios povoados.

Alice conta que muitas vezes recebe gestantes que nunca passaram pelo pré-natal ou fizeram exames como o ultrassom, mesmo com o aparelho disponível no hospital. “Às vezes vem sem exame, sem ultras-



som. Então não é bem aquele acompanhamento, né... A maioria das consultas nem é feita... Têm outras que fazem cinco consultas, outras três, tem umas que começam a fazer o pré-natal com seis meses, sete. Aí não é como um pré-natal certinho”. Um dos motivos para a desistência das gestantes em fazer o exame do ultrassom, por exemplo, é a pequena quantidade de “vagas” por semana para realização do exame. “Dia de marcar ultrassom a fila é muito grande. São 40 vagas por semana pra todo mundo e aqui a população é muito grande. E se fosse só pra gestante, tudo bem. Mas é pra todo mundo, pélvico, abdominal, das mamas, pra ver pedra...”, explica Alice.

No povoado de Seriema, que faz parte da cidade de Tutóia, há um pequeno posto de saúde. É onde a enfermeira padrão Sabrina Souza Lopes, do PSF, atende as famílias locais durante as manhãs de segunda a quinta.

Para chegar até lá, Sabrina cruza a estrada com o motorista da “Toyota” da Secretaria de Saúde, atravessando poças, valetas, buracos e desníveis da estrada de areia. Sabrina me disse que havia duas parteiras atendendo no povoado e me deu uma carona na carroceria da Toyota, com bancos parecidos com o de ônibus circular.

As parteiras de Seriema trabalham no posto de saúde, com a carteira assinada como auxiliar de enfermagem. Mas não possuem nenhum curso, apenas treinamento prático com médicos.

Uma delas é Creuza da Rocha Barroso, de 44 anos. Ela atende partos desde os 17, quando fez um treinamento no hospital de Tutóia, com o enfermeiro Zilmar Melo, prefeito da cidade entre 2005 e 2008.

No ano passado alguns canais de televisão mostraram o escândalo do então prefeito: como não pagava seus funcionários havia quatro meses, os moradores decidiram invadir sua casa para lhe tomar e destruir os pertences. Foram destruídos carros, televisores, sofás e muitos objetos foram levados. Os vídeos mostrados pelos grandes canais de televisão e portais da Internet foram captados pelos celulares dos moradores da cidade. As contas de Zilmar Melo também foram rejeitadas pelo Supremo Tribunal Federal.

Hoje, Dona Creuzinha, como gosta de ser chamada, está contratada no posto de saúde como zeladora desde que o novo prefeito assumiu. Atualmente ela cuida da limpeza e manutenção do local, e outra mulher foi contratada para os serviços de parteira, Dona Aldeonora Pinheiro Silva. Conheceremos a história de Dona Aldeonora mais adiante.

O MÉDICO E A PARTEIRA



Com o uniforme do Posto de Saúde, Dona Creuzinha se orgulha de dizer que é chamada para fazer partos.

No treinamento prático que Dona Creuzinha fez, aprendeu a dar pontos, aplicar injeção e cuidar de doentes, além de assistir partos. Apesar de hoje estar contratada como zeladora, Dona Creuzinha ainda faz partos na comunidade. “Mês passado mesmo eu peguei uma. Eu já tinha falado pra ela que num tava mais fazendo parto. Mas é que a hora que eu chego lá, pronto, já tá nascendo. Foi lá na casa dela”, conta. E, conforme o costume, ela não cobrou nada.

O parto mais difícil que ela se recorda foi há mais de vinte anos atrás, mas inesquecível.

Maria das Dores, residente no povoado, estava em trabalho de parto já havia um dia e uma noite e nada de nascer o bebê. As dores estavam insuportáveis e ela chorava muito.

Dona Creuzinha ainda estava grávida de 4 meses de sua filha, quando uma vizinha bateu em sua porta.

_Vai ajudar a Maria das Dor... Ela tá na agonia.

_Já tem mulher com ela?

_Tem sim, tem três mulheres tentando ajudar.



_Ah, mas se eu for e ela morrer, vão dizer que eu matei ela.

_Ô, minha irmã, pelo amor de Deus, ela tá precisando, vai lá.

Dona Creuzinha então foi até a casa de Maria das Dores. Tinha medo de que os médicos e as pessoas do povoado a culpassem se o parto não fosse bem sucedido. Resolveu que se não pudesse ajudar, pediria que transportassem a parturiente para Tutóia. Nessa época o transporte de uma grávida era ainda mais arriscado, pois a única forma de levar era dentro de uma rede pendurada em uma tora de madeira, com duas pessoas carregando as pontas.

Quando chegou ao quarto da parturiente, viu muitas pessoas, várias choravam. Maria das Dores estava sentada em uma cadeira, com azeite de mamona *nos quartos*.

_Dona das Dôr, manda tirar esse pessoal daqui. Fica só a mãe, o marido e a irmã.

O marido de Maria das Dores a colocou na cama.

_Vai precisar levar ela pra cidade? _perguntou, nervoso.

_Eu vou ver, se eu não der jeito, vocês levam.

Dona Creuzinha examinou. Uma das mãos da criança estava pra fora, já roxa. A parteira então foi tateando. Encontrou a outra mão e puxou. Agora as duas mãos estavam pra fora. Ela percebeu que a criança ainda estava viva. Mas a cabecinha ainda estava mal posicionada. Ela mandou que a mãe se mexesse e foi ajudando com as mãos a encaixar a cabeça da criança.

_Dona Maria das Dôr, agora você vai ter seu filho. Na hora que chegar uma dorzinha [contração], a senhora bote força.

Quando a dor veio, Maria das Dores fez força. Não demorou muito e nasceu uma menina grande, mas com as mãos ainda roxas. “Tão linda a menina”, lembra Dona Creuzinha. A placenta de Maria das Dores estava colada. Mais uma vez a parteira entrou em ação, ajudando aos poucos a natureza a fazer o seu trabalho. As mãos da menina de Maria das Dores passaram os primeiros quinze dias roxas, mas depois voltaram ao normal. Três anos depois, essa criança faleceu de sarampo. “Na hora de nascer, a gente pede a Deus. Pede a proteção de Deus, pra não acontecer nada com aquela pessoa, que dê socorro pra mulher, que nada aconteça a ela. E se acontecer alguma coisa, além de perder a pessoa, fica mal pra gente”, argumenta.

Nesse parto, Dona Creuzinha estava grávida de sua filha. Era mãe solteira e tinha sido abandonada pelo companheiro, que até lhe pedira

para abortar a criança. Mas ela decidiu ter o bebê. Três meses depois desse nascimento, quando sua gravidez completava sete meses, se assustou com uma cobra. Como Dona Creuzinha, muitas parteiras acreditam que quando a mulher se assusta ou se impressiona muito com alguma coisa, algum mal pode ser causado ao bebê, como morrer dentro da barriga ou nascer prematuro.

Depois do susto com a cobra, durante a madrugada, Dona Creuzinha sentiu muita vontade de ir ao banheiro. Não sangrava, mas começou a sentir algumas dores. A criança que mexia em seu ventre parou de se mexer. Nervosa, ela chamou pela vizinha e pela irmã.

Quando elas chegaram, acharam melhor levar Dona Creuzinha para o hospital de Tutóia, porque achavam que o susto havia matado o bebê. Mas antes que decidissem, a bolsa estourou. Quando chegou uma nova contração, ela sentiu vontade de fazer força. Ficou em pé, com as mãos apontadas para o ventre. Quando sua filha nasceu, ela mesma a segurou.

Nasceu uma menina bem pequena, que não se mexia e não chorava. As outras mulheres logo acharam que a criança estava morta. Trataram de cuidar da mãe, deixando a placenta sair.

Começaram a pensar onde enterrariam a pequena bebê. Mas Dona Creuzinha não admitiu: sua bebê não podia estar morta. Colocou o dedo debaixo do narizinho da menina e sentiu uma respiração “bem fininha”:

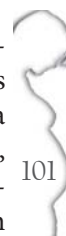
_Não, ela tá viva! Minha filha tá viva! Ninguém vai enterrar ela!

_Ô minha irmã, num tá viva não... Num fique assim...

_Não, ela tá viva, eu senti ela respirar. Vocês me deixem cuidar de minha filha.

Dona Creuzinha então limpou a menina, que não tossia, chorava ou se movia. Embrulhou-a em um pano limpo e a fixou junto ao seu peito. Passava a maior parte do tempo parada, com a menina no peito “pra ela ficar ali naquele calorzinho”. Dona Creuzinha nem sabia, mas já estava aplicando o Método Mãe Canguru, que completou 30 anos em 2009.

Antes do Método Canguru, nos hospitais, os recém-nascidos prematuros eram mantidos em incubadoras até que completassem dois quilos de peso. A partir do uso dessa técnica, o contato com a pele da mãe é iniciado. O bebê é fixado ao colo e peito da mãe com uma faixa, como se estivesse em uma bolsa semelhante a de um canguru. O programa incentiva o aleitamento materno e a afetividade. Hoje é comum



nos grandes hospitais de São Paulo que os pais passem o dia, ou parte dele, no hospital, carregando os bebês no peito para proporcionar esse contato. O método original estimula 24 horas de contato. Com o calor do corpo do adulto, o bebê se sente confortável e continua o desenvolvimento. O programa foi reconhecido como política pública no Brasil há apenas nove anos.

Dona Creuzinha dava colheres de chá de alfazema e leite para a pequena menina. Ela conta que ainda não sabia a importância de dar só o leite do peito. Com sete dias, a neném finalmente chorou. Com um mês e dezoito dias vivendo no peito, a menina Alexandra foi levada para Tutóia. Estava pesando um quilo e cem gramas (um bebê de gravidez completa pode nascer com peso de 2,5 a cinco quilos) e não precisava mais ficar na incubadora, só tomar uma vitamina junto com o leite. Hoje, Alexandra, com 22 anos, trabalha no hospital de Tutóia cuidando de crianças.

Dona Creuzinha não costuma usar chás ou ervas na hora do parto, mas respeita o costume da mãe: “Tem algumas pessoas que gostam, né, tomar um mingau, um chazinho pra dar força, o que elas quiserem”. O que Dona Creuzinha sabe mesmo é respeitar a natureza. E se tiver algum problema, chama logo um carro pra levar a mulher para o hospital. Então por quê as mães não vão direto pro hospital? Ela tem uma teoria: “As mães preferem ter em casa. No hospital elas sofrem muito. Num sei se é por causa do médico, se é porque fica sozinha... Porque a gente estando com elas, a gente fica junto, fica passando a mão na cadeira [quadril] delas, fica dando um jeitinho, né? Ajudando elas, né? E lá no hospital eles num tem carinho. Muitas vezes elas não querem nem fazer o pré-natal”.

Mas diante de uma necessidade, uma parteira não pode arriscar a vida de mãe e bebê. Se não estiver segura de que tudo ficará bem para as duas vidas em suas mãos, Dona Creuzinha não insiste, como fez em um parto de gêmeos.

A mãe mandou chamar a parteira quando uma das crianças já estava nascendo. Dona Creuzinha amparou o bebê. Percebeu que havia outro, mas não nascia. A mãe ficou fraca, perdeu as forças. As contrações pararam. Sem cortar o cordão umbilical, a parteira chamou um carro pra levá-las até Tutóia. Quando chegaram no hospital, a parteira disse:

_Olha, eu acompanhei ela até aqui. Uma criança já nasceu e está bem. Agora tem a outra. Vai ter que fazer alguma coisa. _Dona Creuzinha teve



medo que brigassem com ela, por ser parteira e por ter atendido a mulher.
_Até aqui foi responsabilidade minha, agora é responsabilidade de vocês.

No hospital, a mãe recebeu uma injeção. Provavelmente era uma injeção de ocitocina, mas Dona Creuzinha não sabia dizer. A outra criança nasceu bem e a mãe em pouco tempo estava normal. “Parto normal é assim, a gente não sente nada. Sai um pouco de sangue depois, mas é pra ir limpando”, explica.

O médico veio falar com a parteira. Ela teve medo. Preparou-se para receber grosserias. Então o médico disse:

_A senhora fez muito bem de não ter cortado o cordão.

Essa parteira teve um parto ainda mais complicado, o único que deixou seqüelas.

Foi o nascimento do décimo primeiro filho de Domingas Ribeiro da Costa. Ela sentiu as dores e mandou chamar Dona Creuzinha. “Quando eu cheguei lá, ela tava aperreada, quase nos finalmente de ter a criança. Fomos pro quarto, estourou a bolsa dela. E ela começou a ficar nervosa, achar que ia morrer”.

_Minha irmã, eu já tive tanto filho, nunca tive um parto desse jeito...
_susprou Domingas.

_Calma, minha irmã, confie em Deus... Eu tô te ajudando...

As mãos do filho de Domingas estavam presas ao cordão umbilical e pescoço. “O menino se criou dentro dela com as mãozinhas dele assim, debaixo do queixo, o cordão umbilical enrolado nas mãos e no pescoço”, explica Dona Creuzinha. Não demorou muito e ela conseguiu fazer o bebê sair, desenrolando rapidamente o cordão.

Na hora, o bebê não chorou. Domingas perguntou:

_Está morto?

_Não, não tá morto. Tá roxinho. Se passasse mais, tinha morrido. Minha amiga, seu filho é homem.

_Mas é aleijado?

_Só as mãozinhas... Mas num se preocupa não.

Domingas ficou bem e cuidou de seu filho, que segundo a parteira, tem uma deficiência nas mãos por conta do parto. “Ele é bem bonitinho, inteligente, estuda. Mas a Dominga num quis levar o menino no médico, uma coisa que Deus fez ela não quis mudar. E num fez nada mesmo. Se tivesse levado no médico melhorava, porque teve um aqui que o pé tava com problema, operou e melhorou. Mas ela nunca mandou o menino em médico”.



Quando eu pedi pra conhecer algumas mães que tiveram o bebê com ela, Dona Creuzinha me levou logo pra casa de Domingas.

Quando a parteira entrou na varanda da casa, chamou logo pelo menino, hoje com 19 anos, aposentado por invalidez. Logo que ele chegou, Dona Creuzinha, sem explicar quem era eu – uma moça desconhecida e diferente que a acompanhava – foi logo apontando seus braços. Agarrou as mãos do moço para me mostrar a posição em que estavam no dia em que nasceu. Para meus olhos leigos, parecia má formação óssea, porque os antebraços eram muito curtos.

Tentei me apresentar, rapidamente, estendendo as mãos pra ele. Mas Dona Creuzinha não deixou que ele me cumprimentasse e continuou segurando as suas mãos. Respeitosamente, ele a chamara de Mãe Creuza.

—Está bom, Dona Creuzinha. — disse eu. Ela soltou as mãos dele, que constrangido, abaixou os olhos. Senti-me muito mal de tê-lo feito sentir, com a minha presença, qualquer espécie de vergonha de sua maneira de ser, que nem consegui perguntar o seu nome. Ele enfiou rapidamente as mãos no bolso e ficou assim todo tempo.

Domingas confirmou o parto com esta parteira e disse que havia tido todos os seus filhos em casa porque não gostava de hospitais. Enquanto ela me respondia, media-me de cima abaixo.

Encerrei a entrevista rapidamente e chamei Dona Creuzinha para que voltássemos ao posto de saúde. Mas começou uma chuva que molhava a areia do caminho de volta e ela não quis ir embora. Sentiu-se muito a vontade em uma cadeira na varanda e se pôs a dizer como a vida no povoado de Seriema era boa:

—Hoje aqui tem tudo, é muito bom de morar. Hoje em dia a gente pode ter luz, geladeira, televisão...

Os minutos que aguardei enquanto esperava a chuva serenar custaram a passar para mim. Vi uma rede do Flamengo pendurada no varal. Tive certeza de que era do moço. É comum, no Nordeste, que as pessoas sejam torcedoras dos times do Rio de Janeiro, por conta da transmissão das emissoras de TV, que privilegiam esses times.

—Quem é o flamenguista, hein?— perguntei.

Ele então levantou o dedo indicador e deu um lindo sorriso. Senti-me melhor diante de seu sorriso e brinquei:

—É claro, o Fla é sempre campeão.—E ele sorriu de novo.

A chuva voltou a ser chuveiro e me despedi.

A história de Dona Creuzinha mostra uma parteira que convive com o medo de ser incriminada pela complicação de um parto, morte da mãe ou bebê. Ela mantém esse receio porque, apesar de estar aberta ao aprendizado médico, sabe que não é bem vinda por alguns profissionais.

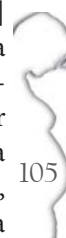
A antropóloga Soraya Fleischer considera que uma parceria entre os terapeutas populares e setores da medicina seria extremamente possível e positiva, se ambas as partes estivessem de acordo. “Mas as áreas biomédicas no Brasil, hoje em dia, não estão muito afeitas a embrenhar-se nesse diálogo interdisciplinar. Não é só com as parteiras que eles têm resistência em conversar e aprender. Enfrentam muita dificuldade de se comunicar com psicólogos, jornalistas, prefeitos, técnicos em saúde, mães e pais de família, antropólogos, por exemplo. O pré-conceito vem da formação que recebem, da educação oferecida nas universidades que não incentiva, inclusive em termos de tempo, aulas em outros departamentos, diálogos com seus pares mais imediatos, como os enfermeiros, por exemplo, e que aprendam desde muito cedo com a mão na massa. Não culpo necessária e individualmente os profissionais da saúde, mas sim a educação que estamos oferecendo para os futuros profissionais”, acredita.

Um exemplo de parceria bem sucedida ocorre em Paulino Neves, com a já conhecida parteira Dona Sebastiana. A parteira cuida de todas as parturientes e não existe equipamento disponível para que o médico realize uma cesariana se necessário.

Ela conta que, anos atrás, uma vez chegou uma mãe com um bebê em posição pélvica, nascendo com as nádegas primeiro. Normalmente, essa é uma indicação de cesariana.

Mas o médico de Paulino Neves tentou acudir com os recursos que dispunha. O bebê começou a nascer, já estava com os *quartos* [as nádegas] pra fora. A mãe fazia força, mas o quadro não evoluía mais. O médico resolveu que deveria enviar a mãe, junto com Dona Sebastiana, para outra cidade.

—A mãe já tinha tido seis filhos. Quando eu cheguei lá ele disse que ela num tinha capacidade de ter, porque o menino já tinha rasado [descido] muito, tinha rasado o bumbum. Aí quando eu cheguei ele disse que ela num tinha passagem pra fora. Ele saiu da sala de parto e deixou a paciente só. Eu sabia que se tivesse que levar ela pra outra cidade, até chegar ia dar trabalho pra mim no meio do caminho. Aí eu fui perguntei se ela confiava em mim, ela disse que confiava em mim e confiava em Deus, né. Aí eu disse, pois você vai ter esse filho agora. Aí eu tirei uma perna





Dona Sebastiana em um dos raros momentos de tranqüilidade.

dele, depois tirei a outra, ele desceu, quando chegou nos ombros, eu dei uma fechadinha e ele desceu, depois chegou aqui no pescocinho dele, aí ele botou o queixo e a boca dele, aí desceu. E deu tudo certo.

Quando ela me contou, no primeiro momento, julguei rapidamente que Dona Sebastiana teria agido melhor se tivesse levado o bebê e a mãe para outra cidade, quem sabe na companhia do médico. Mas depois lembrei-me do incansável sacolejo do caminho, por duas horas, para uma mãe

em trabalho de parto e um bebê que está metade no mundo e metade no útero. Pensei sobre o que fariam outros profissionais de saúde, sem recurso, possibilidade de cesariana, episiotomia? Então entendi o que era a tal *coragem* sobre que falavam as parteiras.

_Ah, se for esperar de médico... Chega uma mulher lá pra parir, ele faz assim, ó: manda buscar Dona Sebastiana logo. E quando eu chego lá: Doutor, você já examinou? 'Não, estava esperando a senhora'. É desse jeito que eles falam. _Mas sempre há um médico na Unidade de Saúde. O trabalho de Dona Sebastiana acaba sendo uma aliança. Ela emprega os seus conhecimentos e experiência sob a supervisão do médico.

Às vezes, porém, ela acaba assumindo sozinha toda a responsabilidade. E, acostumada à rotina hospitalar e aos procedimentos médicos, toma decisões sobre emergências médicas.

O MÉDICO E A PARTEIRA

Uns dias antes de minha visita, no sábado anterior, Paulino Neves estava envolvida em uma vaquejada, uma festa tradicional com brincadeiras de boi. Dona Sebastiana conta que estava na vaquejada, se divertindo, quando o médico da Unidade de Saúde cruzou com ela.

