

LÚCIA GLICÉRIO MENDONÇA

PARTEIRAS EM LONDRINA  
(1929 - 1978)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nara Azevedo

Rio de Janeiro  
2004

Dedico esta dissertação  
às curiosas

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos professores, funcionários e amigos da Casa de Oswaldo Cruz, em especial a Nara Azevedo, orientadora deste trabalho.

Agradeço especialmente às parceiras que concederam suas entrevistas, assim como aos profissionais de saúde da 17<sup>a</sup> regional de Saúde do Paraná.

Agradeço também:

Às amigas da Secretária Especial da Mulher de Londrina, pela inspiração inicial.

Aos profissionais de saúde que prestaram assistência a minha família ao longo do ano de 2003.

Às amigas Ana Heloísa Molina, Sylvia Lenz, Lúcia Helena Oliveira, Maria de Fátima Cunha, Patrícia Castelo Branco, Elizandra Oliveira e Silmara Sílvia.

À minha família: meu pai Fabiano, minha mãe Cláudia, minha irmã Leda e em especial, para minha tia Noêmia, pelo carinho com que realizou a revisão de texto da dissertação.

Aos meus filhos Bruno e Angelo.

A Inácio pelo apoio e carinho.

## SUMÁRIO

**DEDICATÓRIA**, p. I  
**AGRADECIMENTOS**, p. II  
**SIGLAS UTILIZADAS NO TEXTO**, p. V  
**RESUMO**, p. VII  
**ABSTRACT**, p. VIII

**INTRODUÇÃO**, p. 1

### **1 PROGRAMAS DE TREINAMENTO DE PARTEIRAS TRADICIONAIS**, p.15

- 1.1 O treinamento formal de parteiras: algumas iniciativas, p. 16
- 1.2 Programas para regulação da prática e treinamento de parteiras – Estados Unidos, p. 18
- 1.3 Disseminação dos treinamentos na América Latina, p. 22
- 1.4 A fundação SESP e a introdução dos treinamentos de parteiras tradicionais no Brasil, p. 28
- 1.5 Educação de pessoal leigo: um ideal de educação em saúde no treinamento de parteiras, p. 35
- 1.6 Manuais para programas de treinamento de parteiras tradicionais, p. 40

### **2 PARTEIRAS EM LONDRINA: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CLIENTELA**, p. 55

- 2.1 Londrina: a cidade moderna e as parteiras, p. 56
- 2.2 Monopólio privado de serviços públicos: Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP), p. 61
- 2.3 Primeiros hospitais, profissionais de saúde e obstetrias, p. 64
- 2.4 Medicina liberal e previdenciária, p.68
- 2.5 Novas ondas migratórias, inchaço urbano e ampliação da rede hospitalar, p. 72
- 2.6 “O fim do Eldorado”, p. 84
- 2.7 Anos setenta: o problema agudo da assistência médica materno-infantil, p. 86
- 2.8 Parteiras: recurso valioso, p. 92

**3 RENOVAÇÕES E CONTINUIDADES DA TRADIÇÃO**, p. 98

- 3.1 Os treinamentos e o contexto sanitário do Paraná nos anos setenta, p. 99
- 3.2 Parteiras: quem são elas? ,p. 105
- 3.3 “Espírito de parteira”, p. 111
- 3.4 Arte de partejar: a coexistência da caridade com um mercado de serviços obstétricos, p. 116
- 3.5 O contexto do atendimento ao parto em Londrina: a visão da parteira, p. 123
- 3.6 Parteira era só para pobre?, p. 126
- 3.7 Treinamentos: recrutamento, motivações e interesses, p. 129
- 3.8 Saber tradicional e saber adquirido nos treinamentos, p. 136
- 3.9 Novos saberes: novos comportamentos, p. 140
- 3.10 Reconhecimento social e realização pessoal, p. 144
- 3.11 Renovação e continuidade da tradição, p. 149

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**, p. 165**FONTES PRIMÁRIAS**, p. 176**BIBLIOGRAFIA**, p. 180

## SIGLAS UTILIZADAS NO TEXTO

AML –	Associação Médica de Londrina
CTNP –	Companhia de Terras Norte do Paraná
COC –	Coordenadoria de Orientação à Comunidade
CRUTAC-LD –	Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária de Londrina
DNERU –	Departamento Nacional de Endemias Rurais
FUNRURAL –	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HU (HURNP) –	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
IAIA -	Instituto de Assuntos Interamericanos
IAPC –	Instituto de Aposentadoria e Pensões do Comércio
IAPEPSP –	Instituto de Aposentadoria e Pensões da Estrada de Ferro Paraná-São Paulo
IAPs –	Institutos de Aposentadoria
IBAM –	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS –	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS –	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA –	Legião Brasileira de Assistência
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONU –	Organização das Nações Unidas
OPS –	Organização Pan-americana de Saúde
SESB-PR	Secretaria do Estado de Saúde e Bem-Estar do Paraná

SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública  
SUCAM – Superintendência das Campanhas de Saúde Pública  
UEL – Universidade Estadual de Londrina

## RESUMO

O objeto de estudo desta dissertação consiste nas relações entre parteiras tradicionais, profissionais de saúde e a população assistida por ambos os grupos, a partir do ponto de vista das parteiras, ao longo do período no qual ocorreram os programas de treinamento para parteiras tradicionais promovidos pela 17<sup>a</sup> Regional de Saúde do Estado do Paraná, sediada em Londrina, entre os anos de 1975 a 1978. Contudo, o recorte temporal abrange um período maior, inicia-se em 1929, com a formação do primeiro núcleo populacional de Londrina e atinge o ano de 1978. O referencial teórico utilizado no estudo está baseado nas proposições da micro-história italiana. O trabalho de Susan L. Smith, *Sick and tired of being sick and tired: black women's health in América* atuou aqui como referencial historiográfico. Dele, aproveitou-se a "idéia do elo". Esta elaboração teórica consiste na percepção, por parte dos funcionários do Estado, do potencial de iniciativa, aconselhamento e liderança que as parteiras tinham dentro de suas comunidades. A percepção desse potencial é a idéia fundamental dos trabalhos de Saúde Pública com essas mulheres pelo mundo. A dificuldade de se acessar a documentação sobre o treinamento de parteiras levou-nos à opção pelo método de entrevistas e à exploração intensiva das fontes. Os resultados desta pesquisa dão conta de que existiam diferenças entre os significados inferidos à prática da parturição pelas parteiras urbanas e rurais. As parteiras rurais inferiam, quase que exclusivamente, valores religiosos e humanitários à prática. As parteiras urbanas, percebendo o potencial econômico da parturição, acabaram por se apropriar da lógica profissional de médicos e obstetizes, tomando como exemplo a conduta destes sujeitos. Sendo assim, as parteiras conjugaram os valores de solidariedade, servir e cuidar do próximo com a prática profissional, sem significar, necessariamente, um conflito de valores. Os treinamentos não garantiram a continuação dos serviços realizados por elas, ao terem reconhecidas suas contribuições para a Saúde Pública. Este trabalho quer contribuir para o conhecimento acerca do tema das parteiras e a parturição exercida por elas, no que diz respeito pensar nas maneiras pelas quais as mudanças de práticas tradicionais se dão no cotidiano das pessoas.

Parteiras, Treinamentos, Saúde Pública



## ABSTRACT

The study's subject of this dissertation consists in the relationships among traditional midwives, professionals of health and population attend by both groups, starting the midwives' point of view, along the period that happened the training programs for traditional midwives promoted by the Regional Health of the Paraná State, occurred in Londrina, from 1975 to 1978. However, the temporary cutting includes a large period that begins in 1929, with the formation of the first Londrina's population nucleus and it hits the 1978-year. The theoretical reference used in the study is based on the propositions of the *Italian micro-history*. The work of Susan L. Smith, *Sick and tired of being sick and tired: black women's health in America* acted here as historical reference. Then, it took advantage a "link idea". This theoretical elaboration consists in the perception, on the side of State's employees, of the initiative potential, advisement and leadership that the midwives had inside of their communities. The perception of this potential is the fundamental idea of the Public Health's works with these women around the world. The difficulty of accessing the documentation on the midwives' training took us the choice for the method of interviews and the intensive exploration of font. The results of this research show us, there were differences about the meanings inferred to the practice of midwifery by the urban and rural midwives. The rural midwives inferred, almost that exclusively, religious and humanitarian's values to the practice. The urban midwives, noticing the economical potential of the midwifery, adapting of the doctors' professional logic and midwives, taking as example the conduct of these subjects. Actually, the midwives conjugated the solidarity values, to serve and to care of the neighbor with the professional practice without meaning, necessarily, a conflict of values. The trainings didn't guarantee the continuation of the services accomplished by them, in the moment that have recognized their contributions for the Public Health.

Midwifery, Trainings, Public Health.