_Dona Sebastiana, ali no posto ficou uma mulher, mas não está com dor, não. Eu acho que a criança dela está morta. _disse o médico.

_Mas Doutor, se tá morto porque o senhor não mandou logo [pra outra cidade]?

_Não, Dona Sebastiana, ela vai parir aí mesmo.

_Mas você vai ajudar a fazer o parto?

_À tarde eu te dou a resposta.

No final da tarde Dona Sebastiana foi ao hospital.

_Doutor, e a mulher?

_Acho que é só pra amanhã.

_Doutor, por que ainda não encaminhou essa mulher?

_Não, ela vai parir aí.

Dona Sebastiana foi pra casa e imaginou que a mulher não estava mal. Achou que o *Doutor*, ao ver que ela não entraria em trabalho de parto, a encaminharia. Ela sabia que é perigoso para uma mulher ficar com um bebê morto na barriga. No dia seguinte, domingo, voltou à Unidade. A auxiliar de enfermagem viu Dona Sebastiana e disse logo:

_Essa mulher já tá ferida. A senhora socorre, porque senão ela vai morrer.

_Que mulher, minha filha?

_A mulher que tá com o menino morto.

_Meu Deus do céu... O médico não encaminhou essa mulher?

A mulher estava grávida de seu décimo segundo filho. Antes desse, já havia perdido um bebê em seu ventre, também aos nove meses, sem saber a causa. Também não sabia por quê esse bebê morreria, apenas sentiu que parou de se mexer.

Quando Dona Sebastiana foi examinar novamente a parturiente, achou que ela já estava com certo mal cheiro e reclamava de dor. Ao fazer o toque vaginal, viu que um líquido escorria da bolsa, era um líquido preto. A parteira chamou a auxiliar de enfermagem:

_Minha irmã, vai lá onde tá o Doutor, fala pra ele vim aqui e fazer logo o encaminhamento dessa mulher, pra ela ir logo pra Parnaíba.

Em pouco tempo a auxiliar de enfermagem voltou:



_Ô Dona Sebastiana, o Doutor mandou aplicar uma injeção de Diazepan na mulher.

Diazepan é um remédio tranqüilizante, que dá sono, diminui a ansiedade e promove o relaxamento muscular.

_Diazepan? Mas a mulher sentindo bastante dor, a bolsa já perto de estourar, né? E eu vou aplicar um Diazepan nela? Pra ela parar a dor, dormir e aí, o que ela vai fazer? Ah, não...

Dona Sebastiana então aplicou um soro com uma injeção do hormônio ocitocina. Em pouco tempo, a mãe conseguiu fazer força e o bebê começou a sair. Na minha frente, ela explica:

_Pra mim que a criança já tava morta fazia dias. E pra tirar foi uma luta. Logo quando a criança tá morto, ele não tem força de descer, né? E aí foi complicado... O líquido todo preto saindo, um negócio muito feio.

Foi quando a mulher ficou sem força e as contrações pararam. O bebê estava somente com a cabeça pra fora, já morto, roxo. Dona Sebastiana mandou chamar o médico. Estava agitada, não sabia bem o que fazer. O médico mandou avisar que já vinha. Alguns minutos se passaram e nada. A mãe estava muito nervosa e a parteira também. Ela agiu rápido, aplicou outra injeção de ocitocina, dessa vez direto no músculo da mulher.

_Quando eu apliquei uma no músculo dela, aí ela teve sustância [força], né. Quando ela teve sustância, ela teve o bebê.

O bebê morto foi retirado inteiro, já com a pele enrugada e a barriga muito inchada.

_Acho que já estava pra estourar, né. Fiz a limpeza bem dentro da mãe, tipo uma lavagem, a placenta já tava escapelando, né, toda dentro, aí eu limpei ela por dentro, limpei ela bem limpinha.

Quando o médico chegou, Dona Sebastiana só fez dizer:

_É, Doutor... Esses pepinos só nas minhas costas, né. E se essa mulher tivesse alguma coisa? Deus defenda, Doutor.

_Não, Dona Sebastiana, mas eu confio na senhora.

9. Liderança na comunidade

Hoje sou eu que mando,
DONA ARCELINA AMÉLIA DA SILVA

Dona Maria Raimunda dos Santos Neto, parteira de São Luís, veio me encontrar em frente ao prédio da Caixa Econômica Federal, logo depois da imponente Avenida Castelo Branco, que dá acesso aos bairros turísticos mais importantes da capital. Dona Raimunda mora no bairro São Francisco, porta de entrada para a Avenida Litorânea, que margeia as praias da cidade.

A casa dessa parteira fica próxima à avenida. De imediato, achei estranho que ela – parteira e uma mulher tão simples, com camisa e calças gastas – vivesse e atuasse ali. Mas a grande avenida e a proximidade com a praia me enganaram: para chegar à casa de Dona Raimunda era preciso passar uma rua estreita, descer por um caminho ainda mais estreito, até chegar a uma rua tão pequena que não permitia a passagem de carros. Parecia quase uma vila, mas de casas humildes e ruas sem calçamento e asfalto completo.

Em sua casa, entramos pela porta dos fundos. Chegamos a um salão grande, de piso branco, com cinco bancos de madeira junto às paredes e um altar muito caprichado com imagens no canto direito. Havia imagens na parede e uma poltrona de madeira com um encosto de pano colorido. Quando perguntei o que ela fazia naquele salão, ela me disse que era “um negócio de dança, aí, que o pessoal vem aqui”. Parecia um lugar onde se realizam rituais religiosos.

É nesse salão que a comunidade do bairro também se reúne com Dona Raimunda para fazer reivindicações para a Prefeitura, como a colocação de calçadas e conserto de encanamentos de água – ao contrário



dos outros bairros em que moravam parteiras que visitei em São Luís, o São Francisco era o único que não possuía esgoto a céu aberto.

_Estou querendo fazer uma reunião com o pessoal do bairro em outubro, pra resolver essas coisas. Eu sempre vou lá nas secretarias e na Prefeitura pra pedir as coisas, se não eles deixam tudo por isso mesmo. Eu quero ver se eles arranjam de dar pra passar carro aqui nessa rua e chegar mais perto das casas. Ontem mesmo um pessoal fez uma reunião aqui pra ver isso e não veio quase ninguém, não sei por quê. Quando eu chamo fica assim de gente. _contou ela, com a voz suave e o olhar distante que manteve todo tempo de nosso encontro.

O primeiro parto de Dona Raimunda aconteceu por acaso. Quando menina, ela gostava de andar com sua madrinha, que era parteira, para *curiar* [espionar] pelos buraquinhos das portas e paredes o que acontecia quando as mulheres pariam. Um dia, uma gestante de nove meses estava voltando, surpreendentemente, do trabalho na roça quando sentiu as dores do parto. O bebê nasceu ali mesmo no caminho, sem a ajuda de ninguém. Quando algumas pessoas passaram, a mãe pediu ajuda. Ela foi levada para a madrinha de Dona Raimunda, que não estava. Raimunda, então com apenas nove anos de idade, foi cuidar da mulher. Em casa, cortou o cordão umbilical e ajudou a placenta a sair.



Dona Raimunda a frente de seu altar.

_Mas naquela época era muito longa a história. Quando paria tinha que tapar os ouvidos, tudo quanto era buraco pra não entrar vento nenhum, tinha que ficar de resguardo oito, nove dias sem sair de casa, nem olhar na porta. E não podia tomar banho, só jogar assim uma água morninha. Eu, que tinha ajudado, também não podia me banhar. Sabe com quantos dias eu fui me banhar depois desse parto? Foi com dez dias! _ela arregala os olhos e suspira, como me contando um tremendo absurdo _Diziam que não podia, que pegava uma tal de trombose.

Quando a madrinha ficou sabendo o que Dona Raimunda tinha feito, disse logo:

_Menina, tu não vai contar nada. Bota a língua aí encima desse pau.

_Por quê, minha madrinha?

_É pra ti não falar nada do que viu.

_Não, minha madrinha, não corta não que eu não vou contar.

E Dona Raimunda começou a fazer partos na ausência de sua madrinha, como “parteirinha”. E nunca contou nada do que vira.

Quatro anos depois, quando estava com treze anos, ela se casou. Aos catorze, estava grávida do primeiro filho. O seu parto, fez sozinha. Correram chamar sua madrinha, que quando chegou, encontrou uma menina já nascida, com quatro quilos e quatrocentas gramas, bem grande para uma recém-nascida.

_Pois é, e não rompeu nada. – do períneo – Já tinha aquele costumezinho de saber como era que as mulheres pariam. Tive sentada. Os outros dois que eu tive também foi sozinha. Um foi três quilos e setecentas gramas, e o terceiro um quilo e seiscentas. É o maior que eu tenho. É gordo. Mas nasceu tão pequenininho... Fosse agora eles tinham botado numa incubadora, iam dizer que não nasceu no tempo, que tinha nascido desnutrido.

Dona Raimunda continuou a fazer partos sem nunca cobrar nada das mães ou pais. Seu marido não gostava muito, mas acabou aceitando com o tempo, já que ela não desistia. Mas quando a chamavam tarde da noite, ele ficava acordado até ela chegar. Também não queria que ela estudasse. Dona Raimunda, determinada, começou a estudar escondido. Quando ele descobriu, não brigou com ela. E dizia, antes dela sair:

_Tu tá linda. Mas se fosse hoje eu não casava contigo.

_Por quê?

_Porque tu já sabe mais que eu.



Dona Raimunda assistiu uma reportagem na televisão, que mostrava a Associação de Parteiras de São Luís e quis participar. Dona Marina levou a nova associada para a Maternidade Comunitária Nossa Senhora da Penha, onde Dona Raimunda trabalhou por cinco anos. Nesse tempo, depois de muita experiência com partos, ela decidiu fazer o curso de auxiliar de enfermagem “pra evoluir mais”. Mas para ela, o que valeu mais foram os conselhos dos médicos que a acompanhavam na Maternidade.

_Eu aprendi muito com o Doutor Sebastião, ele gostava de ensinar. Ele fazia os partos na hora do *perigo*, também a Deolinda (administradora da maternidade) e Dona Marina me orientaram muito. Nem sei quantos partos eu fiz lá. Tinha vezes que eu fazia na noite, doze partos. Às vezes fazia nove, sete, oito. Menos partos que eu fiz foi um, numa noite. Às vezes outras parteiras achavam que eu fazia mais partos do que elas. Mas é porque eu dava muita atenção pras mulheres, ficava ali brincando com elas e cantava pra elas. E tinha mulher que paria rindo. E tem gente que diz: duvido! Pois paria rindo! Eu contava tanta piada pra elas... E elas achavam graça mesmo com dor. Eu sei o que é a dor... Ah, mas dói. Meu Deus do céu, mas dói muito. Na mesma hora é bom, sabe por quê? Porque você pega o seu filho no colo. E a gente não tem aquele resguardo, hoje em dia, a gente logo toma banho, fica normal.

Dona Raimunda se lembra dos costumes antigos que aprendeu com a madrinha e como foi deixando de usar alguns desses métodos com a convivência com os médicos.

_Quando eu cheguei na Penha, que eu via os médicos fazerem aqueles partos e dizer que iam embora tomar banho. Eu perguntei pro Doutor Sebastião: porque é que o senhor se banha assim quando faz um parto? O senhor não tem medo de pegar uma gripe?

_Não, Raimunda, isso aqui só cabe nas cabeças das parteiras, porque dos médicos não tem disso não. _respondeu o médico. Depois disso, Dona Raimunda começou a “se banhar” também. Antes, acreditava que onde a mãe parisse, tinha que passar o resguardo. Muitas mães que pariram em sua casa lá ficaram por nove dias. Se rompessem esse resguardo – acreditavam – poderiam ficar inchadas, com dor nas pernas, ficar surdas ou até mesmo enlouquecer.

_Agora eu já trabalhei em hospital, já sei as normas. Num precisa ficar aqui nove dias não, trancada. Antes eu sabia assim. Agora eu já sei

de outra maneira, né? Agora é melhor. Terminou de parir no outro dia já vai embora pra casa.

Apesar de ter adquirido novas práticas, não é de todos os conselhos que Dona Raimunda abre mão. Depois do parto, por exemplo, continuam valendo algumas recomendações antigas, como não comer determinadas frutas, como laranja, banana, melancia e peixes que tem esporão, por causa do leite do peito que alimenta o bebê.

A posição na hora do parto, Dona Raimunda deixa a mãe escolher. Quando eu peço pra ela me explicar como ela, ela quase se aborrece.

_É difícil. _mas de repente seu rosto se ilumina. _Mas pra ti eu explico.

Ela vai buscar uma boneca, para me mostrar como é que faz.

_Essa aqui é a Bruninha. _Apóia a boneca em uma lata de refrigerante, que imita um banco, e mostra como ampara o períneo para que não se rompa.

_Olha, dessa maneira aqui não rompe. Mas no hospital o jeito é deitada. Tem o apoio das camas, é diferente. Depois que nascer, eu seguro e boto o bebê aqui encima, logo no peito, pra mamar. E a placenta logo sai com uma massagenzinha. _Ela olha com ternura para a boneca. _Bruninha sofre nessas horas. Mas ela é forte... _suspira, com o olhar ainda mais distante.

Dona Raimunda aconselha as mães que não conseguem engravidar a tomarem chá de açoita cavalo, planta fácil de achar na região. Mas para prevenir gravidez, o bom mesmo é ir a um médico.

_Falo pra elas irem na médica, que passa injeção [anticoncepcional] pra elas tomarem. Quando elas têm mais de 25 anos ou dois filhos, arrumo pra *ligarem* [fazer laqueadura tubária] lá na Penha. E as mulheres se vão. Sei que na Vila Embratel já mandei *ligar* todo mundo. Elas têm muitos filhos. Tem gente que tem de oito, de sete, de doze, menina novinha, eu digo pra botar o DIU ou tomar a injeção, porque só pensar em operação lá na frente.

Dessa forma, Dona Raimunda tenta contribuir para o Planejamento Familiar. Como ela, muitas parteiras indicam a esterilização para as mulheres. Notei durante a pesquisa que havia uma resistência do marido a alguns métodos contraceptivos, notadamente a camisinha. A laqueadura tubária e a injeção, de um ou de três meses, eram mais utilizadas, principalmente nos postos de saúde do interior. Parecia-me, então, que



a laqueadura também era uma forma de controle sobre o corpo, da mulher para o marido.

Hoje legalizada e permitida pelo SUS desde que seja voluntária, a esterilização já foi considerada crime. Mesmo assim, a maioria das esterilizações em mulheres era realizada mediante um pagamento “por fora” para o médico, principalmente logo depois de uma cesariana.

Em 1997, o Ministério da Saúde incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do SUS, somente para maiores de 25 anos ou com dois filhos vivos. Depois da manifestação da vontade do casal, espera-se dois meses para realização da cirurgia, para que se evite arrependimentos. Mesmo assim, estima-se que 10 a 20% das mulheres arrependam-se da cirurgia, reversível em poucos casos. Tornou-se proibida a cesariana com fins de esterilização. De acordo com a PNDS 2006, mais de um quinto de todas as mulheres, quase 30% das mulheres atualmente com uniões estáveis e 11% das sexualmente ativas solteiras, recorreram à esterilização feminina.

Dona Raimunda leva suas mulheres para *ligar* na Penha e lembra-se com nostalgia de quando trabalhava lá. Mas precisou deixar o serviço pra cuidar de seu marido, então doente. Pouco tempo depois, seu marido morreu.

_Pra mim ele num morreu não. Pra mim ele está trabalhando, vai chegar. Faz sete anos que ele morreu. Às vezes eu subo essa escada aqui na carreira [correndo], parece que ele está me chamando. Aí eu penso, meu Deus do céu, meu marido morreu. _diz ela tristemente.

Quando deixou de trabalhar na Maternidade da Penha, Dona Raimunda continuou a atender partos, contando 1.600 só nesse último período. Montou até uma pequena enfermaria em sua casa, em um quartinho nos fundos.

_Agora tem um postinho de saúde nesse bairro, mas é muito pequeno. Aqui era pra ser o postinho e lá um posto grande, mas infelizmente... Aqui eu atendo quem precisa, quem vem me procurar. Teve uma vez que eu conferi 35 pessoas. Uns cortados, uns com anzol no dedo pra tirar, com mordida de cachorro, de quati, pra tudo eu tinha um jeito, nunca me denunciaram por eu não fazer o serviço bem feito. Eu dizia, ‘num leva pra outro lado não, vem aqui que eu sei ajeitar’. Eu ajeitei até sutura que soltou em criança.

Dona Raimunda nunca perdeu nenhuma mulher e nenhuma criança e sempre clama por ajuda divina antes de entrar em um quarto de parturiente ou sala de parto.

Com a Associação de Parteiras, ela recebia um salário mínimo para atuar, cancelado esse ano. Quando procurou a Prefeitura para reivindicar a volta dos salários da Associação, lhe disseram que o dinheiro da verba vinha do Vaticano e a Prefeitura nada tinha a ver com isso. Desde então, ela e outras parteiras reclamam da dificuldade para atender sua comunidade sem os materiais necessários. Dona Raimunda acaba comprando tudo com o próprio dinheiro.

_Minha irmã, eu compro luva, eu compro seringa, agulha, esparadrapo, álcool, soro... Tudo isso pra ter aqui pra uma hora de necessidade de uma pessoa. Também aqueles macaquinhos, que prega no cordão umbilical da criança, eu compro. Agora, não está saindo o dinheiro, o quê eu vou fazer? A gente recebia das parteiras, era pouquinho, mas dava, era abençoado, a gente partia no meio e fazia aqueles curativos. E agora, cadê? E não deram mais o álcool, a gaze, o algodão, nem o soro. E foi uma coisa assim que a gente não pode reclamar, a gente fica assim sem saber.

De repente, Dona Raimunda me olha e pergunta se eu tenho medo do parto, quando engravidar.

_Acho que sim. Um pouco. _respondo.

_Dói muito, se tu soubesse, tu não paria. Mas passa. Tu não se preocupa com o seu parto. Mulher elástica, quando a mulher é elástica, num é rompido nada. E acho que tu é uma delas. _diz ela, rindo muito.

_Tomara que seja. _respondo, rindo também.

_É, meu marido sempre dizia, mulher da boca grande tem filho ligeiro.

Outro exemplo de parteira influente na comunidade é a anciã mais respeitada em Jardim.

O povoado de Jardim, distante uma hora e meia de Tutóia, abriga cerca de 400 famílias, atendidas, nos últimos nove anos, por agentes de saúde e enfermeiros do PSF que fazem visitas regulares. Antes disso, a única possibilidade de realizar um exame ou consulta era no hospital de Tutóia, que nessa época também oferecia pouca estrutura. E partos que precisassem de cesariana, só mesmo em Parnaíba.

Quando cheguei a essa comunidade, soube que havia quatro parteiras. As agentes de saúde me disseram pra não deixar de visitar Dona Celé, a mais conhecida e respeitada.

Dona Arcelina Amélia da Silva, de 88 anos, conhecida como Dona Celé, já fez milhares de partos na comunidade, ao longo de cinquenta



anos. Não há uma só família de Jardim que não tenha um filho nascido por suas mãos. Com ela pariram as avós, as mães e as irmãs da maioria das pessoas e algumas vezes, até mesmo as filhas. Ainda hoje a procuram, mesmo estando cega.

Uma das agentes de saúde do povoado, Rosenilda Nascimento dos Santos, há dez anos, teve sua primeira filha com Mãe Celé, como ela a chama. Ela própria nasceu pelas mãos dessa parteira. E é ela que me guia até sua casa.

Quando cheguei, Dona Celé estava sentada de costas para porta, em uma cadeira de plástico a dois palmos da televisão entoando os cânticos da missa de um programa de TV. Sua neta lhe falou de minha presença, ao que ela ignorou, dizendo que ia terminar de ver a missa.

Esperei alguns minutos, até que a missa terminasse. Rosenilda ajudou Dona Celé a se levantar.

É uma senhora pequena, magra, com os olhos esbranquiçados pela cegueira e não aparenta os quase noventa anos quem tem. Ela estendeu as mãos e perguntou:

_Quem está aí?

Rosenilda explicou, bem alto ao pé de seu ouvido, que uma moça de Jornalismo estava fazendo um trabalho sobre parteiras. Imaginei logo que seria difícil fazê-la me ouvir, por conta de seus ouvidos idosos e o meu sotaque desconhecido. Me enganei. Ela me ouvia com facilidade. Estendi minhas mãos pra ela e disse meu nome. Rosenilda adiantou:

_É de fora, Mãe Celé.

_Ah, de fora. _ela soltou minhas mãos e se pôs a sentar.

Há anos atrás, algum mal, que ela desconhece, atacou suas vistas. Parecia mentira que aquela senhora tão miúda, enxugando todo o tempo os cantos da boca e a secreção dos olhos sem luz com um lenço tivera 23 filhos de parto normal e acudira tantas mulheres, que ainda hoje, mesmo cega, recebia *buchudas* em sua casa.

Depois da cegueira, Dona Celé fez menos partos, mas não perdeu o respeito. As mulheres que a visitam querem saber se têm alguma doença na barriga, se estão grávidas, com quanto tempo está o bebê e se ele está na posição certa.

_De 1960 pra cá é pegando menino todo tempo. Não sei quantos meninos foi, viu, porque daqui é pai, filho, neto e parentes ao redor. Dos que eu peguei, foi neto e dos bisnetos já. O derradeiro foi aquele

da menina dali, a do leite, que teve agora por último. Eles vieram me chamar aqui e o Antero [filho de Dona Celé] disse assim 'mãe, vá, mãe'. Quando eu cheguei lá ela já tinha ganhado. Tava na rede. Eu tirei, cortei o umbigo do menino, banhei. Ele já caminha?

_Ele já caminha. Acho que ele tem uns nove, dez meses... _responde Rosenilda.

Me impressiono: depois da vinda dos enfermeiros e da ambulância que pode levar até Tutóia, Dona Celé, mesmo cega, é chamada pra fazer partos na comunidade. Sua neta, Áurea, me confirma:

_Assim mesmo, cega, ela já pegou menino. Pega e depois eu dou conta de limpar, vestir, arrumar. Mas ela ainda faz. E ainda repara a barriga de mulher. Quando ela diz que a criança tá de mau jeito, pode levar pro médico que tá e não vai conseguir nascer normal. Pode ir, que é certeza mesmo. Ainda hoje têm vezes que vêm de duas, três mulheres aqui, pra ela olhar barriga.

_Eu não olho, minha gente. Eu não enxergo. _ri Dona Celé. _Eu passo a mão.

Já cega Dona Celé deu conta de fazer um parto difícil. Um homem veio procurá-la de madrugada para fazer o parto de sua mulher, que vive em outro povoado.



Nessa foto dá pra ter uma idéia de como é a travessia entre os povoados.

_A senhora pega? _perguntou o homem.

_Eu pego meu filho, mas eu não enxergo, não tenho escola... Meu filho, eu não sou ninguém, só sou porque Deus é bom, porque Deus estando do lado da gente, aí...

_Eu já andei muito por aí, não achei ninguém pra ajudar... Venha comigo, Dona Celé, ajudar minha mulher.

A parteira foi na garupa do cavalo. Quando chegou, pousou suas mãos já calejadas do trabalho na roça sobre a barriga da mulher.

_Meu Deus, que barriga grande. Eu não enxergo, mas eu sei que a sua barriga é grande. É minha filha, com fé em Deus, vai.

Não demorou muito, nasceu um menino. Mas a mãe ainda sentia dores muito fortes.

_Minha filha... _Dona Celé bateu a barriga da mulher. _É dois... Tem mais um filho...

_Meu Deus! Ô Dona Celé... _disse a mãe, *aperreada*.

_O outro está atravessadinho... Minha filha, não tenha medo, não adianta você se assustar, o negócio aqui são duas crianças.

_Mas o doutor não me disse...

_Tem medo não minha filha. Deixa eu ajeitar.

Depois de alguns minutos, Dona Celé mandou a mãe fazer força quando viesse a dor.

Nasceu uma menina. Era um casal de gêmeos.

Dona Celé ficou inconformada de a mulher ter ido ao médico e ele não ter avisado que eram dois bebês. Infelizmente, a mãe não fizera nenhum ultrassom.

Na minha frente, enxugando os olhos, ela resume:

_O doutor nunca disse. Doutor num fala nada, eles num endireitam menino não. Ele pega logo e corta, num é não? Doutor num alisa ninguém, minha filha. O menino morreu com seis meses e a menina, dias desses, ela andou. Ela era pequena, mas tá aí. Mas as mulheres que não tinham condição e eu não podia, levava pra Parnaíba.

As mulheres do povoado procuravam Dona Celé até mesmo para saber o sexo da criança, que reza a lenda, ela sabia dizer. Eu pergunto, intrigada, como Dona Celé sabia ver se era menino ou menina.

_Eu botava a mão na barriga, sabia se era mulher, se era homem... Mas agora, eu tô boba. Veio uma aqui esses dias, pra saber, eu disse, menina, vai pra lá que o doutor que sabe, agora. Se estiver errado, eu

ajeito. Se tá com a cabeça pra cá, eu rodo, boto pra baixo, isso eu tenho feito é demais, assim sem enxergar mesmo. Menino tá sentado, eu rodo. Vai pra lá, o médico diz que tá sentado, mas não ajeita. Aí vem pra cá eu ajeito.

Não controlo a curiosidade e pergunto:

_Mas Dona Celé, como a senhora sabia?

_No ajeitar do menino, da menina, que se criam de jeitos diferentes. Aí aquilo parece que tocava na minha cabeça, aí eu sentia e dava certo.

Eu lanço um olhar descrente para Rosenilda. Está parecendo conversa de pescador. Ela percebe e se apressa em garantir Dona Celé:

_A minha gravidez, todo mundo dizia que era homem. Aí eu vim e mandei ela olhar. Ela disse, aqui não é homem não, é uma menina. Mas com natureza de menino homem. Olha, nasceu menina, mas é danada! _diz Rosenilda, rindo. _Pior do que macho!

_É porque às vezes a menina tem aquela natureza do homem, o menino tem aquela natureza de mulher, ele se cria, como mulher e fica todo aberto, como mulher fica, e tem mulher que se cria de bruços, como homem. E é preciso a gente ter aquele tato, porque se não tiver, não dá pra saber. Aí eu sentia. _conta a parteira.

Quando ficou grávida, Rosenilda não pensou duas vezes: queria Mãe Celé amparando seu filho. Fez o pré-natal no posto de saúde e ouviu de algumas pessoas que era muita coragem ter o primeiro filho – geralmente mais demorado pra nascer – em casa. Achei graça. Era arriscado ter em casa, mas não era arriscado ter com Dona Celé. Rosenilda explica que nunca tiveram notícia de que essa parteira perdeu uma mulher ou um menino em todos esses anos, por isso ela ficou ainda mais respeitada ao longo do tempo.

Antes do parto, Rosenilda foi examinada por Dona Celé, que disse estar tudo bem, o bebê na posição certa. E na hora de nascer, a cabeça do bebê ficou pra fora, mas o corpo demorava a sair.

_Se ajeita aí, minha filha, eu vou olhar o que é. _avisou Mãe Celé. _Hum, tem um braquinho dobrado... Está com a mão no queixo... Deixa eu ajeitar. _Mãe Celé então arrumou a criança, que nasceu rapidamente.

Rosenilda já contou que nasceu pelas mãos de Dona Celé. Mas agora é a parteira quem conta como foi.

A mãe de Anilda, como Dona Celé chama Rosenilda, estava pra ter o bebê, na casa do sogro, quando Dona Celé foi vê-la. Chegou lá pela



manhã e viu que o quarto onde a mãe estava teve o telhado de palha arancado pelo vento. Dona Celé mandou chamar o sogro da parturiente, o compadre Bela:

_Ô cumpade, vai tapar esse quarto.

Quando já apontava o sol forte do meio dia, a mãe de Rosenilda não tinha tido o bebê ainda. E nem o seu sogro tampado o telhado.

_Ô cumpade, o senhor não foi tapar o quarto? _interrogou Dona Celé.

_Fui não, cumade.

_E essa mulher vai ganhar neném com este sol da meio dia pra tarde?

_Cumade, você sabe? A senhora manda é na sua casa! _Hoje Dona Celé ri quando conta a história. Mas na época, enfureceu-se.

_Hoje, eu tô mandando na sua casa. Hoje é comigo. O senhor não manda não, hoje sou eu. Então vá lá buscar a palha, seu... Hoje sou eu que mando! _Alguns minutos depois, Dona Celé viu seu compadre arrastando as palhas para compor o telhado.

Ao ouvir a história de seu avô, Rosenilda suspira:

_Povo era ignorante.

_Quem pega menino agüenta tanto desaforo, minha filha, você nem sabe. Tem gente que não é ignorante não, mas tem gente... Ô meu Deus... _lamenta Dona Celé. _Eu era o médico desse lugar..

Ela explica que nunca ganhou nada pra fazer partos, nem das mães, nem da Prefeitura. Apesar de ter votado muito tempo no ex-prefeito Zilmar Melo (o mesmo que teve a casa invadida), enfermeiro com quem muitas vezes cruzara levando *buchudas* e pedira ajuda no hospital de Tutóia, jamais recebeu apoio qualquer, nem mesmo luvas de graça para atender as mulheres. E quando ficou viúva, não pôde receber a aposentadoria do marido. Continuou trabalhando na roça – colhendo mandioca – até não poder mais enxergar. Então aposentou-se por invalidez, por causa da cegueira.

_Mas Deus compensa a gente. Que a gente pra pegar um menino, não é só dizer, eu sou pegadeira de menino, mas não saber nada... Porque menino até esteira apara [segura], não é não? Então não tem conversa não, mas saber o jeito. Um menino de pé é tão ruim pra gente lutar. Ai, vixe, mas dá trabalho, minha filha. Pra gente que vai pegar e pra quem vai ganhar. É tanta coisa. Se a pessoa não souber o que tá fazendo, num faz nada. Eu faço porque tenho compaixão. Antes era ainda pior, porque não tinha como levar pra Tutóia, e pra Parnaíba então, só ia de canoa.

Foram muitos partos que fizeram a fama de Dona Celé imbatível até mesmo entre as enfermeiras, que respeitam seus conselhos e pedem que ela indique visitas ao posto de saúde regulares para as grávidas. Dona Celé concorda, e atualmente só tem feito os partos quando a mãe não tem alternativa. Do contrário, manda procurar o médico.

_Eu tenho coragem. Deus botou no mundo num foi com coragem? _pergunta.

Ela conta a história do seu parto mais difícil. Foram três dias de trabalho de parto, para nascer uma menina de cinco quilos com as nádegas apontadas para o canal de parto. Qualquer bebê de cinco quilos, em um hospital, recebe a indicação de cesariana. Qualquer bebê fora da posição cefálica, também. Um bebê de cinco quilos que nasce bem, com as *cadeiras* primeiro, e sem complicações para a mãe, impressiona.

Dona Celé sabia que a posição não estava certa e era um bebê grande. Chamou o marido de Rosa, a parturiente:

_Ô, Almir, num é melhor levar pra Tutóia, não?

_Melhor levar não...

_Olha, tá demorando. Vai passar do tempo...

Nem esse último argumento convenceu Almir. Dona Celé observou melhor. Agora o líquido da bolsa estava um pouco esverdeado. O bebê começava a defecar dentro da barriga. É o chamado mecônio. Ela precisava agir rápido.

Dona Celé ajoelhou-se e pediu força a Deus. Olhou para os lados. Quem poderia chamar? Além dela, só os médicos de Tutóia. Olhou para Rosa:

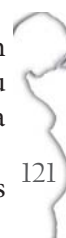
_Rosa, tu tá com fé em Deus, minha filha?

_Tô com fé em Deus e na senhora.

Rosa estava sentada em um pequeno banquinho. Devagar, Dona Celé foi ajudando a bebê a descer. Rosa fazia força na hora das contrações. Devagar, o bumbum da criança ficou pra fora. Dona Celé foi fazendo massagens para o bebê nascer. Achou os braçinhos e foi ajudando a descer.

Nasceu uma menina grande e bonita, mas que não se mexia e nem chorava. Dona Celé a embrulhou em um pano e muito triste, pensou que estava morta. Pediu para Almir colocar a mulher na cama. Era hora de pensar na mãe. Com pesar, disse:

_Minha irmã, tua filha pode morrer, mas você vai escapar, se Deus quiser. _ e foi esperar a placenta.



Quando a placenta saiu, Rosa, mesmo muito fraca, só queria ver a filha. E a viu se mexer.

_Olha, Dona Celé!

A menina esticou os braços e as pernas, dobrando o corpo como estava quando nasceu e começou a chorar. Foi a maior alegria. Dona Celé então tratou de limpar a criança com jeito e entregar pra mãe. Sua missão estava cumprida.

Hoje, lembrando, ela conta como se sente numa hora dessas:

_Não é mole, minha filha. Dá vontade de morrer primeiro.

Dona Celé não costuma mais usar remédios caseiros durante o parto. Antigamente usava chás e *garrafadas*, ou recomendava um mingau pra ajudar a mulher a ter força. Mas para ela o que adianta mesmo é ter fé e paciência durante o parto.

Hoje, as *buchudas* que a procuram querem saber também se devem ir a um médico.

_Mas tem que vir me perguntar se precisa ir no médico? Ora, mas você vá a um médico logo!

Antes de me despedir, não agüento a curiosidade diante daquela parteira tão cheia de histórias e desafios. Peço que ela examine minha barriga.

_Mas minha filha, o que é que tu tem na barriga?

_Quero que a senhora veja e me mostre como faz com as suas *buchudas*.

Sua neta Áurea levou Dona Celé pela mão até o quarto. Chegamos até o seu quarto, onde, costume da região, havia uma rede suspensa sobre a cama.

Na cama de casal, com uma cocha colorida, Dona Celé mandou que eu me deitasse.

Ela então abaixou-se e tocou minha barriga com as pontas dos dedos. Dois segundos depois, disse:

_Ah, minha filha, nessa barriga aqui nunca teve menino. Nem precisa me dizer.

Ela tinha razão. Fiquei surpresa. Pedi que me mostrasse como fazia na barriga das mulheres grávidas. Dona Celé correu a mão por minha barriga em diferentes posições.

Antes de me despedir, perguntei quantas crianças ela já ajudara a nascer.



Dona Celé fazendo comigo como faz com suas *buchudas*.

É muito menino... E agora, depois de eu já velha, tenho pegado menino sonhando, muito menino, muito... ela ri. _Antes eu não tinha descanso, sempre pegando menino. Agora depois de velha, até sonhando. Tem mulher que têm de dois meninos de uma vez. Mas meu Deus, tomai conta de mim, que tanto é esse de menino no mundo?

Não posso deixar de citar os olhares e expressões de admiração e respeito de Rosenilda ao ouvir Dona Celé contar um pedacinho de sua vida. Quando saímos da casa, ela me disse:

_Ela é muito experiente. O pessoal confia muito nela, tem muita sabedoria. Ela já fez muito parto por aqui. Só parou de fazer direto porque está assim fraquinha, cega, já de idade. Quando não é criança ela também sabe dizer.

_Como assim, Rosenilda, quando não é criança?

_É que pode ser cisto, né. Teve uma comadre da minha mãe que já estava com um barrigão assim de seis meses, já tinha comprado boa parte do enxoval. Mas ainda não tinha ido ver Dona Celé. E a gente falando pra ela, vai ver Dona Celé. Quando ela foi, Dona Celé disse que não era gravidez, era cisto. Ela num queria acreditar, foi fazer exame com o médico. E era cisto mesmo. Dona Celé sempre acerta.



No dia seguinte, conversei com a estudante de enfermagem Tatiana Palumbo, que estava em Tutóia. Ela se interessou e disse que pretendia fazer especialização em Obstetrícia. Mostrei as fotos de Dona Celé ao acaso. Tatiana se deteve nas fotos em que ela examinava minha barriga. E me deixou ainda mais surpresa:

_Ela faz como ensinam as enfermeiras da Universidade.

Ainda no povoado de Jardim, há outra parteira, bem mais jovem. É Elizabete Silva Santos, de 48 anos, conhecida como Bete, com 198 partos atendidos. Ela começou há dois anos, depois que sonhou que uma criança a ensinava a acompanhar partos.

Eu pergunto a Bete se posso fotografá-la. Ela ri, timidamente e me pede pra esperar. Volta, quase dez minutos depois, com os cabelos arrumados, roupa trocada e pó de arroz nas faces. Foi a única parteira que se importou de verdade com a imagem diante da máquina fotográfica. Todas as outras agiram como se a máquina não existisse durante a entrevista e antes que eu fosse embora, algumas pediram que eu tirasse fotos com seus netos ou parentes. Apesar disso, Bete é uma parteira diferente: parece não gostar de contar suas histórias.

Em seu primeiro parto, ela tinha ido visitar um irmão, em Parnaíba, mas quando chegou, soube de uma vizinha que estava parindo. Não havia tempo de ir ao hospital. Ela era a única pessoa com *coragem* para amparar o bebê. E assim o fez.

_Mas eu nunca tive informação assim com uma pessoa de saúde, não. Foi por causa de mim mesmo.

Os seis filhos de Bete nasceram em casa, com sua mãe. E ela continuou a tradição, amparando os bebês de suas filhas no mesmo lugar.

As grávidas que essa parteira atende costumam fazer o pré-natal no posto de saúde. E quando ela percebe que não pode ajudar, porque a mulher precisa de mais cuidados, chama um carro pra levar até Tutóia, a qualquer hora do dia e da noite.

_Quando eu vejo que num dá pra mim, levo pra Tutóia. Vê que tá demorando, assim, três dias, quatro dias, o trabalho de parto, aí a gente leva. _diz ela.

Na hora do parto, Bete gosta de rezar para Nossa Senhora do Bom Parto, “a parteira das mulheres”. Ela costuma aconselhar as mães a ter o bebê no tamburete (pequeno banco) que ela guarda em sua casa, mas confessa: às vezes, quando ela chega, a criança já está nascendo. E aí,

é onde a mãe estiver: na cama, num banquinho, em pé, no colo de alguém...

Mas esse alguém nunca é o marido. Sobre a presença do pai na hora do parto, Bete acha que eles não gostam de assistir esse momento feminino.

—Eles sempre saem, ficam a mãe, a vizinha, a irmã. Ele só entra depois que a criança chora. Eu acho que eles não gostam. Mas se quiser ficar, eu não ligo.

Se a mãe está com muita dor, Bete sugere tomar um chá pra aumentar a contração, como o chá de alfazema. Mas se o trabalho de parto demora muito e a mãe está com dores muito fracas, ela não pensa duas vezes: leva pra Tutóia para aplicarem “a injeção”. É o hormônio ocitocina.

Bete se lembra de seu parto mais difícil. Eram dois meninos, gêmeos, que nasceram em pé. O parto foi demorado, mas a mãe as crianças ficaram bem. O parto mais traumático pra ela, foi na verdade o de uma mãe que a procurou porque tinha levado um *susto*. Bete percebeu: o bebê não mexia mais.

Mas a mãe sentiu as dores do parto e teve a criança, já morta. A parteira então aconselhou que a ela fosse levada à Tutóia, para fazer a limpeza no hospital.

—É que podia ter ficado alguma coisa, né. Já fazia uns quinze dias que tinha morrido. Mas é que ela achou que não, então demorou todos esses dias.

Essa foi a única tragédia que Bete presenciou, os outros partos foram todos tranquilos, mesmo porque ela não costuma insistir com a mãe: se o bebê não estiver na posição cefálica e se a mãe estiver reclamando de muita dor, chama logo um carro pra o transporte até o hospital. Muitas vezes, os parentes da mulher ficam nervosos com o sofrimento da parturiente e pedem que Bete a acompanhe até o hospital, mesmo quando está tudo bem.

—Já chegou a acontecer da família querer levar quando estava tudo bem e aí foi só botar a mulher no carro que nasceu a criança.

Para ela, a parte mais difícil de um parto não é a saída da criança, mas sim da placenta. Às vezes, a placenta pode demorar mais.

—É muito perigosa, pois qualquer pedaço que fica, pode dar infecção.

Apesar de aos poucos contar seus feitos como parteira, Bete não revela exatamente por quê faz partos em Jardim. Desde fevereiro ela



A VIDA PEDE PASSAGEM

recebe um salário mínimo para atender partos domiciliares no povoado. As enfermeiras do posto de saúde dizem que é porque ela foi cabo eleitoral do atual prefeito.



Bete, com um pouco de pó de arroz e os cabelos esticados.

10. As parteiras e o aborto

Minha filha, por que você quer tirar?,
DONA MARIA JOSÉ DE CASTRO FREITAS

Nos capítulos anteriores, você conheceu a história de Dona Joana D'Arc. Lembra da Dona Cotinha, sua vizinha também parteira?

Dona Cotinha, além de cuidar dos netos com firmeza, atende *buchudas* com o maior carinho do mundo. Aos 67 anos, não sabe quantos partos assistiu desde que começou, há 40 anos.

Sentada no braço do sofá da casa de Dona Joana D'Arc, Dona Cotinha conta que teve 16 filhos com a mesma parteira, em casa.