## INTRODUÇÃO

Estudos divulgados na década de oitenta estimavam que, até 1976, 80% da assistência ao parto no Brasil eram realizados por parteira tradicional<sup>1</sup>. Conforme se verificou, elas eram responsáveis, quase exclusivamente, pela assistência ao parto nas áreas rurais. Na cidade de São Paulo, até 1968, 54% dos partos eram assistidos em domicílio, tendo diminuído em 1970, para 24% (MEDEIROS, 1986, p. 20).

Dados como os apresentados acima e a observação das práticas sociais cotidianas em relação à assistência ao parto na cidade de Londrina, município situado na região Norte do Paraná, despertaram os interesses iniciais desta pesquisa. Ao longo dos levantamentos feitos para a elaboração do presente trabalho, ficou perceptível, em conversas com moradoras e moradores da cidade contemporâneos ao período acima apontado, que a regra era o parto normal domiciliar. As primeiras avaliações quanto ao quadro da assistência ao parto no município apontavam para a passagem da década de setenta para os anos oitenta, como um marco temporal de mudanças significativas nas formas de assistência ao parto na cidade. Passou-se da preponderância do atendimento

---

<sup>1</sup> O sujeito histórico principal a ser focalizado nesta dissertação é a parteira leiga, também chamada durante muito tempo de “curiosa” e hoje denominada de parteira tradicional. No Brasil, a parteira tradicional exerce a função de assistência ao parto natural, utilizando o saber empírico para desempenhar a atividade. Em geral, é uma mulher de meia-idade, analfabeta ou apenas alfabetizada. Contudo, é reconhecida pela comunidade em que vive como competente para a prática (BESSA; FERREIRA, 1999, p. 38; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1991, p. 5). Existiu também a parteira diplomada ou obstetrix. A partir da organização do Curso de Partos, em 1832, nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia, inicia-se no país o ensino formal para mulheres para a prática da parturição, de acordo como o conhecimento médico (MOTT, 1998, p. 53) Estes cursos, e outros espalhados pelo território nacional, existiram até meados do século XX. Após este período estava extinta a formação de parteiras diplomadas por médicos no país. (PROGIANTI, 2001, p.4).

realizado por parteiras para a hegemonia do parto hospitalar assistido por profissional de saúde.

Diante disto, como historiadora, eu buscava entender como uma prática cotidiana e tradicional de longa duração, como o parto domiciliar, assistido por parteira, persistiu até os anos setenta e, na passagem de uma década para outra, praticamente deixou de existir. Por este motivo, enveredei pelo caminho dos estudos sobre o processo de medicalização da sociedade para entender como se deu a passagem da hegemonia da assistência das parteiras ao parto, para a preponderância da assistência médica, em hospital, para o mesmo evento, em Londrina, ao longo do século XX.

Tudo leva a crer que, em um primeiro momento, as mudanças ocorridas no atendimento ao parto em Londrina seriam parte de um processo amplo, o qual abrangeria um conjunto de fenômenos longos e complexos composto pela industrialização, urbanização e medicalização da sociedade, os quais estão relacionados à consolidação do sistema capitalista no local e no país como um todo. Sendo assim, a explicação da mudança na assistência ao parto em Londrina seria respondida como parte dessa lógica. Contudo, havia o desejo de se compreender como tais processos ocorrem no nível dos sujeitos históricos, ou seja, como esses fenômenos amplos e complexos se materializam nas práticas cotidianas e no que esses processos implicam no fazer diário das pessoas.

É exatamente ao longo da década de setenta que muitas iniciativas de órgãos internacionais de saúde, bem como da estrutura estatal de saúde pública no país, tentavam solucionar problemas agudos relacionados à assistência materno-infantil, tendo em vista a grande parcela populacional que se encontrava nesta condição.

É, também, em 1976, que é criado pelo Ministério da Saúde o Programa Materno-Infantil coincidindo com uma crescente preocupação de vários órgãos e segmentos da sociedade, no sentido de melhorar a assistência ao parto realizado pelas parteiras, como também em prepará-las melhor para desempenharem sua prática. O *Plano Saúde para todos no ano 2000*, divulgado em 1978 pela Organização Pan-americana de Saúde, em conjunto com o Ministério da Saúde, valorizou e recomendou a importância da parteira, sobretudo nos países em desenvolvimento (BESSA; FERREIRA, 1999, p. 36).

As preocupações acima apontadas se concretizaram por meio de programas de treinamentos e controle da prática das parteiras, os quais contribuíram para a melhoria da assistência prestada por elas. Londrina, desde a organização de seu núcleo urbano, foi destinada a concentrar vários serviços e órgãos estatais para atender a toda a região do Norte do Paraná. A cidade é sede da 17<sup>a</sup> Regional Estadual de Saúde. O Centro de Saúde local teve papel fundamental, por concentrar as atividades de coordenação e irradiar os programas de treinamentos de parteiras tradicionais, através dos vinte municípios a ele subordinados. Neste Centro ocorreu, em maio de 1978, o “Curso de socorrista rural (parteira leiga)”. Foi o último curso de um amplo programa de treinamento realizado entre os anos de 1975 e 1978.

Ao descobrir que este treinamento ocorreu em Londrina, no referido período, considerei-o como evento privilegiado para a investigação acerca da mudança da assistência ao parto na cidade, pois o curso materializou o encontro entre o saber da medicina e o saber das parteiras e localizava-se justamente no período da mudança, o que indica, em um primeiro momento, possibilidades de relacionamento com as modificações alvo dos questionamentos iniciais deste trabalho.

Além disso, percebi que esse evento abria possibilidade de conhecimento sobre vários aspectos relacionados à assistência ao parto no município e região, como também sobre a sociedade ali existente e quanto à prática das parteiras e sua contribuição para o bem-estar da população. Ao mesmo tempo, investigar os treinamentos apontou um caminho por onde pude reconstituir historicamente a organização dos serviços de saúde na cidade, já que somente existiam poucos estudos que abordavam parcialmente este aspecto histórico local. Enfim, investigar as relações internas e decorrentes dos treinamentos de parteiras tradicionais organizados pela Secretaria do Estado de Saúde e Bem-Estar do Paraná, ocorridos em Londrina, apresentava-se como objeto rico de possibilidades de conhecimento.

Por estes motivos, defini que **o objeto de estudo desta dissertação consiste nas relações entre parteiras tradicionais, profissionais de saúde de Londrina, município situado na região norte do estado do Paraná, e a população assistida por ambos os grupos, ao longo do período no qual**

**ocorreram os programas de treinamento para parteiras tradicionais, promovidos pela 17<sup>a</sup> Regional de Saúde do Estado do Paraná, sediada naquela cidade, entre os anos de 1975 e 1978. Busca-se definir, privilegiando-se o ponto de vista das parteiras, como essas relações se deram no local.**

É importante ressaltar que, ao privilegiar-se o ponto de vista das parteiras, levou-se em conta a escassez de relatos escritos produzidos por essas mulheres. O que existe escrito sobre o tema é, em sua maioria, produzido por estudiosos sobre o assunto, principalmente médicos, enfermeiras, funcionários de instituições oficiais. Mais recentemente, outros pesquisadores têm voltado seu interesse para a parteira: antropólogos, sociólogos, jornalistas e historiadores.

É bom lembrar que este trabalho está relacionado tanto à intensificação de estudos no campo da História das classes subalternas, grupos minoritários e marginais quanto ao ativismo do movimento feminista e seus desdobramentos acadêmicos, bem como às questões promovidas por este mesmo movimento em meio à sociedade, principalmente no que diz respeito à qualidade dos serviços de assistência à saúde da mulher.

Por estes motivos, nas últimas décadas do século XX, a parteira e suas práticas tornaram-se privilegiados objetos de estudo, por conterem em si elementos que colocam questões quanto aos tradicionais papéis de gênero construídos ao longo da história. Além disso, as parteiras e suas práticas são exemplares para investigar-se a história da medicina, no que tange aos caminhos que ela percorreu para se constituir como tal, até hoje, ao substituir práticas curativas tradicionais.

Apesar dos treinamentos ocorrerem no espaço de quatro anos, o recorte temporal do presente trabalho é ampliado, pois busquei entender as condições históricas que possibilitaram a permanência das parteiras tradicionais - em geral, relacionadas às regiões rurais, distantes de centros urbanizados e desprovidos de serviços médicos - em uma cidade com alto teor de urbanização, considerada a terceira maior população urbana do sul do país, até o final da década de 1970 e, pólo de serviços médicos para uma grande área de influência, a qual englobava a região Norte do Paraná, o sudoeste do Estado de São Paulo, o sul do Mato

Grosso do Sul e parte do Paraguai (NAGAWARA<sup>2</sup> apud: ALMEIDA, 1979, p. 47). Ou seja, busquei realçar a presença e a prática da parteira tradicional no meio urbano nas décadas finais do século XX, em um espaço e período histórico pouco privilegiados nos estudos sobre o assunto.