— Quando ela estava partejando comigo, me ensinava como eu deveria fazer se um dia ela não pudesse me ajudar.

Dona Cotinha guardou os conselhos dessa velha parteira. Um dia, uma vizinha estava em trabalho de parto e precisava de ajuda. A parteira não estava. Dona Cotinha não viu outro jeito: precisava acudir sua vizinha. Com muito medo, ela assistiu ao parto. Foi rápido e deu tudo certo. Ela então sentiu-se aliviada por ajudar.

A parteira conhecida do bairro já estava bem velha, quando morreu. Dona Cotinha ficou sentida com sua morte. Além disso, não havia mais quem fizesse partos. Como já tinha perdido seu medo com a vizinha, ela tomou o lugar dessa senhora que “partiu” e começou a ser chamada para atender parturientes.

Mas não é só no momento do parto que Dona Cotinha gosta de acompanhar as gestantes, e sim durante toda a gravidez. Ela sempre aconselha vigorosamente a fazer os exames do pré-natal. Mas uma mulher, em um tremendo *aperreio*, fez com que Dona Cotinha dedicasse ainda mais im-



Ela estava acompanhando uma gestante que não gostava de hospitais. Em todas as visitas para olhar sua barriga, a parteira perguntava se ela estava fazendo o pré-natal direitinho.

_Estou sim, fazendo tudo certinho.

Não era verdade. A mulher não gostava de “homens de branco” e não achou necessário fazer o acompanhamento. Resultado: no dia do parto, procurou desesperadamente Dona Cotinha. Estava com dores muito fortes. A parteira achou por bem levá-la ao hospital e mandou chamar um táxi, já que nem ela, nem a parturiente ou os vizinhos dispunham de carro. E se chamassem uma ambulância, podia demorar o mesmo que cruzar o caminho a pé.

O táxi chegou depressa, enquanto a mãe reclamava muito. Entraram no carro, passaram as primeiras ruas e a mãe começou a gritar. Dona Cotinha entendeu:

_Motorista! Pare esse carro agora! Ela vai ter o neném aqui.

O bebê nasceu ali mesmo no carro. Mesmo assim, Dona Cotinha preferiu levar a mulher e o bebê para o hospital, para ver se estava tudo bem.

_A gente põe elas pra fazer os exames. Quando não faz, deixa a gente nessas situações. É o maior perigo pra elas.

Dona Cotinha nunca perdeu uma mulher ou criança durante todos esses anos de partejar. Mas tem um assunto que ela fica receosa de falar: o aborto.

O relatório Saúde Brasil 2007 estima em torno de 750 mil a 1 milhão de abortos provocados por ano no país, baseado em cerca de 250 mil casos anuais de internações por complicações de aborto atendidos e registrados no SUS. Atualmente é considerado uma pandemia silenciosa que requer ações urgentes de saúde pública e dos direitos humanos. O aborto é ainda um dos grandes responsáveis pela alta mortalidade materna.

Quando cheguei ao bairro de Dona Cotinha, entrei em um bar e perguntei a uma mulher que lá estava:

_Tem alguma parteira nesse bairro?

_É quem faz aborto?

_Parteira.

_Ah, menina, tem uma mulher naquela rua ali na frente que faz aborto.

AS PARTEIRAS E O ABORTO

Lembrei-me dos tantos comentários pejorativos que ouvi acerca de parteiras que fazem abortos, mas que julguei serem puro “achismo”.

_O nome dela é Joana? _perguntei.

_Não, não é não. _ ela me disse o nome. _É naquela rua ali na frente. É pra você, meu bem? Não faça isso não.

_Essa mulher aí faz aborto?

_Ah, ela faz um monte de amarração, não é? Acho que faz aborto também. Mas assim, fazer parto, não faz.

_E a Dona Joana parteira, você conhece?

Ela virou-se para o dono do bar:

_Conhece alguma Joana parteira?

_Ah, é uma fortinha? Conheço sim. Olha, você vai andando naquela rua. _era do lado oposto. _e sai perguntando por Dona Joana, todo mundo conhece. A filha dela também é, viu. E tem uma vizinha também.

O nome que ouvi não era o de nenhuma das parteiras que conheci. Mas já deu pra perceber que mesmo que o aborto seja proibido no Brasil, é fácil encontrar quem o faça.

Durante a conversa com Dona Cotinha, fiz a mesma pergunta que fiz para todas as parteiras:

_Já procuraram a senhora pra fazer aborto?

Joana D’Arc, que estava do lado, escandalizou-se:

_Eles nem procuram a parteira, eles sabem que a gente não faz essas coisas. A parteira é pra salvar vidas, não tirar.

Dona Cotinha não respondeu. Senti que ela tinha algo a dizer. Olhei para Joana:

_Joana, e aquele livro da parteira? Você tem um aí pra eu ver?

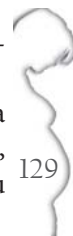
Joana levantou-se e foi apanhar o livro. Dona Cotinha aproveitou a deixa:

_Já me procuraram sim.

_Como foi, Dona Cotinha?

_Era uma moça, tava fazendo faculdade. Ela veio na minha casa junto com o pai da criança.

A moça que procurou Dona Cotinha achou que a gravidez poderia atrapalhar os estudos. Estava desesperada e junto com o pai do bebê, queria uma solução. Dona Cotinha arregalou os olhos e perguntou pra ela:



_Minha filha, por que você quer tirar?

A moça ficou muito nervosa e respondeu que não queria interromper a faculdade.

_Mas minha filha, se você tirar a vida de seu filho, você vai ficar com a alma suja. Se você tira a vida de seu filho, o que impede você de tirar a vida de outra pessoa?

A moça então desabou em lágrimas e saiu depressa da casa de Dona Cotinha, junto com o namorado.

Dois dias depois, voltou:

_Dona Cotinha, eu quero preencher uma ficha. Vou ter o meu filho com a senhora.

O rosto da parteira se iluminou de alegria. A moça estava na verdade com medo de que o pai, futuro avô, não aceitasse a gravidez. Mas ele aceitou. Depois desse parto, a moça se casou com o namorado, terminou a faculdade e teve mais dois filhos, também amparados por Dona Cotinha.

A história de Dona Cotinha ilustra a opinião da maioria das parteiras entrevistadas e quebra a imagem que setores contrários a elas tentam imprimir: de que parteiras são também “aborteiras”. Em geral, as parteiras são religiosas e por isso mesmo mantêm posições muito conservadoras, considerando o aborto um pecado. Também estão conscientes do risco de vida que essa prática trás para mulher. Mas no fundo, a maioria delas sabe que é comum.

Outro caso que chama atenção é o da parteira Dona Raimunda, de São Luís. Ela diz que é muito procurada para fazer abortos. E confessa:

_Ah, quer abortar? Na hora eu falo pra ela que sei uma receitinha. Mando ela tomar uma garrafada. Só que essa garrafada, que ela acha que vai fazer ela perder o filho, faz é fortificar o ovário, para segurar a criança e crescer bem.

Depois de um tempo, as mulheres costumam voltar à casa de Dona Raimunda.

_Olha, Dona Raimunda, a sua *garrafada*, o que deu. Eu não perdi, olha o menino aqui. Tá grande, gordo, eu trouxe pra senhora ver.

_Graças a Deus.

_A senhora sabia?

_Ah, minha filha, tu queria morrer ou viver?

_Viver.



_Então tá aí. Eu fiz pra tu viver com teu filho.

_ Mas a senhora me mentiu.

_ Pois é, agora eu vou arrumar pra ti *ligar*.

Outras parteiras afirmam que sabem como provocar um aborto, mas se recusam a ajudar a fazer ou ensinar com medo de serem culpadas pela morte da mulher, um grande risco para quem provoca um aborto clandestinamente em condições precárias.

Apenas uma parteira disse que já tinha interrompido gestações. Dela mesma. Foram seis abortos provocados, intercalados com suas várias gravidezes. Para isso, ela utilizou remédios com conhecida ação abortiva, à venda nas farmácias.

Ela conta que era obrigada a engravidar pelo marido, “para mostrar que ele era macho”. Com tantas gestações, estava fraca e debilitada e, com tantos filhos, sem pensão, renda fixa ou oportunidades de trabalho, estava também sem dinheiro para dar o mínimo a todos. Ela assistiu nove de seus filhos vivos morrerem de fome. Diante desse sofrimento, ela preferiu o aborto. “Matei seis”, ela conta, sem arrependimento.

Apesar de ter provocado abortos, quando procurada por uma mulher com essa intenção, ela diz que não sabe como tirar fetos. Tem medo de ser culpada de “ensinar pra matar criancinha”.

A atitude dessa mulher diante de seu drama não pode ser vista como uma ação isolada, sem a consideração dos contextos. À parte a legislação brasileira, que interpreta o aborto como um crime, não seria outro crime deixar crianças nascerem para depois assisti-las morrerem de fome?



11. Dificuldades

*Nessa hora, é melhor que vá pro médico,
porque ele faz a cesariana. Mas se não dá...,*
ALDEONORA PINHEIRO SILVA

O bairro do Arpoador, que pertence à cidade de Tutóia, tem esse nome quase poético não é à toa: pertinho das casas, ficam as dunas de areia e as lindas lagoas de água doce formadas pela água da chuva. De cima das dunas é possível ver um espetáculo de beleza, formado, de um lado, pelo desenho em constante mudança das dunas e do outro lado, pelo mar de



Apesar da beleza fantástica que cerca o Arpoador, as dunas se constituem um verdadeiro pesadelo para quem precisa ser transportado com rapidez.

águas escuras da praia. As águas escuras contrastam com a areia branca, mas não é a poluição que escurece as águas, é o mangue próximo do mar.

Em todo o litoral maranhense, a variação das marés é muito grande. É uma das maiores variações do mundo, a ponto de deixar sem voltar pra casa algum desavisado.

O povo costuma dizer: “Quando você vai, a maré é baixa, mas quando você volta, já subiu tanto que quase não dá pra passar”. É verdade, em questão de duas, três horas, alguns trechos ficam intransitáveis.

Essa é a dificuldade da comunidade do Arpoador, separado do restante da cidade pelas dunas. Para atravessar o caminho pela praia, depende-se da variação da maré. Se a maré estiver alta e impedir os carros de passarem, o jeito é atravessar o caminho de bugue, por cima das dunas.

Além da dificuldade do transporte ser um obstáculo quando um doente – ou uma gestante – precisa de socorro, atrapalha a vida dos estudantes do bairro. Escola, só em Tutóia.

O agente de saúde do Arpoador, havia dito, em um rápido encontro em Tutóia, que lá moravam duas parteiras. Combinei um dia para que ele me acompanhasse até a casa delas.

No dia combinado, contratei um motorista, Tony, para me levar de bugue. Depois de atravessar a bela paisagem, chegamos ao Arpoador. Não havia ruas, apenas caminhos de areia entre as casas, todas com quintais recheados de coqueiros.

Fui à casa do agente de saúde, que não estava. Tony sugeriu que passássemos na casa de uma conhecida sua. Era Raimunda Nonato de Araújo Costa, de 33 anos, conhecida como Nonata. Tony chamou com a cabeça espiando sobre a cerca de paus:

_Ô Nonata!

_Ei. _respondeu uma mulher lá de dentro.

_Ô Nonata, tu conhece parteira por aqui?

_É, tem minha tia.

Nonata topou subir no bugue e me levar à casa de sua tia, mas sem demora, porque estava esperando “um pessoal” levar umas madeiras de obra em sua casa. Fomos até a casa de Maria Deusuíta de Oliveira, sua tia. Lá moravam também a maioria dos seus netos e alguns filhos, abrigados pelo costume e pelo amor. Dona Maria Deusuíta não estava em casa, havia saído para pescar. Perguntei se ela demoraria e Nonata

DIFICULDADES

respondeu que normalmente voltava bem antes do almoço. Nonata pediu que voltássemos a sua casa para esperar.

Na casa de Nonata, sentei-me sob os seus coqueiros altos, ao lado de um lago improvisado onde ela cria peixes. Tivemos uma conversa agradável sobre os partos de seus três filhos, tomando a água dos cocos colhidos em seu quintal, que são vendidos a vinte e cinco centavos para os comerciantes de Tutóia.

Os três partos de Nonata foram com Dona Maria Deusuíta. Ela não sentiu dor e as crianças nasceram muito rápido.

_E você fez pré-natal, Nonata?

_Fiz nada. Quer dizer, dos dois mais velhos num fiz, mas da última, a menina, fui uma vez no médico de Tutóia e ele me disse que meu parto era pra cesárea. Dessa barriga eu fui todo mês.

_E na hora de nascer você foi pra Tutóia?

_Ah, fui nada. Chamei a tia, ela veio e pegou. Foi rapidinho. Fui pra lá depois.

_E porque não foi pra Tutóia?

_Ah, o médico disse que era *perigo*, mas não era não. E nasceu tão rápido que nem ia dar tempo.

Antes que voltássemos à casa de Dona Maria Deusuíta, Nonata quis me mostrar os famosos camarões de Tutóia, que ela revende. Em um freezer branco, dentro da cozinha, ela armazena os camarões de um palmo de tamanho que fazem tanto sucesso no Maranhão.

Voltamos à casa de Dona Maria Deusuíta. Mais uma vez, não a encontramos. Resolvi esperar o quanto fosse possível para o motorista Tony.

Esperei cerca de uma hora e meia, na qual fiquei conversando com Nonata e perguntando sobre a vida na região. Nessa conversa, ela me contou que o agente de saúde não fora ausente só comigo, mas com toda a comunidade durante todos os anos em que ali está. Os moradores já entregaram vários abaixo-assinados para sua saída, sem sucesso.

Já era uma e meia da tarde e o sol escaldante sufocava todos os poros. Decidi partir, desapontada. Tony brincou:

_Ah, moça, desse jeito esse nenê não nasce. Sem parteira, como faz?

Antes que eu pudesse responder, Tony berrou:

_Ih, olha a mulher lá. _Dona Maria Deusuíta estava de volta. Nem tive tempo de vê-la, ela entrou pelo quintal da casa. Nonata foi perguntar a ela se aceitava dar entrevista. Voltou alguns minutos depois.



_Olha, ela disse que não quer falar não.

_Não quer? Será que ela não me deixa nem conversar um pouquinho?

_Ah, mas como eu disse que você era muito legal, ela disse que fala sim. _disse Nonata, me pregando uma peça.

Entramos na casa e fomos até o quintal. Em um banquinho, estava sentada Dona Maria Deusuíta, uma senhora morena, queimada de sol, as rugas da pele de quem mora na praia e um sorriso largo muito fácil. Seus longos cabelos estavam molhados e os olhos vermelhos, dando a impressão de quem estava nadando há um bom tempo.

Eu me sento em uma cadeira em sua frente e Nonata se senta ao lado. Concentrei-me na entrevista para não ter atenção desviada pelas borboletas que batiam as asas frequentemente em nossos ouvidos, nem pelas galinhas criadas soltas pelas casas que batiam as asas nas minhas pernas. Concentrei-me tanto que não percebi – segundo me contaram depois – um enorme porco preto que me cheirou as costas, ainda bem.

Comecei perguntando:

_Dona Maria Deusuíta, quantos anos a senhora tem?

_Minha irmã... _ela olha para os lados. _Acho que é uns setenta e pouco. _responde. Se eu tivesse que dizer, não daria sessenta.

_A senhora faz parto?

_Minha irmã, é, quando me aperreia, eu faço. Porque a gente é obrigada. Se já agarrou uns dois, as pessoas sabem e mandam chamar. E eu fico com cerimônia de dizer que num vou, porque parece que eu tô fazendo uma ingratidão com a pessoa. É porque nós mora tudo aqui nesses interior... E às vezes é coisa aperreada, num dá tempo de chegar lá na Tutóia, aí é o jeito. É que as pessoas assim são tudo que me consideram. Porque aí é tudo de um lugar, uns precisando dos outros, né?

Dona Maria Deusuíta acompanhava a sogra, que era parteira da comunidade. Assim, aprendeu a assistir partos e ficou conhecida no Arpoador como parteira. No primeiro parto que ajudou, há quase 30 anos, estava esperando a sogra chegar.

_O primeirinho não era pra mim. Mas era eu que estava ali e então agarrei. Daí pra cá, chega hora por outra eu agarro um. Mas eu já tenho gente que eu já agarrei que já pai de filho. Os meninos me dizem, ah, mãe, está vindo Fulano de Tal. E eu já até sei, porque por aqui a gente sabe as que estão grávidas.

DIFICULDADES

Depois desse parto, Dona Maria Deusuíta perdeu o medo de amparar crianças. E assim também aprendeu a acertar a posição do bebê para a hora do parto.

E foi sendo chamada para outros *aperreios*.

Eu pergunto se ela já cobrou alguma coisa em troca para acompanhar as mulheres.

_Não senhora, tá aí essa prova de que eu não cobrei nada. _aponta para Nonata. _Fora aquelas pessoas que querem dar alguma coisa assim, hoje em dia me dá. Mas tem uns que nunca me deu nada e eu também nunca procurei, viu. Eu não peço, não, num peço.

É porque eu gosto de fazer esse favor pras pessoas, menina...

Ela não se lembra quantos partos assistiu, mas a última criança que nasceu nos seus braços foi há cinco meses, na casa da mulher.

_Ele está aprendendo a sentar.

Quando eu pergunto o que ela costuma fazer para ajudar o bebê a nascer, ela ri e responde com muita simplicidade:

_Minha irmã, eu mesmo num faço quase nada... O parto é delas, num é? Porque têm umas corajosas, têm umas mais fraquinha...

Na hora do *aperreio*, Dona Maria Deusuíta costuma usar “só umas besteirinhas” como coentro, chá de alfazema ou um pouquinho de pimenta do reino pra ajudar nas dores. Mas quando essa parteira vê o bebê nascendo, só quer saber do apelo divino.

_Minha irmã, eu não tenho nenhuma reza. Pra mim é só Deus mesmo. Porque com Aquele ninguém pode. E quando a gente tá naquela luta, é pra quem a gente entrega, pra quem a gente fala o nome, num é? É de Deus que a gente fala pra ajudar quem tá naquele *aperreio*. Porque aquilo é um *aperreio*, né? E é um *aperreio* num é só pra quem tá sentindo, é pra aquele que tá sentindo e pra gente que tá ali junto.

Dona Maria Deusuíta nunca teve a oportunidade de ajudar uma mulher com filhos gêmeos. Para ela, um bom pós-parto é um resguardo de quinze dias, em que a mãe toma cuidados como o repouso nos três primeiros dias e não come qualquer coisa. Ela sabe que no hospital, as mães não recebem as mesmas indicações, mas “não faz mal prevenir” e evitar comer alimentos pesados, para não fazer mal para mãe e para o bebê, por causa do leite do peito.

_Depois do parto, demora às vezes um pedacinho, aí eu venho embora. Aí no outro dia eu vou, depois volto de novo. Tem umas que tem



que ficar uns dois, três dias, que não tem ninguém pra ajudar, não é? Então a gente ajuda a banhar o menino uns quatro dias. Todo dia, o sol por ali assim, eu vou... _ela aponta para o horizonte.

Ela conta que hoje em dia, como tem carros que podem cruzar a praia e bugues que podem passar pelas dunas, fica mais fácil de levar a mulher para Tutóia quando estiver com dificuldades para parir. E apesar de seus conselhos, nem todas as mães fazem pré-natal.

_A gente manda que elas vá. De certos tempos pra cá estão indo mais. Mas antes era difícil. Tem mães que ligam de ir pra tomar vacina e tudo... E têm outras que num ligam. Cada uma mora nas casas delas, elas faz do jeito delas, né. E é difícil uma que vem sempre olhar a barriga. Você sabe que aqui tem muitas que fica *buchuda*, que tem o menino e nunca manda endireitar ... Nunca vai ver nada. E as vezes elas tem em casa, sozinha mesmo. Têm muitas que num vai nem na Tutóia, nem em lugar nenhum.

Dona Maria Deusuíta explica como a falta de costume e a de estrutura faz com que as mães não dêem importância ao pré-natal. Além de acreditar que os exames não são tão necessários – porque suas mães e avós não fizeram esse tipo de coisa – as mães desanimam das visitas ao hospital diante das dificuldades. Muitas vezes, depois de enfrentar a viagem até Tutóia, elas passam o dia todo na fila sem serem atendidas. E precisam voltar no dia seguinte, por causa do hospital lotado e quem sabe, então, conseguir uma consulta. Nonata mesmo conta que perdeu a paciência em fazer o pré-natal porque precisava ir vários dias até a cidade pra ser atendida uma única vez.

_Não dá, você não consegue e tem que ir de novo, de novo... Dos meus dois primeiros eu nem fiz. Do último, eu fui e como já contei, o médico disse pra fazer a cesárea, mas tive em casa mesmo. Mas o resto [a placenta] estava pregado e eu fui tirar em Tutóia, logo depois, que a tia achou melhor.

_Eu acho que elas num gostam de ir é por causa daquela demora que tem por lá. Porque quando chega lá tem aquela demora medonha e tem os carros aqui é como a senhora sabe, é por maré. E a gente num quer perder o carro que é pra voltar e então elas acabam não fazendo.

Imagino em Dona Maria Deusuíta um reflexo das parteiras de muitos povoados do interior do Maranhão e do Brasil, que assistem partos de mulheres sem pré-natal e sem acompanhamento regular com nenhuma parteira.

DIFICULDADES

_E com o registro da criança, Nonata? Como é que você fez? _pergunto.

_Ah, pega com o moço aí, o agente de saúde, uma ficha. E daí pode ir no hospital fazer o teste do pezinho.⁸

_Isso eu aconselho muito. _diz Dona Maria Deusuíta.

Eu pergunto onde as mães costumam ficar quando estão parindo.

_Na hora de nascer aqui sempre a gente bota um banquinho, sabe essas cadeiras assim, tem um mocho [banco] e a gente vai ajeitando elas ali na hora. Fica com o pé no chão, mas fica quase sentada, viu?

_Na cama elas não gostam? _pergunto, ingênua demais.

_É, minha irmã, tem umas que tem cama, fica na cama... E quem num tem é obrigado a ficar na rede, no mocho.

No povoado de Seriema, onde mora a parteira Dona Cruzinha, também atua a parteira Dona Aldeonora. Ela é a responsável oficial pe-



Dona Maria Deusuíta em seu quintal.

⁸ O teste do pezinho é um exame simples, que extrai sangue dos pés do bebê e pode diagnosticar infecções e doenças metabólicas e genéticas, entre elas o retardo mental.

los partos do povoado. Além dela, no posto há agentes de saúde, responsáveis por monitorar as famílias. Uma das agentes me contou, em tom de denúncia, o quanto é grande a quantidade de adolescentes entre 13 e 16 anos que ficam grávidas e não têm nem mesmo condições de comprar roupas ou fraldas para o bebê que esperam. No último mês, ela havia pedido, para a Prefeitura, o kit da gestante, que vem com banheira, mamadeira, fraldas e algumas roupas para doar a essas adolescentes. Os primeiros quinze kits que recebeu foram imediatamente doados, mas são insuficientes mesmo em um povoado pequeno. São várias adolescentes grávidas e a quase totalidade sem nenhuma condição – psicológica ou financeira – de cuidar de outra criança.

Todas essas meninas são atendidas pela parteira Dona Aldeonora, que é muito calma e cautelosa. Ela fez um treinamento no Hospital Santo Antônio, no município de Santa Inês, para trabalhar como auxiliar de enfermagem. Foi um treinamento prático de três meses com os médicos do hospital. Sempre que possível, ela realiza o transporte da parturiente para Tutóia, mesmo que o trabalho de parto esteja correndo bem. Por sua vontade, ela nem mesmo faria partos em Seriema: encaminharia todos a tempo e em boas condições para Tutóia.

_Não tem como no hospital. Às vezes tem problema na pressão, tem hemorragia, às vezes tem que dar ponto, aí é mais complicado, preferência é levar pro hospital. Às vezes não dá tempo, aí o jeito é ter em casa. _diz ela, que lamenta que a estrada seja tão ruim.

Mas Dona Aldeonora sabe muitas mulheres preferem parir no povoado, em casa. E por isso a chamam apenas quando já sabem que é hora da criança nascer. Outras vezes, o próprio trabalho de parto é tão curto que não dá tempo “nem de pensar”, apenas cuidar de mãe e bebê. Mas no posto de saúde Dona Aldeonora não faz partos.

_Não faço porque não tá tendo espaço, né? E não tem como fazer. Aí muitas vezes quando acontece da mulher dar as dores aqui, aí leva pra estrada. _É quando a mulher precisa de quase duas horas de balanço no trajeto. _E muitas vez não dá tempo de chegar lá, tem mesmo dentro do carro, né?

Dona Aldeonora usa um eufemismo pra dizer a verdade: o pequeno posto de saúde não tem nenhuma estrutura. Tanto que a própria parteira, completamente a favor dos partos hospitalares, prefere atender as mulheres em casa ou arriscar levá-las para estrada. O posto conta com

DIFICULDADES

quatro cômodos pequenos. Um deles é a cozinha e nos outros são realizados os exames pré-natais e preventivos pela enfermeira Sabrina. Em uma dessas salas me encontro com Dona Aldeonora para conversar. É uma saleta de dois metros por um e nela há apenas uma maca sem lençóis, como as outras salas do posto, exceto a cozinha, que guarda uma garrafa de café e um pote com tapiocas. Dona Aldeonora conta mais de uma história sobre comadres que foram levadas para Tutóia, mas lá não puderam ser submetidas a cesarianas pelo médico por falta de material e precisaram ser levadas até Parnaíba. Com a demora do transporte, uma cunhada de Dona Aldeonora perdeu um filho: quando foi retirado da barriga da mãe, estava morto.

_Quando acontece essas coisas é muito complicado. Acontece até de ficarem esperando muito tempo pra levar a mãe, ou de o médico não estar no hospital. _afirma ela.

O marido de Dona Aldeonora não gosta muito dessa vida de parteira que ela leva.

_Muitas vez a gente tem uma conversinha assim... Mas é porque vida de parteira é muito ruim, a gente não tem hora pra trabalhar. Ele reclama. Mas é que o pessoal tem aquela fé na gente, tem que ir.

Dona Aldeonora trabalha no posto de saúde e faz as vezes não só de parteira, mas aplica injeções, dá pontos, faz suturas e encaminha pacientes. Pessoalmente, ela não costuma receitar remédios caseiros ou tratamentos com chás, mas não condena esse costume:

_Às vezes, pessoal lida com chá, de primeiro eles usavam aquela pimenta, que passava assim, pra dor aumentar [passa na barriga da mulher]. É no hospital que não tem essas coisas, o pessoal tem costume no interior, diz que vai beber um chazinho, pra dar mais força. Um mingau também pra aumentar as dores. Aí quando eles querem, eu deixo usar. Mas no hospital não. No hospital quando entra, quem toma conta é o médico mesmo, as enfermeiras.

Quando o bebê nasce em casa, Dona Aldeonora orienta a mãe a levá-lo depois para o hospital, a fim de ser examinado e fazer o teste do pezinho.

Nesse momento é como se a preocupação com a consulta médica – não somente de Aldeonora, mas também a maioria das parteiras – se voltasse principalmente para o bebê e deixasse um pouco de lado a mãe.

O Ministério da Saúde recomenda que, depois do parto, se realize pelo menos uma consulta puerperal, para evitar a morte materna por



infecções e complicações derivadas de gravidez e parto. No entanto, os dados da PNDS 2006 mostram que em apenas 39% dos nascimentos a mulher realizou uma consulta pós-parto, mostrando que essa etapa da assistência tem sido negligenciada no país, sobretudo na região Norte, onde apenas 19% das mulheres realizaram uma consulta. No Nordeste esse total é de 26,1%, enquanto no Sudeste 51% das mulheres realizam as consultas puerperais. Nesse contexto, as diferenças sociais determinam grandes desigualdades no acesso à consulta puerperal. A chance de obtê-la é 89% maior para as mulheres urbanas do que para as rurais e cinco vezes maior para as com pelo menos 12 ou mais anos de estudo do que para as não escolarizadas. Ainda assim, é impressionante que, mesmo entre mulheres com mais de 11 anos de estudo, quase 35% não realizam a consulta.

Ao falar dos partos e mulheres que acompanha, Dona Aldeonora não esconde as dificuldades que enfrenta para conseguir prestar o melhor atendimento diante da falta de estrutura da região. A precariedade do posto de saúde e do transporte são os principais fatores.

Dona Aldeonora já fez parto de gêmeos univitelinos (originados na mesma placenta) e bivitelinos (com duas placentas) e de bebês que vieram com o cordão enrolado no pescoço. Também já pegou bebês que nasceram com os pés primeiro. Pra ela, esses são os que dão mais trabalho.

_Muitas vez são os dois pés juntos, aí eu faço aqui mesmo, devagarzinho, vai nascendo. Agora, quando tá só um pé é bem complicado, porque depende das dores, né. As dores sendo devagar, dá tempo de chegar na Tutóia.

_E vai com o pé pendurado mesmo esse caminho todo? _pergunto, imaginando o sofrimento da mãe.

_Vai... Agora, se é uma dor encima da outra, aí não tem condição. Tem que ajudar ela a remover. Então eu faço o parto aqui mesmo, devagarzinho, ajudando ela. A mãe sofre muito, né, muita dor. Mas se dá tempo de levar eu sempre levo, os médicos dizem que é melhor. Que tem uns parto que é bom, mas tem uns que é tão complicado. Uns aí que nem dá dor, já nasce rapidinho, agora tem umas que às vezes o nenê nasce rápido, a placenta custa a nascer. E tem muitos que é colado, né, que a placenta custa a tirar.

Nesses casos, Dona Aldeonora procura tirar a placenta, que pode sair inteira ou aos pedaços, conforme o andamento do parto. Se achar

DIFICULDADES

necessário, encaminha a mãe para o hospital de Tutóia, para realizar a limpeza total do útero, que previne infecções.

Essa parteira também costuma manipular a posição do bebê no útero, mas só até os sete meses de gravidez.

_Sete meses em diante não tem mais como, já tá grande. Às vezes, mesmo se tentar acostumar ele, pode ser que ele mude de posição na hora de nascer, aí não tem jeito, tem que ser mesmo tirado. Nessa hora, é melhor que vá pro médico, porque ele faz a cesariana. Mas se não dá...

_Quando não dá, Dona Aldeonora faz o possível para ajudar o bebê a nascer. Naquela posição mesmo.

Quanto ao acompanhamento pré-natal, o povoado de Seriema padece da mesma realidade refletida nas estatísticas da última PNDS, onde 23% das brasileiras não realiza o processo.

_A gente aconselha, mas tem hora que elas não fazem. _afirma Dona Aldeonora.

Alguns dos exames podem ser realizados em Seriema, com a enfermeira Sabrina, às quartas-feiras, das nove às onze e meia da manhã. Outros exames, como a ultrassonografia, só podem ser feitos em Tutóia.

Para Dona Aldeonora, o pré-natal sempre foi considerado importante, tanto que ela fez, quando estava grávida, dos seus dois filhos. Mas foi no município de Santa Luzia do Tide, muito distante dali, onde o acesso ao pré-natal é mais fácil.

Em dezembro do ano passado, Dona Aldeonora perdeu uma vizinha, grávida, e passou a dar ainda mais importância para o acompanhamento médico. Sua vizinha já tinha tido seis filhos, sem nunca fazer pré-natal.

Na última gravidez, aconselhada por Aldeonora, ela decidiu fazer. No posto de saúde, Sabrina a informou que seu parto seria complicado e que quando achasse que estava na hora, ela deveria ir para o hospital.

No dia 30 de dezembro, às seis horas da manhã, o namorado da vizinha bateu na porta da casa de Dona Aldeonora, dizendo que ela estava com as dores do parto.

Dona Aldeonora vestiu-se e foi ver a vizinha. Ela não estava sentindo dores, mas estava perdendo sangue. Dona Aldeonora ajudou-a a se vestir com rapidez, para não perder as Toyotas que estavam indo pra Tutóia logo cedo.

Depois da cansativa viagem, a parturiente chegou bem ao hospital. Mas não havia médico. Uma das enfermeiras ligou e o médico do



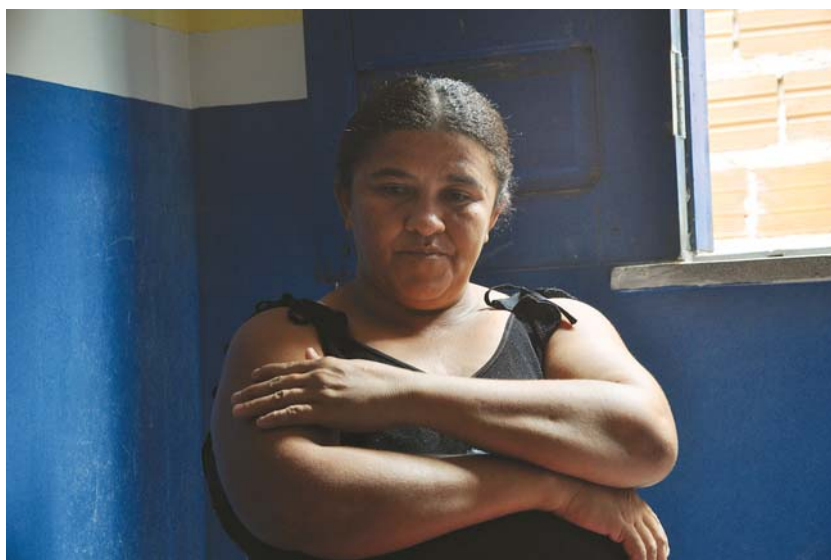
plantão logo apareceu. Depois de examinar a parturiente, o médico concluiu que uma cesariana seria necessária. Mas não havia material no posto para cirurgia. O médico então indicou o encaminhamento até Parnaíba.

Mas a vizinha de Dona Aldeonora demorou muito tempo para ser levada.

—Ela sangrando. Ao invés da família tomar logo providência tirar ela de lá, não, deixou lá. E quando foram levar ela era mais de cinco horas da tarde.

Resultado: morreu a parturiente e seu bebê, ainda na barriga. Mais tarde, Dona Aldeonora soube: eram dois bebês. Curiosamente, ela não culpa a falta de assistência do hospital em ter encaminhado a mulher, mas sim a família, por não ter providenciado o transporte rapidamente. No hospital de Tutóia, todos garantem que há ambulância disponível nesses casos e que o transporte é realizado imediatamente.

—Fiquei tão triste. Pra você ver o que pode acontecer. As crianças dela eram todas grandes e todas tinham nascido em casa. E esses dois últimos, nem ir pra Tutóia adiantou. Quando chegou em Parnaíba, ela já estava morta.



A parteira Aldeonora, dentro do Posto de Saúde de Seriema.

12. Casos de morte

Foi a coisa mais triste do mundo,
ANA AMÉLIA VIANA

Há outra parteira que me contou que nem todos os partos que acompanhou guardam um final feliz. É Dona Santa. Ela foi citada no início do livro, quando contei sobre uma mulher que ficou com o bebê em sua casa por dois meses até que o marido a viesse buscar.

Dona Santa tem muitas histórias pra contar. São mais de 2 mil partos assistidos com muito carinho por mãos, que aos 79 anos, pertencem a uma mulher bem mais jovem de coração. Para ela não tem um parto mais especial do que o outro. Todos foram bons, mesmo os partos em que o bebê veio com os braços, as pernas ou as nádegas primeiro. Fez também parto de trigêmeos, em casa. Ela adora partejar e tem a maior determinação na hora de cuidar de uma mulher.

De dentro de sua casa cheia de cores e seu vestido florido, Dona Santa me conta como foi o seu batismo como parteira: uma vizinha a chamou. Estava em trabalho de parto. Santa estava saindo para o trabalho de servente em uma escola, mas decidiu ficar para ajudar a vizinha. O parto transcorreu bem e sua vizinha, que já havia tido muitos filhos, ensinou como ela deveria agir, passo a passo. Mais tarde, com medo de perder o emprego, Santa não sabia que justificativa dar para a falta no trabalho. “Essa mulher então, além de me ensinar a fazer parto, me ensinou a mentir. Me mandou ligar na escola e dizer pra diretora que eu estava ajudando minha irmã que acabava de parir. E quando liguei a diretora da escola ainda me liberou mais dois dias pra ficar cuidando dela”, conta.

Depois disso, Dona Santa nunca mais parou de fazer partos e até hoje as *buchudas* vão visitá-la. Ela aprendeu mais do que cuidar de gestantes.



Em sua comunidade, as pessoas a procuram para fazer curativos, cuidar de ferimentos ou tratar doenças com remédios caseiros. Uma *garrafada* que ela se orgulha de ter feito foi para sua neta, que criou como filha. A moça não conseguia engravidar e não tinha tratamento que lhe desse a alegria de um filho. Dona Santa perguntou a ela:

_Você quer mesmo ter um filho?

_Eu quero demais...

_Então espera.

Dona Santa fez uma *garrafada* pra ela e o marido tomarem juntos. Eles tomaram três vezes. E então Dona Santa descobriu que seria bisavó.

Os dois filhos que Dona Santa teve morreram muito novos, mas lhe deixaram vários netos. E são essas crianças e todas as outras que nascem por suas mãos fazem a alegria dessa mulher.

Depois de muita experiência em fazer partos, Dona Santa queria saber mais. Foi fazer o curso de auxiliar de enfermagem para aprender mais sobre como ajudar suas *buchudas* e trabalhou como parteira em mais de uma maternidade de São Luís. Dona Santa juntou o seu *dom* com o conhecimento que aprendeu no curso e na prática das maternidades. Orgulhosa, ela pendurou o diploma do curso na parede, ao lado de uma foto da neta e de uma imagem de Jesus Cristo.

Para ela, o principal elemento na hora do parto é a paciência. É preciso cuidar do bebê e da mãe, mas também é preciso esperar a natureza. “Uma vez uma buchuda me chamou quando eu ainda estava trabalhando na escola. Quando eu examinei ela, vi logo que ia demorar e liguei pra diretora dizendo que podia descontar o dia, que eu tinha um parto demorado”. Era sexta-feira e a mulher só teve o filho na terça. Foram quatro dias de trabalho de parto, mas tudo correu bem. “Passei mais oito dias na casa da mulher, ajudando ela com o menino, o umbigo e as coisas da casa. Nessa brincadeira, foram 12 dias”, conta ela, com uma gargalhada.

Apenas três foi o número de mulheres que Dona Santa precisou levar para o hospital, porque *não tinham passagem*. No hospital, essas mulheres tiveram parto normal. E mesmo com a presença do médico, Dona Santa não arreda o pé da cama da gestante: “Eu digo logo, vou ficar aqui e daqui ninguém me tira”. Sobre o exame do toque, para conferir os centímetros da dilatação do colo do útero, muitas vezes realizado nos hospitais por mais de uma enfermeira e médico, Dona Santa é taxativa:

“A buchuda é minha e ninguém bota a mão. Só o médico”. Ela conta que sempre foi bem tratada nas maternidades. Só um médico a desagradou profundamente. Em vez de assistir sua *buchuda*, ele a mandou voltar pra casa.

Uma das mulheres do bairro Fumacê engravidou. Era o seu quarto filho. Os outros três foram amparados por Dona Santa. Dessa vez, a mãe decidiu que seria o último filho. Dona Santa acompanhou o andamento da gravidez e elas combinaram que o parto seria na Maternidade da Penha, para realização da ligadura de trompas.

Quando a mãe sentiu as dores das contrações, já que sabia, pela experiência dos primeiros três filhos, que estava na hora. Mesmo assim, foi com seu marido até a casa da parteira, pra ter certeza. Dona Santa examinou. “Ela estava com todos os sinais. Eu falei pra ela ir pro hospital. E ela foi, com o marido. Naquele dia, eu não podia ir junto”, conta a parteira.

Ao chegar ao hospital com as dores, a mulher foi examinada. Após algumas horas de espera, o médico que a examinou disse que não estava na hora do bebê nascer. Receitou uma injeção e mandou a mulher pra casa. Dona Santa não sabe qual era a injeção, mas sabe que depois disso as contrações cessaram e a *buchuda* voltou pra casa.

Oito dias depois que a mãe esteve em sua casa para ver se era hora do parto, Dona Santa foi procurá-la, achando que a encontraria com o bebê nos braços e no fim do resguardo. Estava enganada, a criança ainda não havia nascido.

Dona Santa, ao entrar na casa e ver a mulher ainda muito barriguda, espantou-se:

_Minha irmã, você ainda não teve esse filho?

_Ô Dona Santa, eu fui lá, mas o médico disse que não era hora. Ele me deu uma injeção, me disse pra voltar pra casa.

_Minha irmã, você sente esse bebê mexer?

A mãe não respondeu. Dona Santa pensou alguns segundos e disse:

_Minha irmã, tenho que te avisar. Acho que o seu bebê está morto.

A parteira foi examinar. Depois de algum tempo, pediu que o pai da criança fosse até a farmácia comprar duas ampolas de glicose.