Portanto, a discussão inicia-se em 1929, com a formação do primeiro núcleo populacional de Londrina e atinge o ano de 1978, quando ocorreu o treinamento abordado no objeto desta dissertação. Tamanha amplitude é devida à necessidade de se explicitar as origens das representações acerca de Londrina como cidade rica, moderna e progressista e as relações destas imagens com o objeto de estudo. Além disto, a longa duração também permite entender como os programas de treinamento, no formato ocorrido no local, surgiram e o caminho que foi percorrido para a aplicação dos mesmos na cidade e região.

Sendo assim, busquei localizar historicamente as primeiras experiências dos treinamentos, no Brasil e em outros países e relacionar o avanço e a consolidação do capitalismo no espaço do norte do Paraná, como condição para o processo de medicalização da sociedade ali existente e, mais especificamente, do evento do parto.

Desta forma, ao aborda o objeto acima apontado, concordo com Revel (1998, p. 14) e proponho um experimento alternativo baseado no método microanalítico, de acordo com as proposições da micro-história italiana, que surge provocada pelas demandas teóricas de estudos de grupos minoritários como negros e mulheres, entre outros, tendo influência da antropologia cultural, principalmente de Clifford Geertz e do antropólogo norueguês Frederic Barths. (REVEL, 1998, p. 20).

Estudar o cotidiano ou o vivido no nível dos atores sociais, tornou possível proporcionar uma significação e uma importância específica daqueles frente ao movimento das estruturas e dos processos sociais maciços, anônimos e inconscientes, tais como, a industrialização, a urbanização, os movimentos migratórios, a medicalização, entre outros, não mais como fenômenos englobantes que imporiam sua lógica própria aos comportamentos dos indivíduos e dos grupos (REVEL, 1998, p. 10).

---

<sup>2</sup> NAKAGAWARA, Y. *As funções regionais de Londrina e sua área de influência*. Tese (Doutorado) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo. São Paulo. 1972.

De acordo com a historiografia dedicada a pensar os processos teóricos em proporções micro, esta escolha irá propiciar uma inter-relação entre as várias escalas analíticas, pois é no nível do indivíduo ou dos eventos que os contextos agem simultaneamente. Dizer que a medicalização do parto iniciou-se no século XVI é dizer que a prática obstétrica passou a ser reivindicada pelos cirurgiões parteiros e não medicalizada. O interesse em atuar neste campo surge ali, mas não se constitui em medicalização. Ao abordar a mudança de predominância nos atendimentos ao parto em Londrina, é possível ver que a medicalização não inicia ou finda com a modernização, urbanização, a industrialização dos países ocidentais. É uma transformação que implica estes processos, mas é também particularizada em local e tempo histórico, assim como está condicionada às escolhas e estratégia de seus atores sociais.

Ao realizar os primeiros levantamentos bibliográficos e leituras sobre o tema das parteiras e suas práticas, me deparei com uma soma já considerável de trabalhos historiográficos que abordam o processo de medicalização da assistência ao parto nas sociedades ocidentais. Contudo, localizados, temporal e espacialmente, muito longe do recorte de meu interesse. Além de estar distanciada da especificidade do objeto que eu queria abordar na investigação, a bibliografia apresentava, não só os problemas de referências de espaço e tempo distantes, como também situava as análises dos processos amplos em uma perspectiva englobante e privilegiava as estruturas, as permanências, sendo que o meu interesse recai justamente sobre a mudança.

Outra dificuldade enfrentada em relação à bibliografia sobre treinamentos de parteiras tradicionais é que a maioria se concentra na área da saúde, constituindo-se em relatos de experiência de enfermeiras de saúde pública ao longo do trabalho de controle e treinamento de parteiras. O interesse principal desses relatos e pesquisas é focalizar as contribuições das práticas e do trabalho das parteiras para os serviços de saúde pública. Esse conjunto de investigações não tem o objetivo de abordar suas discussões do ponto de vista histórico, ainda que alguns trabalhos apontem aspectos históricos para o enriquecimento de suas reflexões.

Sendo assim, no que se refere aos interesses da presente pesquisa, a historiografia consultada contribuiu com as seguintes discussões:

Durante o século XVIII e o XIX, a obstetrícia era ainda uma área que gozava de pouco prestígio perante a sociedade e mesmo entre a classe médica. Apesar dos avanços significativos da medicina, o conhecimento do processo do parto ainda não era completamente dominado pelos médicos. Questões de fundo moral faziam com que os parteiros fossem solicitados apenas em último caso, quando não era mais possível o nascimento por vias normais e era necessária a retirada da criança do interior da mãe por meios cirúrgicos penosos. Estes mesmos aspectos morais impediam que os estudantes de medicina adquirissem nas escolas médicas a prática necessária ao atendimento do parto normal. Apenas com a organização de maternidades-escola foi possível a experiência no atendimento ao parto normal por parte dos médicos. Estes estabelecimentos, ao receberem as mulheres pobres para o parto, também propiciaram o estudo detalhado do processo e o desenvolvimento de novas técnicas, tais como a invenção do fórceps obstétrico, o qual auxiliou a humanizar a figura do parteiro e o atendimento aos partos mais complicados (DONEGAN, 1984; KOBRIN, 1984; MOTT, 1998; ROHDEN, 2001).

Mesmo assim, a parteira predominava nos atendimentos durante o século XIX e anos iniciais do século XX. Esta situação despertou amplos debates no interior da corporação médica nos Estados Unidos, nos países da Europa e Brasil, principalmente no que se refere à consolidação da hegemonia da assistência ao parto em favor dos obstetras (PEREIRA NETO, 2001, p. 82; KOBRIN, 1984, p. 319). Muitos médicos acusavam as parteiras de praticarem aborto e infanticídio, assim como de serem ignorantes e responsáveis pela transmissão de infecções pós-parto. Para parte da classe médica era necessário aboli-las de vez. Por outro lado, grupos preocupados com o decoro e a moral no atendimento à parturiente não aceitavam que profissionais masculinos fizessem o parto. Ainda existia uma outra parte da corporação médica que, consciente das limitações econômicas e práticas para prover atendimento médico a toda a população, considerava desumana a abolição das parteiras e sugeria fornecer treinamento médico a essas mulheres (PEREIRA NETO, 2001; p. 86; KOBRIN, 1984, p. 320; DONEGAN, 1984, p.313).

Apesar dos debates, as parteiras continuavam atendendo majoritariamente aos partos. Havia um consenso geral de que elas eram competentes para o



trabalho, mesmo no interior da classe médica, pois, para uma parte dos profissionais médicos, o parto era entendido como um processo no qual a natureza regia o andamento e em caso de algo sair errado pouco poderia ser feito. Contudo, os médicos obstetras buscavam formas de aceitação dos seus serviços frente aos colegas de outras especialidades e por parte das famílias, tendo em vista a ampliação dos atendimentos aos partos. Aos poucos, eles difundiram a idéia de uma natureza potencialmente patológica do parto, ou seja, que o parto normal se constituía em exceção e de que era necessário o acompanhamento de um especialista médico em todas as etapas da gestação e do parto para garantir a segurança, menos sofrimento e rapidez (DONEGAN, 1984; p. 312; KOBRIN, 1984, p. 319).

Os anos iniciais do século XX foram marcados pelas grandes transformações tecnológicas, culturais, sociais e emocionais causadas pelo impacto da Primeira Grande Guerra (1914-1918), as quais estavam intimamente relacionadas à vertiginosa aceleração do processo de urbanização e industrialização. Neste contexto, mulheres da classe alta e média urbanas, influenciadas pela ideologia do progresso vigente, inseguras em sua condição de futuras mães e, convencidas de que o treinamento superior dos médicos era garantia de maior segurança e conforto, solicitaram cada vez mais o atendimento de parteiros. Também mulheres reformistas, desejosas em alterar as condições opressivas da vida feminina, não queriam mais sentir dor e buscando correr riscos menores, passaram a preferir os obstetras. Elas acreditavam que a gravidez não poderia mais ser encarada com uma fatalidade. Além disso, contratar um médico era sinal de poder aquisitivo dos maridos, os quais podiam pagar pelos avanços e modernas tecnologias da medicina (DONEGAN, 1984, p. 311).

Apesar da crescente solicitação da assistência de obstetras para o parto, por parte das mulheres residentes nos grandes centros urbanos, durante muito tempo, para as mulheres das classes mais pobres e para as que viviam nas áreas rurais, as técnicas e facilidades dos novos conhecimentos se configuraram como uma realidade longe de ser alcançada por essa parcela da população (DONEGAN, 1984; p. 313; SMITH, 1996; p. 125; KOBRIN, 1984, p. 318).

Nas sociedades focalizadas na bibliografia, o número de estabelecimentos hospitalares para o atendimento era insuficiente ou mesmo inexistente. O mesmo

poderia ser afirmado para o número de profissionais médicos. Os poucos médicos existentes nessas localidades se viram obrigados a prover serviços em especialidades diferentes daquelas para as quais tinham sido treinados. Tal fato, muitas vezes, resultou em atendimentos mal sucedidos, criando desconfiança em relação aos serviços providos por esses profissionais nas cidades do interior do país, reforçando a credibilidade dos serviços realizados por pessoal não médico, como por exemplo: as parteiras (KOBIN, 1984, p. 319 SMITH, 1996, p.124). Elas eram reconhecidas por sua habilidade e constantemente solicitadas, além de serem conhecidas de longa data da comunidade.