Quando o pai chegou com as ampolas, Dona Santa não perdeu tempo. Aplicou uma das ampolas na veia da mãe e deu a segunda para ela beber. Logo vieram as dores.



A VIDA PEDE PASSAGEM

A mulher então pariu, com a ajuda da parteira, uma menina morta. A barriga da bebê estava inchada e até os olhos leigos podem ver que já tinha passado do tempo de nascer.

“O perigo era o bucho da menina estourar, porque já estava inchado. E se estoura, meu Deus, é bem pior pra tirar. Um risco enorme de infecção”. Dona Santa fotografou a criança morta após o parto.

De posse dessa foto, ela foi ao hospital procurar o médico que ordenou que sua *buchuda* voltasse pra casa. Encontrou com ele e perguntou porque não fez o parto da mulher. O médico disse que o diagnóstico do dia estava correto: não era a hora do parto e a bebê deve ter morrido depois, e não por causa da injeção. Dona Santa levou a foto até a Universidade Federal do Maranhão para mostrar aos alunos do curso de enfermagem. “Essa foto já rodou muito. Eu sempre mostro. O médico me pede pra rasgar, jogar fora, mas eu não jogo não. Pode fotografar se você quiser. Essa menina passou do tempo. Foi a coisa mais triste do mundo”.



Fotografia da bebê que nasceu morta, tirada por Dona Santa.

No povoado de Jardim, o mesmo povoado de Dona Celé e Dona Bete, também mora a parteira Dona Lúcia Gomes.

Dona Lúcia trabalha com castração de galos. Quando cheguei a sua casa, indicada por uma das agentes de saúde do povoado, ela estava no quintal, trabalhando.

É uma casa grande, na rua paralela à rua principal do povoado de Jardim. Nela moram a maioria dos filhos e netos de Dona Lúcia, um bando de crianças que correu chamá-la quando entrei. Na, sala de chão de cimento vermelho, há apenas uma estante com algumas fotos, um aparelho de som, enfeites e um grande quadro, com a foto de um senhor ao lado de um Salmo. Dona Lúcia entrou na sala com as roupas um pouco sujas de sangue.

—É que eu estava lá fazendo umas operação de capar galo... _justificou-se, encostando-se na parede.

As crianças trouxeram cadeiras de plástico e nos sentamos.

Enquanto Dona Lúcia conversava comigo, as crianças se achegaram atrás dela, escondendo-se na porta, curiosas.

Essa parteira tem 59 anos e começou a fazer partos aos 26, com o seu próprio. Seu marido tinha ido buscar uma parteira, mas antes que ele pudesse chegar, a primogênita de Dona Lúcia nasceu.

—Quando ele saiu, me deu dor de ter, aí peguei uns paninho, coloquei no chão, né. E aqui ela ia nascendo, eu me agüentei com uma mão e aparei ela com a outra. Aí eu tive ela, né?Aí depois disso me forrei toda, né. Baixei pra pegar ela, pra colocar nas minhas pernas pra cortar a umbigueirinha [cordão] dela. Aí a malvada daquela dor nojenta que a gente tem, começou a doer na barriga, a mãe do corpo [útero] que fica inflamada, né? E a placenta que tava saindo. Começou a doer e aí eu sentei um pouco. Aí a parteira chegou. Depois disso, continuei fazendo partos de quem precisava. Até a Dona Téia [enfermeira do Programa da Saúde da Família] me perguntou se eu tinha coragem. Com a benção de Deus, com a coragem que Deus me dá, eu faço. O que eu vejo que eu posso fazer eu faço.

Dona Lúcia tem 22 filhos, 18 nascidos com parteira. É o mesmo número de crianças que ela já amparou ao nascer.

Três de suas gestações foram de gêmeos. Em uma das vezes, ela estava grávida de trigêmeos. No sexto mês de gestação, os bebês morreram.



_Dois o Doutor Francisco tirou. E o outro ele estrangulou lá. Muito grande, minha barriga tinha muita água. Esses morreram, mas também, quando era pra mim ter, eu anoitecia boa e amanhecia com o menino do lado. Era rápido.

Depois desses bebês, Dona Lúcia ainda teve mais um aborto espontâneo. Dos 22 filhos vivos, quatro nasceram em Tutóia. Três deles por acaso. Dona Lúcia estava na cidade por outros compromissos e sentiu as dores do parto, então foi ao hospital, se não teria tido esses filhos em casa também. Mas o último, o caçula de 16 anos, Dona Lúcia “custou pra ter”, no hospital. Depois de algumas complicações no parto, o bebê nasceu bem.

Dona Lúcia não tem nenhum curso ou treinamento para atuar como parteira, mas começou no ofício pegando crianças de amigas, vizinhas e irmãs por necessidade.

_Eu nunca tive entendimento de ninguém, nunca fui no hospital, nunca foi me informar com pessoa nenhuma, né? Minha informação só de Deus, que Deus me dá, me deu aquele dom. Aí com isso eu faço o que merece de fazer, né? E quando eu vejo que eu não posso fazer, que a criança está imbricada [atravessada] e não pode nascer, as dores são pouca, não tem condição, mando para um lugar mais avançado.

Sempre que pode, Dona Lúcia acompanha as mães até Tutóia.

Durante o parto ou para as mães que a procuram, ela indica alguns tratamentos caseiros, mas não deixa de falar sobre a importância do o pré-natal.

_Às vezes eu ensino um chazinho de alho, pra dor, né, E quando termina também ensino pra elas que quando começar a doer, só coloca a mãozinha passando em roda pra não atacar hemorragia, viu?

Para ela, o momento mais difícil do parto é a saída da placenta, que muitas vezes pode estar grudada e, diferente da criança, ela não pode tocar e sentir da mesma forma. Eu pergunto à Dona Lúcia se ela tem alguma coisa pra indicar para a mulher que sempre sofre de aborto espontâneo ao engravidar.

_Aqueles que têm perdação? Às vezes eu ensino por aí alguma beberagem, algum chá, que ela vai, né, buscando o Senhor, como o barro molhado [erva], que diz que é muito bom... Tem que tomar um chazinho também da barba do marido, é muito bom, né. O que eu sei assim

eu ensino essas coisas. Aquino é bom pra normalizar, é um mato que tem aí que dá no interior. Aí o chá da casca do aquino, ela pode tomar enquanto está fraca. Às vezes, a criança tá doente na barriga da mãe, aí ensino pra colocar a cascazinha na água pra normalizar, pra ajeitar a criança. Agora, aroeira, é bom pra perder.

_Bom pra perder? _pergunto.

_É, aroeira. Aroeira já é bom pra fazer aparecer o tempo [menstruação] da mulher e quando a criança tá em começo, diz que é bom pra perder, né. Quer dizer, que eu nunca fiz, mas eu vejo falar. Também não ensino, se vem me perguntar eu digo que não sei.

Dona Lúcia não costuma fazer massagens para ajeitar a posição da criança. Quando está demorando pra nascer, ou ela percebe que não está na posição, pede pra mãe ir para Tutóia. Ela se lembra de uma vez que notou que havia alguma coisa errada com o bebê ainda bem antes do parto.

Uma vizinha, Zilma, veio pedir pra ela examinar a barriga. Ela estava com a barriga bem grande e disse que estava no último mês de gravidez. Dona Lúcia examinou Zilma, mas achou que havia algo estranho. E contou à ela:

_Não quero te fazer medo, mas eu vou dizer a verdade. A sua criança não está normal, não está em posição de nascer. Se ele está, tem alguma coisa complicada, pois eu não acho a cabeça dele. Era bom você procurar um médico.

O mês se passou e Zilma, que já tinha passado por outras gravidezes, não teve o bebê. Também não procurou um médico, nem tinha realizado ultrassom. Quando ela começou a sentir as dores, mandaram chamar Dona Lúcia.

A parteira passou a noite e o dia na casa de Zilma e estranhou demora do parto. Perguntou para a parturiente se as dores eram assim fracas nos seus partos anteriores. Ela respondeu que não, que costumava ter os filhos com facilidade. A parteira então alertou a mãe e as irmãs da parturiente:

_Olha, o bebê não está normal. Está demorando e eu não acho cabeça.

Elas resolveram esperar um pouco mais. As dores aumentaram e Zilma começou a parir. O menino começou a nascer e Dona Lúcia pediu para mãe não fazer muita força. Ela também estava nervosa.



_E vem nascendo. Só aquele molengo. Eu penso comigo, meu Jesus, o que é? Aí eu vi que era a cabeça da criança, mas estava bem mole... Foi descendo a cabeça, descendo, descendo, e eu pensei, meu Deus, que cabeça é essa desse tamanho? Pensei comigo, né? Pra não assustar a mãe. Era um palmo e meio de altura mais ou menos, só aquele molengão, assim descabeladinha. Colocou a cabeça pra fora e nada e nada, nada. Num nascia mais nada. E eu pensei, eu fazer uma ajuda pra tirar essa criança, tenho medo de quebrar o pescoço.

A mãe disse para Dona Lúcia que teve a sensação da criança mexer em sua barriga. Mas Dona Lúcia não se convenceu, achou que era só um espasmo, e que o bebê já estava morto há dias. Ela então mandou chamar alguém que tivesse carro para transportar a mãe até Tutóia.

Chegando em Tutóia, Dona Lúcia levou a mãe para as enfermeiras e disse:

_Minhas amiga, eu tô aqui com essa mulher... Ela tá normal, mas a criança não tá, já tá morto e parece que já tá com mais de mês. Então eu trouxe ela pra cá por causa desse problema.

As enfermeiras elogiaram a atitude de Dona Lúcia ao encaminhar a parturiente. E disseram que se ela tivesse deixado a mulher no povoado, seria acusada da morte da criança.

No hospital, as enfermeiras induziram o parto com ocitocina e conseguiram fazer o bebê de Zilma nascer, mas, confirmando a suspeita, realmente já estava morto há dias. A placenta e o líquido amniótico já estavam escuros e o útero estava em início de uma infecção que podia ter matado a mãe. Zilma passou pela limpeza do útero no hospital, tomou antibióticos e ficou bem. Atualmente, curtindo uma nova gestação.

Apesar de aprovar o tratamento no hospital por conta desse e de outros casos em que as parturientes necessitaram de socorro, Dona Lúcia sabe que muitas mulheres preferem parir no povoado, em suas próprias casas, com ela ou outras parteiras.

_Lá no hospital tem deles que não costuma tratar bem. Me contaram que tinha uma enfermeira lá que fazia partos e judiava muito das mulheres. Ela deixava a mulher sofrer, fazia o exame do toque muitas vezes, ficava machucando ela, deixava muito tempo ela sozinha e as mulheres reclamam muito dessas coisas lá do hospital.

A última bebê que Dona Lúcia amparou está com cinco meses, é de Fabiana, que mora no povoado.

O momento mais difícil da entrevista foi quando perguntei sobre o marido de Dona Lúcia. Ela está viúva desde 2005, mas seu marido ainda faz a maior falta.

A foto ao lado do Salmo no quadro da estante é dele.

José Gomes, ou seu Suruca, ia fazer 80 anos em junho daquele ano, mas faleceu em janeiro, deixando órfãos 36 filhos ao todo, 14 do primeiro casamento. Quando me impressiono com o número de filhos, Dona Lúcia responde, bem humorada:

_É, esse velho não cochilava não.

Mas um segundo depois, diante da foto, os olhos dela se enchem de lágrimas. Quando eles se casaram ela tinha apenas 16 anos, enquanto ele era um homem experiente, de 42 anos. Tiveram um casamento feliz, com a casa rodeada de crianças.

Tento mudar de assunto para distraí-la e, consigo, mas ela permanece o tempo todo abraçada à foto.

Dona Lúcia conta que costuma pegar luvas para fazer partos no posto de saúde. Uma vez, o posto não dispunha do material.

_Eu já tinha pegado luva antes, mas dessa vez não tinha. E o posto aí tava meio fracassado, né...

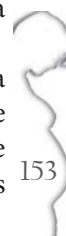
Dona Lúcia precisou fazer um parto e foi sem as luvas mesmo. A mãe que ela foi atender estava com o vírus da Aids.

_E eu peguei e ela já tava no começo da doença, né? Quando ela teve, só aquele sangue desmantelado, aquele preto, a coisa mais feia do mundo. Até a criança nasceu assim toda murcha.

Mas a menina não havia nascido morta, apenas debilitada. Sete meses depois, a mãe morreu, consumida pela doença.

_Ela era bem forte, mas morreu sequinha, caiu cabelo... Inclusive nesse lugar aqui já morreu um bocado, que dizem que é dessa doença. Eu não sei se é, mesmo... Até mesmo um agente de saúde que trabalhava ali morreu.

No posto de saúde, a agente Rosenilda – a mesma que teve uma filha com Dona Celé – conta que todos suspeitam que um dos agentes de saúde tenha morrido por complicações decorrentes do vírus. Mas ele nunca quis fazer realmente o exame para saber a verdade, então apenas outras doenças foram identificadas.





Dona Lúcia, com os netos e filhos se escondendo atrás da porta.

—Ele foi ficando muito magro, tendo muitos problemas... E o médico disse que se fosse Aids ele já estava muito fraco e não agüentaria a dose dos remédios do coquetel. Ele teve uma crise e foi para o hospital, mas não resistiu. Deixou quatro filhos pequenos e a mulher. Dois filhos dele fazem tratamento e de tempos em tempos, a mulher faz o exame pra ver se tem, mas até agora ainda não deu. Tem o tempo de incubação da doença.

A própria Dona Lúcia nunca fez o exame pra saber se ao fazer aquele parto, teve contato com o vírus. E como ela mesma diz:

—O negócio não é fácil não, o negócio é sério...

Como deu para perceber, as parteiras não apresentam resistência aos conhecimentos médicos, e absorvem os ensinamentos por eles – ou por enfermeiras, agentes de saúde – transmitidos, no intuito de oferecer o melhor para suas mulheres e bebês. Isso é muito positivo à medida que as parteiras reconhecem situações de risco e aprendem a lidar com elas, ou então, quando abandonam práticas que podem resultar negativamente, como colocar ervas sobre o umbigo do bebê. Essa prática, se mal administrada, pode causar tétano na criança.

Em geral, as parteiras sentem-se agradecidas quando são ensinadas e estão sempre abertas para o diálogo. Paula Viana opina que isso pode, porém, ter dois lados. “Às vezes os médicos que ensinam as parteiras desconsideram o contexto em que elas vivem. Por exemplo, a massagem

para mudar a posição do bebê, a versão externa na linguagem acadêmica. Essa massagem é muito utilizada pelas parteiras, como uma saída que elas encontraram. Quando o bebê não está na posição cefálica, elas fazem a manipulação e conseguem mudar a posição do bebê. Se elas não usam essa massagem e há um bebê na posição transversal, em um lugar distante, sem possibilidade de uma cirurgia, como vai ser? Qual é a alternativa que essa mulher tem? Por mais que a gente tenha direito, sabemos que não temos uma saúde pública de qualidade. Aí às vezes os médicos dizem pra elas não fazerem mais isso, mas elas vão fazer o quê? Vão deixar a mulher sozinha, morrer? Então às vezes algumas práticas são desaconselhadas, mas não se coloca nada no lugar”, argumenta.

A versão externa não é mais praticada pelos obstetras, por implicar, se mal realizada, no risco de descolamento da placenta. Mas, diante do contexto de isolamento geográfico e dificuldades de acesso a hospitais, imposto às parteiras e gestantes, a técnica, desenvolvida por elas através da experiência, se configura uma boa alternativa, superando os riscos, e, como temos visto, com resultados excepcionais.

A obstetra Thaísa Bortoletto afirma que quando o bebê não está na posição cefálica e bem encaixado, a indicação de cirurgia é certa. “A cabeça é o maior diâmetro do bebê. Se passou a cabeça pela pelve materna, passa o corpo. Se passou uma perna, outra perna, um abdômen, não necessariamente vai passar uma cabeça. Então existe um risco do bebê ficar ali, não nascer, ocorrer um parto obstruído. Mas na realidade em que as parteiras vivem, não dá pra dizer pra não fazerem. Eu vi um vídeo, em um curso, de países africanos, que tinha um médico fazendo essa manobra muito tranquilamente em uma mulher. Mas na faculdade a gente nem aprende a fazer isso. O problema da versão externa é que pode ocasionar em deslocamento de placenta, onde você tem segundos pra tirar aquele bebê bem, porque o fluxo sanguíneo através da placenta foi interrompido. Aqui em São Paulo, por exemplo, não se justifica, mas as parteiras encontraram um caminho, dá pra entender porque elas fazem”, opina.

Na realidade estudada, conhecimento popular e saber científico precisam andar de mãos dadas para superar a inadequação do modelo obstétrico. Entretanto, a brecha cultural dificulta a aproximação das mulheres ao atendimento médico moderno, que não leva em consideração muitos dos seus costumes e crenças tradicionais. As parteiras tradicio-



nais, por sua proximidade física e cultural com suas comunidades de origem, poderiam ser os agentes intermediários, porque podem chegar inclusive onde o agente de saúde não pode. Fariam assim o papel de articuladoras sociais, capazes de mediar a relação entre sua comunidade e os médicos, como visto neste livro em alguns casos.

“Acho que as parteiras seriam ótimas consultoras para os centros de saúde e o SUS em geral. Pelo fato de conhecerem muito de perto a comunidade que atendem, estas mulheres têm a chance de sugerir soluções e saídas que façam mais sentido para o público desses serviços. Muitas vezes podem ser soluções rápidas, de fácil acesso e financiamento. Conflitos em termos de linguagem, concepções de gravidez e corpo, valores de família, vizinhança, parentesco e conjugalidade são todas informações que estas parteiras conhecem muito intimamente porque, também elas, fazem parte dessa lógica cultural”, acredita a antropóloga Soraya Fleischer.

Para ela, além desse serviço de “tradução simbólica”, as parteiras poderiam oferecer informações sobre os anos e anos de prática e experiência que detêm sobre o ciclo reprodutivo feminino, e talvez oferecer novas soluções para a própria Medicina Moderna. “Muitas parteiras têm centenas de partos no currículo e são maestrinas na resolução de conflitos e de problemas obstétricos, puerperais, puericulturais etc. Se os profissionais de saúde estivessem abertos para o diálogo, tenho quase certeza que seria muito oportuna essa troca de experiência. As parteiras, como a maior parte dos terapeutas populares, não têm resistência com os serviços oficiais de saúde. Geralmente, o preconceito e a resistência começam na ponta dos profissionais em relação a estas atendentes”, explica.

A resistência de setores ligados à saúde para com as parteiras e outros terapeutas populares pode ser anterior ao estudo das técnicas que empregam. “Muitas vezes os profissionais não querem nem saber como é, já saem dizendo que não pode mais fazer aquilo, nem se propõe a aprender”, explica Paula Viana. Assim, perdem todos por não praticarem um convívio saudável e que no fundo tem o mesmo objetivo: ajudar gestantes, parturientes e bebês.

Soraya Fleischer acredita que parte da resistência é também fruto do preconceito com linhas de raça, gênero e classe que provêm as parteiras: “Antes de conhecer – para, só então, poder criticar apropriadamente – os raizeiros, pais de santo, benzedeiros, pajés, por exemplo, muitos profis-



CASOS DE MORTE

sionais de saúde simplesmente se negam a qualquer diálogo porque se assustam com sua maneira de falar, com sua falta de dentes, com suas casas simples, suas unhas sujas de terra (porque, muitos são agricultores também, por exemplo), com seus inúmeros vincos ao redor dos olhos. É preciso vencer o preconceito para que haja curiosidade em conversar e conhecer. E acredito que o esforço interdisciplinar possa ser útil nesse desafio”.



13. As enfermeiras obstetras

Isso é uma coisa muito legal, na história das parteiras, mesmo as que são formadas como a gente. Todo mundo tem algum momento na vida que meio que recebe um chamado,
MÁRCIA KOIFFMAN

Como você pôde observar através dos capítulos anteriores, o Brasil reúne características paradoxais: é o segundo país do mundo nas taxas de cesarianas, com elevado índice de mortalidade materna e tem vasto espaço de atuação para a parteira tradicional.

À parte as contradições sobre o território continental do país, é preciso se observar que por trás da realidade do parto e suas práticas está o fator econômico. O lugar do nascimento também é determinante para as condições em que esse nascimento ocorre. E um dos principais medidores da qualidade da assistência obstétrica está piscando em alerta: a mortalidade materna. Ainda se morre “de parto” no Brasil. São muitos os fatores que contribuem para isso, já comentados nos capítulos anteriores.

É importante frisar que a assistência ao parto tanto por parteiras tradicionais como por médicos não deve ser generalizada ou desvalorizada, mas é preciso que se observe os contextos. Dentro dessa discussão, também cabe o papel da enfermeira obstetra.

No meio do caminho entre as parteiras tradicionais e os médicos, estão as enfermeiras obstetras e as obstetrites.

Como já foi dito, há duas possibilidades de um profissional não médico atuar na assistência ao parto (de baixo risco). São elas: a formação com graduação em Obstetrícia – atualmente só possível no Brasil através do curso oferecido pela Universidade de São Paulo (USP) – e a graduação em Enfermagem com posterior especialização de um ano



em Obstetrícia. O segundo modelo tornou-se recorrente no Brasil após a extinção dos cursos diretos de Obstetrícia, na década de 70, quando começou-se a defender o modelo americano, de formação generalista seguida de especialização.

O fato é que mesmo com a formação em Enfermagem e especialização em Obstetrícia e mesmo amparado pela Lei 7.498/86, que estabelece o profissional como capacitado para atender partos de baixo risco, essa função raramente é exercida em completude. Apesar de habilitado para acompanhar um parto de baixo risco sem a presença de um médico obstetra, esse profissional dificilmente atende sem equipe médica, ou, dificilmente, deixa de ser assistente do obstetra.

O problema da enorme quantidade de cesarianas no Brasil, já apresentado anteriormente, é uma prova de que o sistema atualmente estabelecido é incapaz de atender com qualidade e personalização às brasileiras e seus bebês. Além da segurança que os médicos – na maioria das vezes, obviamente não se pode generalizar – sentem ao realizarem a cesariana, por obterem controle do processo, existe o fator financeiro: o médico tem um consultório para sustentar. E, apesar de ir contra o senso comum, o profissional médico no Brasil não ganha horrores em dinheiro: ele gasta muito em materiais e logística para conseguir manter seu consultório, sua clínica, e por esse motivo precisa atender uma certa demanda de pacientes. Um trabalho de parto inesperado pode atrapalhar a agenda de um médico. Mas se esse médico decidir fazer cesarianas apenas em caso de emergências e reduzir sua taxa de partos cirúrgicos a 15% – o recomendado pela OMS – terá muitos trabalhos de parto para acompanhar. E trabalhos de parto podem durar 12, 24 horas. É realmente difícil que um médico possa atender várias gestantes em consultas e dúvidas e ainda estar disponível para o merecido atendimento de seus partos.

Uma das soluções poderia ser o trabalho da enfermeira obstetra. E com o consentimento da mulher.

Mas a enfermeira obstetra é pouco encontrada nos serviços de saúde brasileiros, muitas vezes assumindo papéis administrativos.

Na maior parte dos países da Europa, destacando-se Inglaterra e a Holanda, referências internacionais, os partos são realizados pelas *midwives* (parteiras na tradução literal), obstetrizas formadas por via direta. Elas acompanham partos domiciliares em gestantes saudáveis. Para as



gestantes de risco, estão reservados os hospitais e médicos (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

A questão das enfermeiras obstetras e obstetrizes passa pela questão mercadológica. O médico, reconhecendo essa profissional, abre mão de uma parte de suas pacientes. E a enfermeira obstetra, ao ocupar o lugar do médico no atendimento ao parto de baixo risco, também está disputando um mercado. O ideal seria, dentro das possibilidades clínicas, que o profissional exigido para o parto fosse escolhido pela mulher.

Paula Viana explica que na Alemanha, mesmo que uma gestante prefira ter o seu parto com um médico, uma parteira (diplomada) tem que estar presente. “É pra garantir que o médico não faça interferências desnecessárias no parto. A relação das obstetrizes e médicos é de igualdade, não de subordinação”, afirma.

Além da lei que regulamenta o exercício profissional das enfermeiras obstetras e obstetrizes como aptas para atender partos normais e reconhecer situações de risco, o próprio Ministério da Saúde dá respaldo para essa profissional, como no caso da resolução de 1998 que determina o pagamento da assistência realizada por enfermeiro obstetra na tabela do SUS.

Também a organização como categoria favoreceu o reconhecimento das enfermeiras obstetras, através da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras, a ABENFO. Elas também podem emitir a Declaração de Nascido Vivo fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade.

O movimento pela humanização do parto é composto e liderado por muitas enfermeiras obstetras no Brasil, além de outros profissionais e usuárias. Os médicos que atuam no movimento defendem a participação plena dessas profissionais na assistência ao parto de baixo risco.

Por esse motivo, a enfermeira obstetra e obstetriz são frequentemente associadas ao parto humanizado, mas nem todas compartilham desse pensamento. Mais uma vez, não se pode generalizar. Quase todas as intervenções que podem ocorrer em um parto normal também podem ser realizadas por essas profissionais. A diferença é que a formação da enfermeira obstetra é voltada para acompanhar um parto normal, de uma gestante de baixo risco que, geralmente, poderá ter o seu parto de forma natural. Portanto, em teoria, elas estariam mais preparadas para a visão do parto enquanto processo – embora isso não seja uma regra. Assim como não é uma regra que a assistência por um médico obstetra



seja necessariamente medicalizada, existem profissionais e correntes ideológicas diferentes em todos os campos de atuação.

As enfermeiras não estão habilitadas para aplicação de anestesia peridural, raquidiana ou geral, somente a anestesia local para a necessidade de episiotomia.

Tabela 3. Países na ordem crescente em razão de mortalidade materna, ou seja, o número de mulheres mortas a cada cem mil nascidos vivos.

	Holanda	Reino Unido	EUA	Brasil
Razão da Mortalidade Materna	6	8	11	110

Fonte: Relatório Situação Mundial da Infância 2009 – taxa de mortalidade “ajustada”.

Esses dados e o interesse em aprofundar o estudo da gestação e parto em todas as suas dimensões contribuíram para reativação do curso de Obstetrícia, hoje na USP Leste, em 2005. A primeira turma já está formada e atuando no mercado de trabalho.

O curso, com duração de quatro anos, forma profissionais especializados diretamente no atendimento autônomo no período de gestação, parto normal e pós-parto. A obstetrix também está habilitada a prestar e coordenar a assistência à saúde da mulher e da família no processo reprodutivo, considerando as dimensões socioculturais envolvidas ao articular os cuidados clínicos e assegurar a centralidade da mulher. É o que consta no projeto pedagógico do curso, norteado pela ideologia humanizadora. “Há no curso uma formação na área de biológicas, de humanas e também na área técnica de Obstetrícia. O pré-natal, parto e pós-parto pode ser acompanhado por uma obstetrix, desde que a gestação seja considerada de baixo risco, sem nenhuma intercorrência. Em casos de cesárea, a obstetrix não pode, legalmente, atuar em partos cirúrgicos. Pode sim fazer parte da equipe que atende à mulher no trans-operatório, mas não pode, legalmente, realizar a cirurgia”, explica a professora Dra Lucia Cristina Florentino da Silva, coordenadora do curso. De acordo com ela, é comum que se refiram à obstetrix como parteira. “A nomenclatura que temos utilizado é de obstetrix, mas não há problemas quanto aos profissionais de serem chamados de ‘parteiros’



mas que seja ressaltado que são profissionais com formação em nível superior e não devem ser confundidas com as parteiras tradicionais. Quanto à atuação dessas parteiras, tradicionais, são elas que atendem a população regional onde há carência de estruturas e elas devem, portanto, ter o nosso respeito e consideração, inclusive pela experiência de vida que trazem do seu dia a dia”, orienta Lucia.

Em cinco de agosto de 1999, a portaria 985, assinada pelo então ministro da Saúde José Serra, criou o Centro de Parto Normal – conhecido como Casa de Parto – no âmbito do SUS, sem obrigatoriedade de médicos, onde o parto pode ser acompanhado somente por obstetrites e enfermeiras obstetras.

As Casas de Parto surgiram dentro da proposta de humanização do parto e com o objetivo de oferecer mais vagas de atendimento. Nesses locais, geralmente, a gestante tem acesso a um quarto com acompanhante, não existe berçário e o bebê fica diretamente com a mãe. São estimuladas as posições verticais na hora do parto, além de outras práticas humanizadas. As Casas de Parto contam com aparelhos como a cinta de monitoramento fetal, cadeiras semideitadas e outras tecnologias que podem ser aplicadas pelas obstetrites e enfermeiras obstetras. Nesse sentido, representam de certa forma a evolução do cuidado e das práticas comprovadamente benéficas das parteiras tradicionais com as melhorias possibilitadas pela tecnologia de diagnóstico e intervenção. Para uma remoção de emergência ao hospital, elas contam com ambulância e enfermeiro habilitado para prestar atendimento emergencial. Uma das exigências para a abertura de uma Casa de Parto é que esteja a no máximo dez minutos de uma unidade hospitalar de referência. Algumas Casas de Parto estão instaladas ao lado de hospitais com centros cirúrgicos.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, somando o volume de partos realizados nas Casas de Parto de Belo Horizonte, Juiz de Fora e Rio de Janeiro entre 2001 e 2004, chega-se a um total de 4.838 nascimentos. Destes, apenas seis resultaram em óbitos neonatais. Nenhum óbito materno ocorreu.

Existem ao todo 23 Casas de Parto em todo país, nem todas comandadas apenas por enfermeiras. E as que não tem médicos na equipe, apesar de regulamentadas por lei, permanecem sob constante luta para continuarem abertas. Não é raro que de repente uma liminar impeça uma Casa de Parto de funcionar, até que juridicamente ela reconquiste



esse direito. E isso não é por causa de nenhuma morte ou complicação mal resolvida, mas por causa da contrariedade de alguns setores ao funcionamento desses centros.

Entidades médicas como a Febrasgo e o Conselho Federal de Medicina (CFM) são declaradamente contra a existência desses centros. Em comunicados oficiais, essas entidades consideram as Casas de Parto “retrocessos absurdos” no atendimento à gestante e recém-nascido, e uma “banalização do nascimento”. Sob o argumento de estarem lutando pelo melhor e mais capacitado atendimento às mulheres e bebês, alegam que as Casas de Parto representam tentativas de afastar o médico do processo, por interesses corporativos. Para a Febrasgo e CFM, as enfermeiras obstetras não são profissionais habilitados para o atendimento autônomo da gestante, mas sim para integrar uma equipe multiprofissional coordenada pelo médico.

As “parteiras urbanas”

Participantes do movimento pela humanização do parto, algumas enfermeiras obstetras e obstetras possuem uma nova maneira de ver a desmedicalização do processo. É o parto domiciliar.

A idéia é resgatar práticas humanizadas e tradicionais de parto e nascimento, aliadas aos conhecimentos técnicos e científicos comprovados. “Como o parto é da mulher, porque não ser na casa dela? A mulher escolhe se em casa é mais confortável, com a família dela, no ninho dela, é outra história do que fazer no hospital. Ela é nossa parceira. Nós não utilizamos nenhum procedimento invasivo, mas ficamos monitorando a saúde clínica da mãe e do bebê o tempo todo. Também acompanhamos com os exames pré-natais”, explica Priscila Colacioppo, enfermeira obstetra há 22 anos. Junto com a também enfermeira obstetra Márcia Koiffman, ela fundou o Grupo Primaluz, de “parteiras contemporâneas”, que acompanha gestantes e partos domiciliares.

Elas atuam juntas, atendendo os partos na região de São Paulo e Campinas há quatro anos. As mães que contratam o Grupo Primaluz planejam toda a gravidez e desejam intensamente o parto normal, em família. “É diferente em casa porque existe maior liberdade da mulher. Em casa, é a gente que se submete às regras da casa, porque a mulher é a dona da casa. E ela assume os riscos com a gente, se por acaso houver. Até hoje nunca aconteceu nenhuma transferência de emergência para o hospital”, conta Priscila. As enfermeiras diferem do hospital por não seguirem regras e etapas rígidas de atendimento e decidirem tudo junto com o casal que estão assistindo. “No hospital eles têm medo, porque é um sistema que funciona com protocolo, tudo igualzinho e vai que acontece alguma coisa com o bebê e processam o hospital, eles têm essa mentalidade”, explica Márcia.

A publicitária Regiani de Abreu teve o primeiro filho, João, através de uma cesariana, na 38ª semana de gestação. Todas as intervenções desnecessárias foram realizadas no recém-nascido, com direito a UTI, nitrato de prata e fototerapia.

Quatro anos depois, Regiani engravidou novamente. Quis ter um parto diferente. Começou a pesquisar alternativas e encontrou o parto domiciliar.

“Descobri a ‘indústria’ da cesariana, descobri que pouquíssimos médicos dedicam-se ao parto normal no Brasil e descobri a possibili-



dade do parto em casa. Não tive medo que nada desse errado. Eu confio no processo do nascimento, na minha capacidade de dar à luz, na equipe que me acompanhava e havia ‘estudado’ bastante sobre o assunto. Sabia que qualquer intercorrência que pudesse acontecer, seria resolvida na minha casa, até uma possível remoção a um hospital”, explica ela.

O parto de Regiani aconteceu em casa, sem intervenções, sem anestesia, sem complicações e sem rompimento do períneo. Seus familiares estavam presentes, o rádio estava ligado com músicas para relaxar e o pai do bebê cortou o cordão umbilical. É parecido com o que acontece com as parteiras tradicionais, não fosse o fato das “parteiras contemporâneas”, como se auto denominam, Priscila e Márcia serem formadas em curso superior e disporem de instrumentos em caso de necessidade. Além, é claro, do pré-natal completo e da possibilidade imediata de recorrer a um hospital bem equipado em pouco tempo.

Pedro, segundo filho de Regiani, nasceu no banquinho de parto trazido pelas enfermeiras, mamou logo depois do nascimento e dormiu em casa, com os pais. Para Regiani, a experiência do parto em casa foi incrível, tanto que na sua terceira gravidez, ela também decidiu ter o parto em casa. “Parto em casa é fantástico, faria tudo de novo”, admira-se ela. Sua terceira filha, Leona, nasceu em casa, no ano passado, também com as enfermeiras Márcia e Priscila. Além delas, Regiani contou com uma doula profissional, Thaís Medeiros.

A reação mais comum, quando se fala em parto em casa, em um grande centro urbano como São Paulo é um susto. É comum achar pouco seguro o parto em casa e manifestar a preferência pela capacidade máxima dos hospitais e médicos, mesmo que isso signifique falta de privacidade e liberdade. Márcia explica os riscos: “Risco zero não tem em nenhum lugar. Mas dificilmente, num trabalho de parto de baixo risco, haverá uma emergência de uma hora pra outra. Em geral, nosso acompanhamento é muito intenso, com duas parteiras acompanhando uma mulher, diferente do que acontece num hospital em que a equipe médica precisa atender todos os pacientes. Nós estamos à disposição apenas daquele trabalho de parto, escutamos o coração, ficamos avaliando. E se o trabalho de parto está desviando do normal, se o risco aumenta, sugerimos a transferência. Mesmo nessa situação, deve dar uns 7% do nosso atendimento. Nunca tivemos um bebê que ficou na UTI”.

Márcia era advogada há nove anos quando decidiu fazer partos. “Eu acho que todas as parteiras chegaram nessa profissão depois de um momento da vida em que acontece como se fosse um chamado”. O chamado de Márcia foi quando ela teve sua primeira filha, há 15 anos. “Eu não conhecia nada de parto antes disso. Fiz um curso para gestantes e conheci uma senhora que era obstetrix há 50 anos. Quando fui ter a bebê, ela estava de plantão no hospital e acabou fazendo o meu parto”. Márcia conta que recebeu a senhora em sua casa para auxiliá-la na amamentação e no pós-parto. Admirada com o carinho dessa profissional, ela se apaixonou pela profissão. No ano seguinte prestou vestibular para Enfermagem. “Infelizmente eu tive que passar por todas as etapas da formação do enfermeiro antes de chegar até a especialização em Obstetrícia”. Se fosse hoje, Márcia poderia ingressar direto na graduação de Obstetrícia.

Relembrando sua antiga profissão, ela garante: “Em relação à questão jurídica, estamos amparadas pela lei de exercício profissional que permite que façamos o parto, então nosso trabalho é totalmente legalizado. Não existe no Brasil nenhuma lei que não concorde com o parto domiciliar”.

A maior dificuldade do parto em casa no Sudeste é o bloqueio cultural. Mulheres que optam por ter parto normal em casa são vistas com uma quase desconfiança sobre sua estabilidade mental e responsabilidade. São criticadas por “colocar a vida do bebê em risco”. Regiani desabafa: “Tem gente que acha que você está louca, que diz que vai pedir pro Juizado de Menores impedir você de fazer isso”. Para o Grupo Primaluz, esse é um reflexo da visão do parto como essencialmente perigoso.

“Quando você assume o parto domiciliar, culturalmente falando, é muito mais difícil. Se você tem um bebê que teve uma complicação em que houve uma cesariana marcada, e a gente vê isso toda hora, ninguém fala nada. É porque está todo mundo muito acostumado, mesmo que o bebê nasça prematuro, fique uma semana na UTI com desconforto respiratório, todo mundo aceita, porque é muito comum. Mas se você tem um bebê com algum problema que nasce em casa, mesmo que não tenha nada a ver com o parto, é porque nasceu em casa. A gente brinca, às vezes, se o bebê tem a unha encravada, é porque nasceu em casa”, conta Márcia.

Ela e Priscila frequentemente enfrentam o preconceito de médicos e setores da sociedade que consideram o parto domiciliar um absurdo.



“Já chegaram a perguntar se eu uso luvas. Existe muito preconceito. Mas nós usamos todo o instrumental estéril, não há perigo de contaminação. E a mãe é vacinada durante o pré-natal”, esclarece Priscila. Durante esses quatro anos de trabalho, algumas mulheres foram transferidas para o hospital, preventivamente, nos casos em que não houve dilatação do colo do útero ou a mãe, com trabalho de parto demorado, decidiu ir para o hospital, para receber anestesia.

Para elas, acompanhar o nascimento do bebê é um prazer inexplicável. “A gente fala que depois do primeiro parto em casa você não consegue parar mais, porque aquela situação é única, que você está recebendo aquele bebê, naquele ambiente acolhedor, com a família junto. É uma emoção tão grande, que você tem vontade de passar por isso várias vezes, mesmo que a seja cansativo, que a gente fique horas sem dormir, a hora que o bebê nasce parece que vai tudo embora. Eu me sinto honrada por ser convidada a participar de um nascimento assim. Um nascimento no hospital ou em casa, onde a mulher é respeitada, ela tem o bebê como ela quer, é uma situação que não tem palavras que expliquem, é uma energia, uma emoção, uma coisa tão boa... Eu fico triste de ver mulheres que não tem oportunidade de passar por isso”, conta Márcia. O celular dela está sempre ligado, pronto a responder ao chamado de uma mãe em trabalho de parto. “Eu não tenho horário, fico tempo fora de casa e tudo, mas acho que compensa quando o bebê nasce, compensa quando a gente vê a alegria da mulher, da família, principalmente essas que tiveram um primeiro parto traumático e que conseguem resgatar tanta coisa”, afirma.

O perfil das mulheres atendidas pelo Grupo Primaluz é de curso superior, algumas com pós-graduação. São casais de classe média, classe B, C, em geral. “É aquele casal que estudou, que trabalha, que planeja um pouco a vida, com mulheres um pouco mais velhas, de 25 a 30 anos que nós atendemos. Mas já tive pacientes com mais de 40”, conta Priscila. As “parteiras contemporâneas” trabalham sozinhas, mas não tem restrições se a mãe quiser contratar outros profissionais para acompanhar o parto, como pediatra, neonatologista ou doula.

No meio do caminho entre as enfermeiras obstetras – ou mesmo o médico no hospital – e as gestantes, está a doula. “Ela é um suporte, um apoio físico e emocional, dá carinho, faz massagem, encoraja. E também fica como se fosse uma tradutora do que está acontecendo, passando

pra mãe o que ela está sentindo ou o que o médico fala na linguagem acadêmica”. Quem explica é Maria de Lourdes Teixeira, mais conhecida como Fadyinha, do Rio de Janeiro, pioneira no trabalho de doula no Brasil. Ela começou há mais de 30 anos e já perdeu as contas de quantos partos participou.

Fadyinha acompanha partos em qualquer lugar: hospitais, domicílios ou Casas de Parto. Mas não esconde: adora o parto domiciliar. “Eu prefiro em casa, é muito mais gostoso, mas a maioria dos partos acontece em maternidade. Em casa a mulher está dentro do seu ambiente, é muito mais difícil acontecer algum problema. O processo hormonal flui muito bem, ao passo que na maternidade, sempre tem pessoas desconhecidas e um ambiente mais frio. No hospital e com o exagero das cesarianas, a mulher perde o seu papel de protagonista, atuante no parto, de escolher o lugar, as condições, a posição, quem vai estar junto”, diz.