Por enfrentar uma situação similar à descrita acima, os Quadros Estatais de Saúde Pública de alguns estados da região sul dos Estados Unidos instituíram programas de controle e treinamento para parteiras tradicionais, nos quais elas eram reunidas pelas enfermeiras de saúde pública, fiscalizadas e treinadas. No decorrer dos programas, os oficiais do Quadro de Saúde do Estado do Mississippi perceberam o papel de líderes comunitárias das parteiras e aproveitaram a influência e o envolvimento dessas mulheres com a causa do bem-estar de suas comunidades, para ampliar o atendimento dos serviços de saúde à população (SMITH, 1996, p.118).

Sendo assim, as reflexões apontadas acima contribuíram para a elaboração de um quadro referente ao processo de medicalização da assistência ao parto e no empenho da classe médica de normalizar e delimitar a prática das parteiras de acordo com os conhecimentos da medicina nas sociedades enfocadas nos estudos.

Acredito ser o presente trabalho o primeiro com a abordagem histórica dedicado especificamente ao assunto dos treinamentos de parteiras, no Brasil. Porém, fora do país, encontrei o trabalho de Susan L. Smith (1996) *Sick and tired of being sick and tired: black women's health in América*. Este foi um dos poucos estudos historiográficos localizados, senão o único, dedicado aos programas de treinamento de parteiras tradicionais durante o século XX. Ele atuou aqui como referencial historiográfico, isto é, um ponto de partida para o meu trabalho. No livro de Smith (1996), consegui localizar uma experiência historicizada dos treinamentos com algumas características semelhantes ao programa ocorrido em Londrina, em outros locais do Brasil e em alguns países da América Latina.

Contudo, não tive intenção de generalizar as semelhanças, mas sim, a partir delas entender as peculiaridades de cada contexto.

Para o presente trabalho, estou me baseando na similaridade dos formatos dos treinamentos, estritamente quanto à sistematização dos cursos e regulação da prática das parteiras. O que acho interessante e importante é fazer comparações, dar a devida relevância às muitas similaridades, mas ao mesmo tempo, entendo que é igualmente necessário evidenciar as diferenças dos contextos nos quais estes programas foram aplicados, enriquecendo a análise e buscando entrever a complexidade do emaranhado da lógica social. Mas o que diz o trabalho de Smith (1996), o qual inspirou a presente investigação?

Do ponto de vista desta dissertação, um dos principais méritos do estudo de Smith (1996) é localizar uma experiência histórica que pôde explicar como os treinamentos de parteiras posteriores se organizaram, racional e sistematicamente, e conseguiram, em sua grande maioria, aumentar o nível de segurança do trabalho das parteiras, tanto para elas como para quem recebia a assistência.

Ao longo do seu livro, a autora entendeu a iniciativa e o trabalho das parteiras como parte do movimento negro pelos direitos civis, em termos de continuidade, desde a abolição até a década de 1950. Para obter este resultado, ela mesclou história social da medicina e ciências da saúde, história das mulheres e história afro-americana. Smith (1996, p. 119) desenvolve uma explicação teórica para as relações estabelecidas entre os sujeitos históricos de sua investigação que eu aqui denominarei de a “idéia do elo”, ou “elo”. Esta elaboração teórica consiste na percepção por parte dos funcionários do Estado do potencial de iniciativa, aconselhamento e liderança que as parteiras tinham dentro de suas comunidades.

A percepção deste potencial é a idéia fundamental dos trabalhos de Saúde Pública com estas mulheres pelo mundo. Os documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e os manuais para organização dos programas colocam como ponto de partida para o trabalho o aproveitamento do potencial das parteiras para participar, de diversas formas, na tarefa de propiciar maior bem-estar para a comunidade da qual elas fazem parte.

De acordo com essa documentação, caberia aos órgãos de Saúde Pública, ao perceber esse potencial, construir uma relação de confiança com estas mulheres no sentido de ampliar e melhorar, em conjunto com elas, as possibilidades de atendimento da população e de suas condições de saúde. Por este motivo, considera-se fundamental conhecer as relações que esta idealização abarca, pois uma investigação como esta pode fornecer, direta e indiretamente, esclarecimentos acerca da importância histórica dos programas de treinamento de parteiras tradicionais para a Saúde Pública, bem como para o conhecimento da presença e contribuição de mulheres neste campo e de práticas cotidianas referentes à gestação, parto e puerpério.

No caso do programa de Londrina, entender a idéia do “elo”, ou seja, o potencial das parteiras como agentes de saúde pública, contudo, privilegiando o ponto de vista das parteiras, consiste em investigar o tecido de relações tramado pelos fios do saber médico divulgado pelo sistema estatal de saúde, pelo saber tradicional das parteiras, pelos limites legais impostos pelo Estado à prática das parteiras, o contexto em que estas relações se davam e o conjunto de opções de atendimento para o parto oferecido à população.

Entretanto, aproximadamente vinte anos foram suficientes para varrer boa parte dos registros da prática das parteiras no distrito urbano de Londrina e da documentação dos programas de treinamento e controle das parteiras. Um verdadeiro “esquecimento” ou “apagamento” documental de uma prática cotidiana tradicional na cidade.

A dificuldade de se acessar a documentação sobre parteiras nas instituições que se ocuparam de trabalhar com elas (órgãos do Estado ligados aos serviços de saúde), por ausência de manutenção de arquivos institucionais contínuos e organizados, obrigou a exploração intensiva das fontes. Esta dificuldade também levou a optar-se pelo método de entrevista, além deste ser adequado para privilegiar o ponto de vista de grupos, que de forma geral, não produziram documentação escrita diretamente.

Foram entrevistados, ao longo das atividades para a elaboração da dissertação, três funcionários da Secretária do Estado de Saúde e Bem-estar do Paraná com o objetivo de reconstituir as informações que a documentação poderia conter e quatro parteiras. A entrevista figura aqui, como fonte oral

produzida pela pesquisadora como paliativo para falta de fontes escritas. Documentação existiu, e pelo que deixou claro uma das parteiras entrevistadas, pode ainda existir. O problema reside na acessibilidade a estes registros e na dificuldade de se fazer valer o direito civil de acesso à informação no Brasil.

Não considero este um trabalho de História Oral, mas sim, que utiliza fontes orais. Defino este tipo de fonte como sendo o material recolhido por historiador para as necessidades de sua pesquisa, em função de suas hipóteses e do tipo de informações que lhe parece necessário possuir (VOLDMAN, 2001, p. 36). Sendo assim, o relato oral assumiu neste trabalho o papel de reconstituir o vivido, através da memória dos entrevistados e também de reconstruir um passado que deixou poucos vestígios escritos ao alcance do historiador.

Ainda que pesem posições teóricas entre os historiadores que consideram a fonte oral insegura do ponto de vista teórico-metodológico para se alcançar um saber histórico rigoroso, uma crítica interna e externa adequada à natureza do documento pode evitar algumas armadilhas. Existem alguns cuidados metodológicos exigidos pelas fontes orais para que o resultado da análise não seja de todo um pântano de relativismo. Voldman (2001, p. 251) explica que tais problemas podem ser eliminados pelos próprios usuários através de possibilitar o acesso irrestrito ao material gravado ao público e, em seguida, definir, de forma mais precisa possível, as características e o uso das fontes orais.

Portanto, considero necessário esclarecer que as entrevistas utilizadas aqui têm livre permissão de uso por parte dos depoentes. Estes declaram o desejo de tornarem públicas suas identidades no corpo do trabalho. Por este motivo, seus dados pessoais constam do texto. É importante lembrar que a fonte oral foi analisada de modo a se elaborar uma crítica ao documento/monumento<sup>3</sup> dispensado a qualquer outra fonte, ou seja, foi dada importância à precisão factual e à informação através de cruzamento dos relatos com documentos impressos<sup>4</sup> que estão aqui arrolados e a confrontação com outros relatos, tanto coletados para esta pesquisa, como por outros pesquisadores nos trabalhos constantes das referências bibliográficas.

---

<sup>3</sup> No sentido empregado por Jacks Le Goff em seu artigo "Documento/Monumento".

<sup>4</sup> Documentação da OMS, OPAS, Ministério da Saúde do Brasil, Secretária do Estado de Saúde e Bem Estar do Paraná (SESB-PR), manuais para treinamento de parteiras, teses e dissertações da área da saúde contemporâneas ao período em estudo, artigo de revistas especializadas e jornais de época.

Da mesma forma, o historiador deve, ao realizar sua pesquisa com fontes orais, valer-se dos conhecimentos de disciplinas como a sociologia e a psicologia. A primeira, para formulação e condução dos trabalhos. A segunda, para poder saber que o não-dito, a hesitação, o silêncio, a repetição desnecessária, o lapso, a divagação são elementos integrantes e até estruturantes do discurso e do relato. Outro aspecto importante no qual a psicologia pode ajudar é quanto à compreensão do relacionamento estabelecido entre o entrevistado e o historiador e ainda a maneira pela qual o entrevistado se coloca em relação ao assunto tema da entrevista e sua representatividade em relação ao contexto em questão (VOLDMAN, 2001, p. 38).

Assim, a simples afirmação de que as fontes orais são fidedignas, ou não, encobre questões de interesse maior. O que torna significativo um fato relatado é a maneira pela qual ele é lembrado. “A lembrança e o esquecimento são a substância de que é feita a história”. Importante é entender os motivos que levaram uma pessoa, que se dispõe a falar sobre o seu passado, a construir uma narrativa de fatos de maneira particular, que ela acredita ser a verdadeira. (THOMPSON, 1998, 183).

Portanto, o objeto de estudo do trabalho foi sendo delimitado ao longo dos três capítulos. O primeiro capítulo possui duas funções: localizar historicamente a experiência dos treinamentos, tal qual a ocorrida em Londrina, traçando um percurso desde as primeiras iniciativas até sua introdução na cidade pelos serviços de saúde do estado e discutir os treinamentos como via de tradução do saber médico para as populações assistidas pelas parteiras que participaram dos cursos.

O segundo capítulo tem como objetivo apresentar o contexto histórico de Londrina em relação à existência de parteiras tradicionais e um programa de treinamento para as mesmas em maio de 1978. Sendo assim, optei por investigar as condições históricas que possibilitaram a permanência das parteiras em uma cidade densamente urbanizada em plenos anos setenta do século XX.

No terceiro capítulo apresento os sujeitos históricos desta investigação: parteiras, profissionais de saúde e população através do depoimento de parteiras que atuaram na área da 17<sup>a</sup> Regional de Saúde de Londrina, na época em que ocorrem os treinamentos e de dois funcionários do sistema estatal: o chefe da

Regional de Saúde e a auxiliar técnica em enfermagem responsável por ministrar os treinamentos em todos os municípios sob a responsabilidade do serviço de Saúde Pública, sediado em Londrina. Neste capítulo analiso as entrevistas e privilegio os significados atribuídos pelas parteiras à vivência e às práticas por elas exercidas, no que diz respeito ao contexto dos treinamentos e o relacionamento delas como os profissionais de saúde e a população assistida por ambos os grupos.

## **1 PROGRAMAS DE TREINAMENTO DE PARTEIRAS TRADICIONAIS**

Este capítulo tem duas funções. São elas: localizar historicamente as primeiras iniciativas de treinamento semelhantes às ocorridas em Londrina e discutir os treinamentos de parteiras tradicionais como tradução do saber médico para as populações em áreas de fronteira, quanto à assistência ao parto, bem como aos cuidados com o recém-nascido, para as parteiras e comunidades por elas assistidas. Portanto, é importante deixar claro que os treinamentos se constituíram em meios de estender os serviços médicos estatais à população ainda não atendida por estes órgãos e de reconhecimento da importância do papel social das parteiras. Ao mesmo tempo, também propiciaram condições para a mudança de mentalidade e concepções a respeito da assistência prestada à gestante durante a gravidez, ao parto e ao bebê durante seus primeiros dias de vida.

Por meio da leitura das fontes primárias utilizadas neste estudo<sup>1</sup>, é possível entender que os treinamentos contribuíram para a ampliação do atendimento hospitalar do parto, apesar de, em um primeiro momento, terem aprimorado a assistência dada pelas parteiras às parturientes, consolidando e reconhecendo o serviço das parteiras para os partos normais e o envio das gestantes para atendimento médicos apenas em casos de complicações. Para entender melhor como se deu o processo de medicalização do atendimento à gestante e da hospitalização do parto por meio dos programas de treinamento, ver-se-á como o

---

<sup>1</sup> Documentação da Organização Pan-americana de Saúde (OPS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Secretaria de Estado de Saúde e Bem Estar do Paraná (SESB-PR), manuais de treinamento, trabalhos acadêmicos de profissionais de saúde contemporâneos ao período enfocado nesta dissertação.



formato do programa aplicado em Londrina foi gestado e como em outras ocasiões e lugares representou uma forma de medicalizar o atendimento materno-infantil em comunidades onde havia dificuldade em implantar os serviços médicos, tanto por motivos sócio-culturais quanto por políticos e econômicos.

### 1.1 O treinamento formal de parteiras: algumas iniciativas

As primeiras iniciativas de regulação da prática das parteiras, através do treinamento formal, se deram no contexto europeu. A maior parte dos países, por condições históricas particulares, organizou e regulou a prática das parteiras desde o século XVI, pelo menos. Na Inglaterra, se estabelece uma licença para as parteiras administrada pelas autoridades eclesiásticas anglicanas. A Igreja tinha como prioridade vigiar a conduta moral das parteiras e tê-las como exemplo de comportamento virtuoso. Na França, as primeiras tentativas de regulação ocorreram também no século XVI. Neste caso, as parteiras também estavam sujeitas às iniciativas do clero apoiadas pelo poder real.

A Igreja e Estado estavam interessados em lutar contra o aborto, o infanticídio e o protestantismo. Os médicos franceses igualmente vão se destacar por terem iniciado a luta contra as parteiras. Na Escócia inaugura-se o ensino de nível universitário para as parteiras em 1726 na Universidade de Edimburgo. Em Londres, na segunda metade do século, proliferam as escolas privadas de parteiros, homens e mulheres. Contudo, é apenas em 1783 que o College of Physicians decide conceder uma licença em arte obstétrica, distinguindo os praticantes que se sujeitassem a um exame (ROHDEN, 2001, p. 46.).

É possível entender que a organização do ensino médico nas universidades e a regulação da arte obstétrica através de seus *experts* impuseram desde muito cedo exigências de treinamento aos praticantes no contexto europeu. Os Estados nacionais se consolidaram politicamente, organizando o aparato burocrático necessário para a gestão dos negócios públicos, como coleta de impostos, organização de exércitos, fazer valer a lei e a ordem dentro dos limites de suas fronteiras. É importante ressaltar que com a organização dos Estados nacionais Modernos a estrutura estatal passa a se interessar pela saúde da população como um valor estratégico. Assim, políticas

para a ampliação das taxas de natalidade e melhoria das condições de saúde do povo foram elaboradas e executadas.

As regulações da prática das parteiras, assim como a elevação do *status* da praticante através de contato com as instituições da medicina científica que surgiam, configuraram a prática da parturição européia diferentemente dos países dos outros continentes. É possível verificar, após o aparecimento de muitas maternidades e escolas médicas para parteiras em nível superior nos séculos XIX e XX, que a parturição na Europa se organizou, praticamente excluindo as parteiras tradicionais, ou seja, sem treinamento escolar (DONEGAN, 1984, ROHDEN, 2001). A parteira tradicional, com pouca escolaridade, ou nenhuma, oriunda de regiões rurais emigrou para a América do Norte durante parte do século XIX, mantendo lá a tradição nas cidades do norte por algumas décadas no final do século XIX, até as primeiras duas décadas do século XX. Entretanto, a repressão à sua prática foi considerável, tendo em vista os debates ocorridos no interior da classe médica no período (KOBIRIN, 1984, p. 321).

Em 1957, um levantamento realizado na Finlândia, Suécia, Holanda, Inglaterra e Bélgica, demonstrou que, naquele ano e no anterior, as parteiras tinham nestes países, em média, de dois a três anos de formação. Eram exigidos, no mínimo, oito anos de instrução básica para o ingresso no curso. O trabalho das parteiras era supervisionado por um médico, ou uma parteira graduada, ou mesmo pós-graduada. Em alguns casos, por uma enfermeira com treinamento em obstetrícia. Além da supervisão, as parteiras constituíam na época do estudo, uma classe profissional organizada em entidades representativas (LEZAETA, 1960, p. 522). Mesmo que porventura alguém realizasse partos sem a devida formação, a ocorrência não deveria ser significativa, pois a fiscalização sobre o exercício da prática já era organizada tanto pela classe, quanto pelo Estado.

Em resumo, na Europa predominou a perspectiva da medicina científica sobre a prática tradicional do partejamento, pois a regulação da parturição pelo saber médico deu-se junto com a estruturação dos Estados Nacionais Modernos, tendo o poder político e religioso como aliado dos objetivos de delimitação da prática das parteiras.