A origem da palavra doula vem do grego *mulher que serve* e foi adotada pelos americanos nos anos 90. Como ela faz o trabalho desde a década de 70, ela ri, com seu sotaque carioca: “Eu era doula e não sabia. Eu divulgava meu trabalho como acompanhante de parto”. Fadyinha assiste mães nas gestações e parto através do Instituto Aurora, que coordena grupos de gestante que praticam Yoga e aprendem a Shantala, uma técnica de massagem em bebês.

Em qualquer lugar, o papel da doula é amparar a mulher contribuindo para tornar o processo mais humano. Na opinião de Fadyinha, “Humanização do parto precisa ter privacidade, respeito e a liberdade de escolha, senão não funciona”. A doula faz o papel de ponte com a mulher, para que ela se sinta amparada. “E criando mesmo um ambiente que, se não é o melhor, pode ser transformado em um lugar legal. Eu já tive muitos partos em centro cirúrgico, que não tinha oportunidade de fazer em outro local porque a maternidade não permitia, mas pude criar uma ambientação, apagar a luz, forrar o chão. Dependendo do obstetra, ele topa criar condições de ambientação, não deixa chegar ninguém por perto, e faz com que ali a mulher se sinta mais apoiada”, explica. Para Fadyinha, ter um filho é fantástico, mesmo quando o parto é complicado.

“Os bebês chegam diferentes em casa. Eles vêm mais tranquilos. Porque a mãe quer daquele jeito, vive aquele momento e passa isso pro bebê. É muito legal, viu?”, fala com experiência Vilma Nish, de São Paulo. Ela trabalhou como enfermeira obstetra por 25 anos em hospitais e desde



2002 atende partos em casa. Já foram quase 200 crianças desde então, nenhuma com transferência emergencial. Com uma serenidade contagiante, Vilma conta como é vivenciar o nascimento de uma nova vida.

As mulheres que Vilma atende, em sua maioria, possuem convênio médico. Durante a gravidez elas costumam fazer o acompanhamento com o obstetra e com Vilma: “Eu acompanho a gravidez e o bebê, também com massagens, movimento corporal, orientação para alimentação”.

Ela acredita no poder da natureza e no poder da mulher em dar à luz. E diz que as pessoas que a procuram para o parto em casa seguem a mesma filosofia de vida. “Se engravida, o nenê nasce, num precisa de tanta tecnologia. Porque hoje medicina é isso, primeiro é muito tecnológico para depois chegar ao simples”, afirma.

Vilma afirma que essa é a melhor fase de sua vida profissional, na qual vive um trabalho de parceria com a mãe e a família do bebê. “Receber essa criança é fantástico, eu vivo um privilégio. Sinto uma total cumplicidade com essa mãe e um vínculo muito forte. Apesar de que estou ali mais pra ajudar porque o parto é da mulher, da força que ela tem, e vai viver esse momento intensamente. Ela precisa acreditar que ela é capaz de parir o filho que gerou”, explica.

Se durante o trabalho de parto em casa Vilma acha que precisa usar alguma medicação, liga para o médico da gestante ou para médicos que conhecem e apóiam o seu trabalho. Somente médicos receitam remédios. E se ela notar que o trabalho de parto não está acontecendo como deveria, transporta a parturiente para um hospital. “Se houver alguma coisa que pode ser ruim, vamos pro hospital. Porque, na verdade, a gente mora em São Paulo, né? Então, não é pra levar até as últimas consequências. Mas nunca teve complicações, só as mulheres que desistiram de ter em casa, porque não aguentaram a dor”, diz ela.

Iara Silveira Feyer estava cursando enfermagem quando decidiu que teria seu filho de parto domiciliar. “Sempre pensei no nascimento como um evento natural, fisiológico. Por isso quis fazer enfermagem, pois meu sonho era ser ‘parteira’. Na graduação, vi partos hospitalares que reforçaram o meu sentimento de que o lugar do parto – de uma gravidez segura e de baixo risco – é em casa. Na maternidade conheci a enfermeira Vânia Sorgatto Collaço, que na época tinha atendido dois partos domiciliares a pedido. Então, pedi para ela que acompanhasse o nascimento de meu filho em casa, mas na época nem estava grávida ainda.



No tempo certo liguei para ela, gestante de alguns meses, para que me atendesse em casa quando fosse chegada a hora. Ela prontamente atendeu meu pedido. Esse foi o primeiro parto, o nascimento da Maria Flor, hoje com quase quatro anos. Na seqüência me formei e me coloquei a disposição dela para ajudá-la nos partos domiciliares, formamos uma equipe”, conta. Foi assim que nasceu o Grupo Hanami – O Florescer da Vida, que atende partos domiciliares em Florianópolis. O grupo é formado por diversos profissionais, como médicos, psicólogos, educadores perinatais e principalmente, enfermeiras obstetras. “Fiquei grávida de novo, e Vânia atendeu o nascimento da Nina Morena. Naquela época já havíamos atendido 18 partos juntas. Eu decidi ter meus filhos em casa muito antes de atender partos no domicílio”, explica Iara.

Assim como no caso de Regiani, os partos de Iara foram inesquecíveis para ela, e significaram um momento profundo de autoconhecimento e interação com o bebê e família. “A emoção foi total. Tudo é vivido muito intensamente no domicílio, senti a vontade para chorar, rir, conversar... O ritmo natural foi respeitado em todos os momentos, não houve sofrimento, foi uma celebração da vida em família. O conforto conta muito. A atmosfera do lar proporcionou um ambiente acolhedor que facilitou um ótimo trabalho de parto, parto e pós parto. Comer, dormir, andar, tomar banho... Além disso, compartilhar esse momento com pessoas que eu amo, pessoas que vivenciaram a gravidez comigo de uma forma intensa, meu marido, minha mãe, comadres... No nascimento da Maria Flor celebramos um parto à luz da lua cheia... Foi lindo. E no nascimento da Nina Morena, a Maria, com dois anos, participou de todo o processo. Foi muito especial a participação dela no nascimento da irmã, a família reunida, o clima de amor, intimidade, segurança. Tenho certeza que não viveria isso em uma instituição”, conta Iara.

Há outros grupos ou enfermeiras obstetras no Brasil que trabalham com o parto em domicílio, mesmo que o assunto ainda seja um dos maiores tabus da Obstetrícia. Todos eles compartilham das propostas do movimento pela humanização do parto e admiram o trabalho das parteiras tradicionais, inclusive incentivando as capacitações, congressos e a regularização de sua profissão.

A enfermeira obstetra Márcia Koiffmam tem uma opinião bem clara a esse respeito. Para ela, dentro das possibilidades locais das parteiras tradicionais, o trabalho que realizam é digno de admiração. “Eu res-



peito muito o trabalho das parteiras tradicionais no Brasil, tudo o que a gente sempre vê e lê a respeito é que elas têm resultados de partos muito bons, apesar de estarem numa situação muito mais difícil do que a nossa, porque muitas das mulheres que elas atendem não têm opção. Aqui a gente faz o parto planejado, com toda estrutura para uma transferência, com pré-natal de baixo risco. E elas não, atendem porque não tem pra onde ir, não tem hospital perto e mesmo assim elas conseguem resultados maravilhosos. Acho que elas têm um valor muito importante e que deveríamos aprender muito com elas”, afirma Márcia.

Para ela, assim como aconteceu na sua própria trajetória profissional, as parteiras não escolhem ser parteiras, mas são escolhidas, de alguma forma. “Isso é uma coisa muito legal, na história das parteiras, mesmo as que são formadas como a gente. Todo mundo tem algum momento na vida que meio que recebe um chamado, porque fazer esse tipo de trabalho é muito pouco valorizado. Eu percebo que quando a gente se diz parteira, pra muita gente isso é pejorativo. A imagem da parteira está associada com falta de recurso, pobreza, embora seja verdade em alguns lugares. Mas ninguém olha a contribuição que elas dão nesses lugares que a assistência médica é tão difícil. Eu tenho percebido que existe um movimento muito tímido de resgate das parteiras, da sabedoria que elas tentam passar, e acho positivo”, explica.

A professora e enfermeira Lucineide Frota Bessa concorda: “Se considerarmos a falta de suporte para o acesso aos serviços especializados e de materiais mínimos e básicos para o atendimento de emergência, acreditamos que os profissionais formados, na realidade do isolamento geográfico, precisariam aprender muito com as parteiras tradicionais”.

Para o médico obstetra Marcos Leite, presidente da Rehuna, a parceria entre médicos e parteiras é possível, assim como a parceria com enfermeiras obstetras deve ser estimulada. Em entrevista para a ONG Amigas do Parto, ele afirma: “Eu sou obstetra, passei seis anos me formando, mais um monte de tempo me especializando, nunca paguei um centavo para estudar. Então, existem duas questões: primeiro, da minha especialização e, segundo, da resposta que eu dou a esses anos todos que investiram em mim. Do ponto de vista da minha especialização, o meu lugar de trabalho tem que ser na maternidade, bem equipada, onde vou ter condições de atender a grávidas com patologias, com problemas. Do ponto de vista da minha responsabilidade social tenho a necessidade

de retornar à sociedade aquilo que essa sociedade investiu em mim. O melhor lugar para isso é uma maternidade de alto risco. Eu não consigo mais ver a assistência ao parto por um profissional único. Eu acho uma coisa muito complicada para ficar só na mão do obstetra. Então, quando começo a entender o meu papel eu me sinto valorizado no meu papel como médico trabalhando numa maternidade de risco. Da mesma maneira que a parteira vai se sentir absolutamente valorizada quando eu, médico, ou eu como a categoria médica, reconhecer a qualidade do seu trabalho, a importância desse trabalho, historicamente perceptível. Porque eu não considero o meu conhecimento melhor que o delas. O meu conhecimento é diferente. E eu considero esses conhecimentos como complementares. Então, se a gente consegue, cada um, complementar esse modelo de assistência, todos saem ganhando: as mulheres, os bebês, as famílias, as parteiras, as enfermeiras, os médicos e a sociedade”.



Aperreio – dificuldade, obstáculo, apuro.

Bexiga baixa – distopia genital, quando a bexiga ou o útero feminino se precipitam na cavidade vaginal.

Carro traçado – caminhonetes, jipes, carros fortes, que podem suportar as condições adversas das estradas.

CFM - Conselho Federal de Medicina.

Cirurgião-barbeiro – cabeleireiros e barbeiros que exerciam saberes médicos não-científicos, notadamente as sangrias, em séculos passados.

Curiar – espiar, manifestação de curiosidade.

Dor – muitas vezes a palavra dor é usada como sinônimo de contração.

Doula – do grego *mulher que serve*. Profissional que acompanha a parturiente proporcionando conforto emocional.

Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Fórceps – instrumento que se usa para, a partir de indicação adequada, extrair uma criança do útero. Há vários tipos de fórceps, os mais comuns em formato de colher, usados durante o parto vaginal.

Garrafada – bebida preparada por parteiras (e também benzedeiros e outros terapeutas populares) com ervas, raízes, sementes, algumas vezes com mel, para tratar variadas enfermidades.

Histerectomia – remoção cirúrgica do útero por complicações do parto.

Ligar – realizar esterilização feminina, através de laqueadura tubária.

Mãe do corpo – útero.



Manobra de Kristeler – consiste em alguém empurrar com força a baringa da parturiente com o objetivo de forçar o bebê para o canal do parto. Agressiva, essa manobra pode acarretar riscos e não oferece os benefícios que supõe.

Meia-saba – esteira.

Mocho – pequeno banco

Não ter passagem – mulheres que o parto é dificultado porque a pelve é estreita. Para as parteiras, nem sempre é sinônimo de cesariana, pois a falta de passagem pode ser *na carne* [muscular], resolvida no hospital com a episiotomia.

Neonatal – referente ao neonato (recém-nascido).

Parto natural – parto vaginal sem anestesia ou outras intervenções farmacológicas.

Parto normal – parto vaginal. Termo geralmente usado para partos vaginais com intervenções, como anestesia, episiotomia, aplicação de ocitocina etc.

Parturiente – mulher em trabalho de parto.

Períneo – espaço que, na mulher, se situa entre a porção mais inferior dos grandes lábios e o ânus.

Placenta envelhecida – à medida que a gestação progride a placenta sofre um determinado grau de calcificação que é classificado em grau I, II e III. A placenta envelhecida é placenta precocemente grau III. O envelhecimento precoce da placenta está relacionado ao tabagismo, hipertensão arterial ou algumas infecções congênicas.

Placenta prévia – é uma complicação da gravidez causada pela placenta implantada na parte inferior do útero, cobrindo parcial ou totalmente o colo do útero. O sangramento pode ser um dos sintomas. Conforme a parte inferior do útero estica, na segunda metade da gravidez, a placenta pode se descolar, provocando uma hemorragia. Se a placenta estiver obstruindo completamente o colo do útero, o parto normal se torna impossível. Alto número de filhos e cirurgias uterinas favorecem a placenta prévia, mas não são determinantes.



GLOSSÁRIO

Posição cefálica – posição ideal para o parto vaginal, quando o bebê está com a cabeça direcionada para o canal de parto.

Posição pélvica – quando o feto não está com a cabeça apontada para o canal de parto, dificultando o mesmo. Pode ser quando o bebê aponta para o canal de parto as mãos, os pés, as nádegas e até mesmo outras partes do corpo, como ombros. *Bebê atravessado*.

Pós-parto – período de 42 dias após o parto.

Povoado – o mesmo que distrito.

Puerpério – pós-parto. Período que se segue ao parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher retornem à normalidade.

Quartos – ventre, quadril, o mesmo que cadeiras e ancas.

Resguardo – período que segue ao parto, geralmente alguns dias, no qual a mulher deve tomar preservar-se, repousando e tomando cuidado com os alimentos, entre outras práticas.

SUS – Sistema Único de Saúde.

Umbigueirinha – cordão umbilical, ainda ligado ao bebê.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIRES, M.J. O direito à arte de partejar. **Revista da Faculdade de Direito (UFPR)**, v. 43, 2005.
- ALVES, V. Audiência sobre necessidade de incluir parteiras no SUS. <www2.camara.gov.br/homeagencia/materias.html?pk=113651>. Acesso: 10/09/2009.
- ARMELLINI, C. J. & LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, p. 305-315, 2003.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 135-149, abr.-jun./1991.
- BASSETE, Fernanda. Curso de obstetrícia forma parteiras. <<http://g1.globo.com/Sites/Especiais/Noticias/0,,MUL753422-15526,00-CURSO+DE+OBSTETRICIA+FORMA+PARTEIRAS.htm>>. Acesso: 23/04/2009.
- BESSA L.F. & FERREIRA, S.L. Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino no contexto domiciliar rural. Salvador: Grafufba, 1999.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, 2007.
- _____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (Dispõe sobre a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS). <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/fraWeb?OpenFrameSet&Frame=frmWeb2&Src=%2Flegisla%2Flegislacao.nsf%2FViw_Identificacao%2FLei%252011.108-2005%3FOpenDocument%26AutoFramed>. Acesso: 15/09/2009.
- _____. O livro da parteira. Brasília, 2000. 166p.
- _____. Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998 (Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, seção 1, p.47-8. B, 2/06/1998.
- _____. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Criação dos Centros de Parto Normal-CPN, no âmbito do sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8/08/1999.
- _____. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília. 2000. 18p.
- CAPIBERIBE, L. Deputada Janete defende inclusão das parteiras tradicionais. <www.lucianacapiberibe.com/2009/09/01/deputada-janete-defende-inclusao-das-parteiras-tradicionais>. Acesso: 11/09/2009.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. Cesariana: uma epidemia invisível. **Journal do CFM**, ano X, n. 84, ago./1997.



- _____. Mulheres têm direito a parto seguro. <www.febrasgo.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=5&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=251&lnti=S&itg=S&st=&dst=3>. Acesso: 29/09/2009.
- _____. O médico e seu trabalho. <www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/trabalho.pdf>. Acesso: 24/10/2009.
- CHANES, M. & TEIXEIRA, G.G. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do Prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 270-273, 2003.
- DIAS, M.D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 476-478, mai.-ago./2007.
- DINIZ, S.G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina (USP). São Paulo, 2001.
- _____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set./2005.
- DINIZ, T. Casas de parto de tornam centro de polêmica. **Folha de São Paulo**. <www1.folha.uol.com.br/fofha/equilibrio/noticias/ult263u4025.shtml>. Acesso: 26/08/09.
- FEBRASGO. Cesariana - Indicações. <http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/032.pdf>. Acesso: 26/08/2009.
- _____. Comunicado da Febrasgo em relação às casas de parto. <www.febrasgo.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=5&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=248&lnti=S&itg=S&st=&dst=3>. Acesso: 24/09/2009.
- _____. Entrevista Ministro da Saúde. <www.sbandometriose.com.br/profissional/conteudo_detalhes.php?id_nivel=3&id_topico=168>. Acesso: 25/06/2009.
- _____. Impasse sobre as casas de parto permanece. <www.febrasgo.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=5&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=315&lnti=S&itg=S&st=&dst=3>. Acesso: 24/09/2009.
- FLEISCHER, S.R. Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial da cidade de Melgaço, no Pará. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Porto Alegre, 2007.
- GALLI, M. & RANZANI, R. Parir e gozar. <<http://revistatpm.uol.com.br/revista/87/reportagens/parir-e-gozar.html>>. Acesso: 15/05/2009.
- GRUPO CURUMIM. Manual trabalhando com as parteiras tradicionais. Brasília, 2000. 86p.
- _____. Parteiras do sertão de Pernambuco recebem capacitação. <<http://grupocurumim.blogspot.com/2009/08/parteiras-do-sertao-de-pernambuco.html>>. Acesso: 10/09/2009.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- _____. Projeto vai inventariar parteiras. <<http://grupocurumim.blogspot.com/2008/05/projeto-vai-inventariar-parteiras-em.html>>. Acesso: 2/07/2009.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. Estatísticas do Registro Civil 2007, v. 34, p.1- 178, 2007
- INSTITUTO NÔMADES. Começa treinamento de pesquisadores para o inventário. <http://institutonomades.blogspot.com/2008_05_01_archive.html>. Acesso: 10/09/2009.
- JONES, R.H. Humanização do Parto: qual o verdadeiro significado? <http://www.humpar.org/humanizacao_parto.htm>. Acesso: 14/09/2009.
- LARGURA, M. A assistência ao parto no Brasil. São Paulo: Agir, 1998. 155p.
- MACEDO, C. Saberes e crenças da arte de partejar. São Luís: Gráfica JK, 2008.
- MARCOLINO, C. Representações de uma equipe de Saúde acerca de um planejamento familiar e esterilização feminina. **Revista Escola de Enfermagem (USP)**, São Paulo, v. 4, n. 38, dez./2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área técnica de Saúde da Mulher. Experiência: trabalhando com parteiras tradicionais. Brasília, 2002.
- _____. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Relatório final da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança 2006. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso: 30/09/2009.
- _____. Secretaria de Políticas da Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2003.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf>. Acesso: 10/07/2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE & FEBRASGO. Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília, 2000.
- NASCIMENTO, K.C. *et al.* A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Revista de Enfermagem**, v. 13, p. 319-327, 2009.
- NOGUEIRA, A. Por que a forma de nascer é importante. **Jornal AcheiUsa**, ano 8, n.215 e 216, out.-nov./2008.
- OSAVA, R.H. Assistência ao Parto no Brasil: o lugar do não-médico. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública (USP) São Paulo, 1997.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê Humanização do Parto – 2002. <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA/Dossi%EA%20Humaniza%E7%E3o%20do%20Parto.pdf>>. Acesso: 15/06/2009.
- REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Troca de saberes valoriza trabalho das Parteiras. <www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoNoticia.php?codigo=413>. Acesso: 10/09/2009.



A VIDA PEDE PASSAGEM

- SEIBERT, S.L.R. *et al.* Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem (UERJ)**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.
- TSUNECHIRO, M. A formação da enfermeira obstétrica no Estado de São Paulo. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 1988.
- UNICEF – The United Nations Children’s Fund. Situação Mundial da Infância 2009. <http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf>. Acesso: 15/09/2009.
- VARGENS, O.M.C., PROGIANTI, J.M. & SILVEIRA, A.C.F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem (USP)**, São Paulo, v. 42, n. 2, jun./2008.
- ZORZETTO, R. Escolha Errada. **Revista Pesquisa Fapesp**. <www.revistapesquisa.fapesp.br/?art=2976&bd=1&pg=1&lg=>>. Acesso: 20/08/2009.



Este livro foi composto em Minion Pro
corpo 11/18 e impresso em off set
em papel off 75g em novembro de 2009.