## 1.2 Programas para regulação da prática e treinamento de parteiras – Estados Unidos.

O Quadro Estatal de Saúde do Estados Unidos passou a regular e emitir licenças para a prática das parteiras no final do século XIX e início do século XX. Nos anos iniciais do século XX, os serviços de uma parteira já tinham sido em boa parte substituídos pelos de um médico nas grandes cidades americanas, principalmente, para aqueles que podiam pagar os honorários de um doutor. Contudo, nos locais mais distantes, desprovidos de recursos médicos e onde a população era pobre, a parteira era praticamente a única a prestar assistência ao parto. Ela também provia serviços médicos através de cuidados à mãe e ao recém-nascido. Houve debates quanto à extinção ou não da prática das parteiras entre os membros da classe médica. Eles consideravam a atuação das parteiras como um problema de saúde pública, pois era constante a idéia da responsabilidade das parteiras em contaminar as parturientes e os recém nascidos com infecções pós-parto, em função da falta de treinamento formal, ou seja, pelo desconhecimento de práticas higiênicas. Estas idéias eram compartilhadas entre os doutores, seja qual for o lado em que estivessem os debatedores, a favor da manutenção ou simpatizantes do término da prática das parteiras (KOBWIN, 1984, p. 319).

Esta preocupação levou alguns estados mais pobres ao sul dos Estados Unidos, como o Mississippi, nas décadas iniciais do século XX, a criarem dentro de seu Quadro Estatal de Saúde programas para regular a prática das parteiras leigas. Estas, em grande número, atuavam em precárias condições. No Mississippi, fizeram boa parte dos partos até 1940. Nas comunidades afro-americanas as parteiras realizaram 80% de todos os partos até aquela data. Com a instituição de um programa de treinamento para melhorar o atendimento dado pelas parteiras, houve a aproximação entre elas e as enfermeiras de Saúde Pública. As parteiras negras, conhecidas como “grannies”, foram muito atuantes nos programas do Quadro Estatal de Saúde, auxiliando na propagação dos hábitos de higiene e na realização de campanhas de vacinação entre a comunidade negra.

A importância social dessas mulheres em suas comunidades fez com que elas se tornassem um corpo informal do Quadro de Saúde. O respeito e confiança que a população depositava nas parteiras e o interesse das mesmas em promover melhores condições de saúde para suas comunidades, fez com que os oficiais do Quadro de Saúde modificassem sua opinião sobre as parteiras, passando a ver estas mulheres como uma ajuda importante nos programas de Saúde Pública, um verdadeiro elo de ligação entre as ações do Estado na área da saúde e as comunidades. Elas não eram mais vistas como um problema de Saúde Pública (SMITH, 1996, p.118).

O programa do Mississippi iniciava-se com um levantamento das parteiras existentes e o respectivo recrutamento nas comunidades de origem, tarefa esta realizada pelas enfermeiras de saúde pública. Os programas compreendiam reuniões mensais com leituras do *Manual das Parteiras*<sup>2</sup>, inspeção do material usado no atendimento aos partos e exames rotineiros de saúde, para que as parteiras não contaminassem as parturientes e bebês com alguma doença que, porventura, pudessem ter contraído (SMITH, 1996, p. 126).

As instruções eram dadas por uma enfermeira. As aulas incluíam informações sobre reprodução sexual e anatomia feminina, limpeza do local de parto, noções de higiene e limpeza das roupas e utensílios usados pela parteira para o atendimento à parturiente, bem como era enfatizada a limpeza das mãos e das unhas. As enfermeiras instruíram as parteiras a usarem vestidos, máscaras e toucas brancas e limpas, assim como a manterem os cabelos presos. Também foi enfatizado o uso de maletas de couro para transportar o material para o atendimento aos partos no lugar de sacos de farinha, muitas vezes utilizados. O uso de algumas ervas medicinais para adiantar o parto também foi proibido. E para prevenir infecções, as enfermeiras orientaram as parteiras a não realizarem o exame digital da parturiente durante o trabalho de parto, ficando este procedimento reservado apenas aos médicos.

Na década de 1920, o estado do Mississippi solicitou que as parteiras se reunissem mensalmente para ampliar seus conhecimentos. Vestidas em seus

---

<sup>2</sup> De acordo com Smith, o primeiro manual de parteiras publicado no Mississippi foi em 1922. Lois Trabert, “*Narrative Report of Work with Midwives*”, junho de 1921 a junho de 1922. Smith afirma que a mensagem contida nos manuais para treinamento de parteiras naquele estado não mudou consideravelmente ao longo de trinta anos. As lições ensinadas pelas enfermeiras enfatizavam as limitações da prática das parteiras e colocavam a autoridade do médico acima de tudo.

uniformes brancos, era previsto que elas lessem *o manual de parteiras do estado* e discutissem sobre problemas de parto que porventura encontrassem. *O clube de parteiras* (midwives club meeting) foi organizado inicialmente pelas enfermeiras de saúde pública. A reunião permitiu que as parteiras se socializassem, trocando experiências, compartilhando histórias e cantando juntas.

O trabalho de saúde pública desenvolvido pelas parteiras no Estado do Mississippi ampliou as condições de atendimento à população negra local. Elas atuaram como educadoras através da assistência aos nascimentos. Atuaram também na instrução sobre saúde para adultos e crianças em escolas e igrejas. Segundo Smith (1996), as parteiras realizaram um importante trabalho de saúde pública quando encorajaram as mulheres a receberem cuidados pré e pós-natal, tornando-se freqüente o encaminhamento das gestantes para o departamento de saúde ou para a clínica de mães. As gestantes eram acompanhadas freqüentemente pelas parteiras nas consultas e nas salas de exames. Como líderes comunitárias, elas endossaram os projetos de saúde pública do Estado, expandiram os serviços de saúde oferecidos em todas as oportunidades, incentivaram a vacinação, auxiliaram na coleta de estatísticas vitais. Eram conscientes das suas contribuições nos serviços de saúde e viram a si próprias como parte de uma grande cruzada sanitária.

Uma das maiores inovações provida pela educação de saúde pública realizada pelas parteiras foi a demonstração de modelos de quartos para parto. No início da década de 30, o Quadro Estatal de Saúde do Mississippi solicitou às parteiras que proovessem suas comunidades com informações sobre o ambiente ideal para o nascimento domiciliar. Duas vezes ao ano, as parteiras montavam um quarto modelo em suas residências e convidavam os clientes e outras pessoas da comunidade para visitas. A proposta era encorajar a parteira a demonstrar as adequadas condições para o nascimento, do ponto de vista dos serviços de saúde, e educar as futuras mães e membros da comunidade sobre os aparatos modernos para o nascimento. O local do parto devia ser cuidadosamente organizado. Cama limpa, jornais espalhados pelo assoalho, iluminação e aquecimento adequados. Sobre a cama era colocado um forro de papel para escoar os líquidos para o interior de uma bacia. Isto tinha a finalidade de manter a cama limpa e em ordem para reduzir os riscos de uma provável

infecção. Estas demonstrações eram uma maneira inteligente de assegurar que as parteiras estivessem familiarizadas com as normas do Estado e também promover publicidade do trabalho do Quadro de Saúde Estatal realizado com as parteiras.

Apesar dos registros dos valorosos serviços de Saúde Pública prestados pelas parteiras, após anos decorridos, a política oficial do Quadro Estatal de Saúde do Mississippi persistiu em eliminá-las em favor dos profissionais de saúde. Em 1948, foi instituído um programa de aposentadoria, com o intuito de acelerar a eliminação das parteiras. O plano encorajou fortemente a aposentadoria das mais velhas. Assim, os funcionários do Quadro de Saúde informavam às parteiras e suas famílias que elas estavam velhas demais para a renovação de suas permissões e, em função deste fato, receberiam homenagens em uma cerimônia e seriam condecoradas. A partir de 1948, não só houve uma política para a aposentadoria das parteiras, mas também todas as novas parteiras teriam que, obrigatoriamente, possuir atestado de um médico que confirmasse a necessidade de seus serviços na comunidade antes de poder receber a permissão.

A partir de 1950, o quadro estatal de saúde estabeleceu uma política geral que desestimulava o serviço de atendimento aos partos pelas parteiras. Assim, advogou-se que a parteira deveria apenas assistir as mulheres antes e depois do parto no hospital.

Após a 2<sup>a</sup> Grande Guerra, de acordo com Smith (1996, p. 147), vários fatores contribuíram para a diminuição do número de parteiras, além das políticas de Saúde Pública. A mecanização da colheita do algodão criou desemprego e êxodo rural. Disto resultou que poucas parteiras permaneceram morando ao redor das plantações. Ao mesmo tempo, menos mulheres procuraram parteiras quando iniciativas federais para construção de hospitais e melhorias para o bem-estar social tornaram possível que mulheres de baixa renda tivessem seus partos em hospitais.

Quanto à queda nas taxas de mortalidade materna e infantil perinatal, houve uma redução considerável. Entretanto, após 1945, o uso dos antibióticos, os avanços da medicina alcançados pelos esforços de guerra e a contínua adequação e reforma do ensino e profissão médica nos Estados Unidos fez com

que menos médicos inábeis conseguissem atuar, mesmo em locais remotos e para a população com pouco poder político e econômico (SMITH, 1996, p. 147).

Smith (1996) investigou os programas de treinamento e regulação da prática das parteiras negras do Mississippi, buscando demonstrar a atuação das mesmas como parte do ativismo negro pelos direitos civis nos Estados Unidos. Seu estudo, limitado ao âmbito do ativismo feminino e negro pela saúde, entre os anos de 1890 e 1950, procurou continuidades do movimento pelos direitos civis para os negros desde as campanhas para a abolição até os anos 50 do século XX. Sua ênfase está na atuação das parteiras em ampliar os serviços de saúde estatal para as comunidades afro-americanas em uma sociedade na qual a cidadania era viável ou não, dependendo da origem étnica do indivíduo. Somando-se a isto, a população negra resistiu culturalmente à assistência dos serviços públicos de saúde disponibilizados pelo Estado, o qual mantinha uma política oficial de discriminação racial.

As parteiras “grannies” que, por seu empenho em prol do bem-estar e saúde de suas comunidades, dispunham de reconhecimento e confiança, lutaram pela ampliação das possibilidades de atendimento médico para seus grupos de origem. Ao decidirem agir por meio de estratégias próprias, as quais possibilitaram transformar costumes e opiniões, ou seja, atitudes mentais, por parte dos profissionais de saúde a respeito delas e de sua prática, conseguiram manter certo grau de autonomia e iniciativa, mesmo sob as regulações do Quadro de Saúde, servindo-se do contato com a estrutura estatal de serviços médicos. Do lado da população afro-americana da qual faziam parte, diminuíram as resistências culturais, agindo como fator familiarizante e tranquilizador para seus clientes em relação aos serviços e programas do Quadro Estatal de Saúde do Mississippi.

### 1.3 Disseminação dos treinamentos na América Latina

A forma dos programas de treinamento para parteiras tradicionais ocorridos na maioria dos países da América Latina era similar aos formatos de treinamentos elaborados e executados nos estados mais pobres e de economia agrícola ao sul dos Estados Unidos, tais como Mississippi, South Caroline e Virginia nas décadas

iniciais do século XX. Entretanto, a regulação da prática das parteiras por parte do Quadro Estatal de Saúde dos Estados Unidos da América foi similar, tanto nos estados do norte como do sul (KOBWIN, 1984, p. 318).

O modelo dos treinamentos de parteiras do Quadro Estatal de Saúde do Mississippi conseguiu resultados relevantes na diminuição das taxas de mortalidade e ainda realizou a substituição, ao que parece sem maiores conflitos, das parteiras tradicionais por profissionais de saúde treinados. Mas, como esse formato de treinamento bem sucedido foi divulgado e aplicado, com variações mínimas nos países do continente americano? Responder a esta indagação torna-se possível adotando-se a idéia da grande influência política e econômica norte-americana no contexto mundial, a qual se fortaleceu ao longo da primeira metade do século XX, principalmente após a 2ª Grande Guerra.

No que tange às questões de políticas de saúde e diplomacia internacional, a noção de interdependência entre as nações, em relação às doenças, passou a ser considerada por profissionais de saúde e funcionários dos governos em função das trocas comerciais e viagens através dos continentes. Tais preocupações tomaram feições oficiais com a Primeira Conferência Sanitária Internacional em 23 de julho de 1851. Esta primeira iniciativa possuía ainda objetivos limitados e buscou reduzir as formalidades de quarentena em vigor nas diferentes nações européias, em especial nos portos mediterrâneos (BRITO BASTOS, 1993, p. 28; CAMPOS, 1997, p. 13).

No Hemisfério Ocidental a influência norte-americana quanto aos assuntos de saúde se fez sentir principalmente após a 2ª Conferência dos Estados Americanos em 1902. Nesse momento fica estabelecida a Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP), a primeira organização internacional de saúde. A partir de então, uma série de treze Conferências Sanitárias Pan-Americanas começou no mesmo ano. A sede da Oficina ficou estabelecida em Washington. O contexto em que se deu o surgimento destes organismos internacionais, entre o final do século XIX e o início do século XX, caracterizou-se pelo processo de industrialização e urbanização das capitais de vários países, o qual trouxe problemas decorrentes da aglomeração de pessoas e da deteriorização do ambiente causada por resíduos industriais. A falta de moradias adequadas, ausência de serviços de provisão de água potável e esgotos geraram um cenário propício ao aparecimento



de epidemias. Em 1907, surge a Organização Internacional de Higiene Pública criada por 23 países europeus. Após a 1ª Grande Guerra, a Liga das Nações instituiu a Organização de Saúde da Liga das Nações, sendo que, após a 2ª Grande Guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou a Organização Mundial de Saúde (OMS). Com o surgimento da OMS, a OSP passou a ser uma subdivisão da Organização Mundial de Saúde para as Américas. Depois destes acontecimentos, a Saúde Pública tornou-se um assunto seguramente aceito dentro do âmbito da diplomacia e política internacional (CAMPOS, 1997, p. 14).

Nas primeiras décadas do século XX, os países da América, cada um com suas particularidades, passavam por modificações importantes ensejadas pelo processo de modernização de suas estruturas políticas e econômicas. A influência norte-americana neste contexto se deu pela “Doutrina Monroe”, que previa ações político-ideológicas e econômicas na América Latina. Os interesses de investidores norte-americanos nestes mercados e suas matérias-primas proporcionaram empréstimos aos governos de países da América Latina para aplicação do dinheiro em obras de modernização e saneamento das áreas produtoras de materiais estratégicos e das capitais e cidades mais populosas, bem como custeava obras de infra-estrutura, como construção de esgotos, redes de suprimento de água potável, estradas de ferro, canais navegáveis, entre outros.

O principal interesse norte-americano era ter hegemonia sobre os mercados dos países no continente americano. Entretanto, as trocas comerciais implicavam também trocas biológicas, ou seja, transporte e transmissão de agentes etiológicos. Daí a necessidade de constituir um organismo internacional responsável por estabelecer códigos e orientações que atendessem às questões de saúde. Em 1924, houve a assinatura do esboço do Código Sanitário Pan-Americano e sua provisão, tornando a Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP) agência central coordenadora dos 21 Estados subscritores. Simultaneamente à ampliação das atividades da Oficina Sanitária, deu-se a expansão das Conferências de Diretores Nacionais de Saúde, alternando-se com as Conferências Sanitárias em reuniões em Washington. O modelo bilateral de saúde foi recomendado em todas as reuniões como um meio para estender e tornar mais efetiva a cooperação interamericana (BRITO BASTOS, 1993, p. 28).

Além de questões de saneamento do ambiente, do controle sanitário dos portos, dos produtos comercializados e do estabelecimento dos serviços de saúde nos países membros, a preocupação com o aumento do contingente populacional e ampliação dos serviços de saúde materno-infantis já estava presente nos textos das Conferências Sanitárias Pan-Americanas. Em 1939, na ata final e resoluções da 10ª Conferência Sanitária, a Organização Sanitária Pan-Americana orientava aos países participantes que estabelecessem leis de proteção à saúde materno-infantil, bem como instituíssem onde não existia e se ampliasse onde já se fazia presente, a atuação das enfermeiras visitadoras nos serviços públicos de saúde. Além disto, recomendou que se incorporasse o princípio da declaração obrigatória de gravidez como base legal para o amparo da maternidade e da infância, bem como a declaração obrigatória do fato do nascimento ante as autoridades sanitárias. No mesmo documento a OSP recomendava aos países membros que treinassem as parteiras não tituladas com a finalidade de que a assistência obstétrica científica alcançasse a toda a população, sendo que os serviços de higiene competentes procurassem treiná-las convenientemente e controlassem sua atividade de assistência (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1938, p. 957).

A OSP e a OMS foram grandes incentivadoras dos treinamentos de parteiras tradicionais através de apoio técnico, de pessoal treinado e de programas conjuntos com os ministérios da saúde de alguns países da América Latina. O primeiro informe técnico de que se tem notícia, produzido por um comitê de *experts* sobre o tema do papel dos serviços da parteira no atendimento à mãe data de 1958 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la SALUD, 1958<sup>3</sup> apud ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la SALUD, 1966). O relato mais antigo de treinamento de parteiras tradicionais na América Latina data de 1955 e ocorreu no Paraguai. O artigo consta em um dos *Boletíns de la Oficina Sanitaria Panamericana*<sup>4</sup> e foi redigido por uma enfermeira de saúde pública consultora da OSP e OMS em conjunto com a enfermeira chefe do Serviço de Enfermagem do Centro de Saúde Fernando de La Mora, distante seis quilômetros de Assunção,

---

<sup>3</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la SALUD, Serie de Informes Técnico, 1958.

<sup>4</sup> Esta publicação destina-se até hoje à divulgação de iniciativas, programas e pesquisas na área da saúde nos países membros. O documento foi localizado na *base de dados* (on-line) da própria Organização Pan-americana de Saúde (OPS).

capital do País (BARRETO, L. ; GAMBOA, A. 1955, p. 241-249). As semelhanças com o treinamento norte-americano não residem apenas no fato de a autora ser uma consultora da OSP/OMS, mas também, nas referências bibliográficas utilizadas no plano de treinamento objeto do relato. No conjunto das publicações consta um artigo sobre centros de ensino de enfermagem e obstetrícia nos Estados Unidos e o “Manual de Ensino de Parteira” de autoria de Anita M. Jonnes, de 1944. Esse manual foi editado e traduzido para vários países da América Latina pelo Escritório Central de Traduções da Secretaria de Estado dos Estados Unidos da América. A referida publicação foi constantemente utilizada como modelo para várias outras da mesma natureza, pelo menos no Brasil. A presença repetida desse manual como referência e modelo para outros será abordada mais adiante detalhadamente.

O treinamento ocorrido no Paraguai, em 1955, possui muitos aspectos em comum com os programas do Mississippi pesquisados por Smith (1996). E podem-se enumerá-los da seguinte forma: primeiro, a fase de constatação da necessidade do treinamento das parteiras tradicionais pelos profissionais de saúde. Este fato está baseado na idéia de que a atividade das parteiras sem o devido conhecimento de técnicas de obstetrícia científica se constituía em um problema de saúde pública, tendo em vista que as infecções oftálmicas e do coto umbilical poderiam ser evitadas com conhecimentos básicos de higiene e enfermagem, os quais poderiam ser ensinados às parteiras; a fase seguinte, da conscientização de que seria impossível estender os serviços de saúde de profissionais treinados em curto prazo para toda a população, não se podendo prescindir dos serviços prestados pelas parteiras tradicionais; após esta fase, dá-se início à identificação, convencimento e atração das parteiras para o treinamento; em seguida, à fase do treinamento, muito similar ao ocorrido no Mississippi. O ensino deu-se através de recursos visuais, tendo em vista que a maioria das parteiras não era alfabetizada. Além disso, técnicas didáticas de apresentação de procedimentos técnicos simples com a repetição por parte das participantes estão presentes em ambos os programas. Um aspecto muito importante é o controle das parteiras através das limitações da prática, subordinando-as ao pessoal dos serviços de saúde através de visitas constantes ao centro de saúde para reposição de material.

Cabe ressaltar que, similarmente ao ocorrido no treinamento do Mississippi, as parteiras, apesar do receio inicial, perceberam o quanto o contato com os conhecimentos oferecidos pelos treinamentos poderia ser benéfico para sua prática e para o bem de sua comunidade.

La favorable reacción de las parteras empíricas quedó demostrada por la regularidad con que asistieron a todas las sesiones. La mayoría de ellas debían recorrer distancias de hasta 9 km para asistir a las demostraciones. A medida progresaba el ensayo dieron muestras de un interés creciente, y lo que al comienzo nos pareció temor y recelo, se transformó en una espontánea camaradería entre las empíricas, la partera profesional y el personal del Centro de Salud. (BARRETO; GAMBOA, 1955, p. 248).

De maneira um tanto inesperada, o comportamento das parteiras surpreendeu positivamente o pessoal do Serviço de Enfermagem do Centro de Saúde de Fernando de La Mora, assim como surpreendeu e modificou a opinião dos oficiais de saúde e enfermeiras do Quadro Estatal do Mississippi. A iniciativa de criar estratégias para servir melhor a clientela e manter o importante papel social perante a comunidade surge como alternativa ao que, de fato, configurou-se em uma limitação à prática do partejamento tradicional. Entretanto, as parteiras elaboraram meios de se adaptar à nova realidade.

É bem verdade que a substituição das parteiras tradicionais no Paraguai não se deu na mesma velocidade e condições daquelas do Mississippi. Propiciar bons níveis de saúde à população ainda é um grande desafio aos governos dos países da América Latina. O contexto de economias frágeis e dependentes, instabilidades políticas dos regimes governamentais e aspectos culturais de resistência aos serviços de saúde estatais decorrentes, tanto das deficiências do atendimento dos serviços públicos de saúde, quanto de tradições culturais impedem, até hoje em grande parte, a organização de serviços de saúde públicos universais em padrões satisfatórios.

#### 1.4 A fundação SESP e a introdução dos treinamentos de parteiras tradicionais no Brasil

O modelo de treinamento de parteiras tradicionais, inspirado nas experiências norte-americanas e incentivado e divulgado pela OPS e OMS, foi implantado em muitos municípios do interior do Brasil. Em alguns Estados as iniciativas dessas organizações foram mais decisivas para efetivação dos treinamentos, como por exemplo, Ceará e Pernambuco (NOBREGA, 1987, p. 10). Entretanto, ações praticamente contemporâneas ao relato do Paraguai surgiram em regiões espalhadas pelo território nacional brasileiro de acordo com a ação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP). Para melhor entender como esta instituição foi decisiva na implantação dos treinamentos no Brasil, pois foi a pioneira nos programas para parteiras tradicionais no país, é importante conhecer sua trajetória histórica e influência na formação das políticas e programas de saúde pública no Brasil.

Três fases distintas podem ser identificadas na história do SESP. A primeira, de 1942 a 1949, é denominada “Fase Amazônica”, apesar das atividades da agência abrangerem também as áreas do Vale do Rio Doce e o interior do Estado de Goiás. A segunda, entre 1950 e 1959, considerada como a “Fase Nacional, ou de expansão”, pois os serviços ampliaram-se em função da atuação na organização da Saúde Pública nos vários Estados onde o SESP esteve presente. A terceira fase, a “Fase da Fundação”, iniciou-se quando o último contrato com os EUA findou, sendo a agência transformada em fundação pela Lei n.º 3750 de 11/04/1960 (PEÇANHA, 1976, p. 09) até 1991, quando foi extinta no governo de Fernando Collor de Melo, tendo suas atividades absorvidas pela Fundação Nacional de Saúde.

O SESP surgiu em 1942, intimamente relacionado às políticas internacionais dos Estados Unidos em torno da diplomacia internacional da 2ª Grande Guerra. Nascido após as decisões tomadas no 3º Encontro de Ministros de Relações Exteriores das Repúblicas Americanas ocorrido no Rio de Janeiro, o SESP foi uma resposta norte-americana às investidas nazistas aos mercados e governos na América Latina. Entretanto, fatores políticos e ideológicos também

interferiram na organização desta agência no Brasil ao longo de sua história (CAMPOS, 1997, p 20).

A agência especial teve origem em um programa de cooperação entre Brasil e Estados Unidos, o qual tinha a finalidade inicial de sanear as áreas de produção de matérias-primas estratégicas (principalmente borracha na Amazônia e minério de ferro no Vale do Rio Doce) para uso militar e as regiões em torno das bases militares americanas no território brasileiro durante a Segunda Guerra Mundial. Com o fim do conflito, a natureza das atividades do SESP e as áreas de atuação desses organismos expandiram-se através de convênios realizados entre a instituição e alguns governos de Estados brasileiros (FONSECA, 1989, p. 52).

O governo brasileiro aproveitou-se da súbita demanda por matérias-primas para ampliar seu programa nacional de desenvolvimento econômico, sendo que todos esses interesses foram delimitados por um discurso ideológico que prevaleceu nos documentos diplomáticos e notas oficiais enfatizando um novo conceito de “cooperação” entre “bons vizinhos”, ou seja, a também conhecida “política de boa vizinhança” dos Estados Unidos com as demais repúblicas americanas (CAMPOS, 1997, p.27).

De acordo com a trigésima segunda resolução aprovada no encontro dos ministros de Relações Exteriores, ocorrido no Rio de Janeiro em 1942, ficou estabelecido o desenvolvimento de um amplo programa de saúde e saneamento nas repúblicas sul-americanas, sendo que, para isso, estas contariam com o auxílio técnico e financeiro dos Estados Unidos da América (PEÇANHA, 1976, p. 5). O SESP foi criado em 17 de julho de 1942, após a assinatura dos primeiros contratos, como órgão autônomo do Ministério da Educação e Saúde, subordinado diretamente ao Ministro e mantido pelo Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) dos Estados Unidos com as seguintes atribuições: a) Primeira, sanear a região do Vale do Amazonas e criar condições de assistência médico-sanitárias para os trabalhadores ligados às atividades de extração de borracha e minerais para o esforço de guerra; b) segunda, preparar profissionais para o trabalho de Saúde Pública e treinamento de outros técnicos; c) terceira, colaborar com o Serviço Nacional da Lepra e através dele com as repartições sanitárias estaduais, para o combate a esta doença. Os contratos previam que

outros problemas deveriam incluir-se mediante novos e prévios entendimentos e contratos entre as duas partes (PEÇANHA, 1976, p. 8).

Em virtude dos resultados positivos conquistados pelo programa de cooperação, o governo brasileiro manifestou interesse em prorrogar o acordo que seria encerrado em dezembro de 1948. Em janeiro de 1949, um novo contrato foi assinado e, no fim desse ano, o Congresso Americano estendeu a vida do IAIA até julho de 1955, possibilitando a prorrogação dos convênios com as nações latino-americanas. Em junho de 1955, um novo contrato prorrogou, por mais cinco anos, as atividades dos serviços de saúde existentes nestas nações (BRITO BASTOS, 1992, p. 34).

A sobrevivência do SESP no Brasil relacionou-se ao crescente mercado construído pelos Estados Unidos no País e os projetos de desenvolvimento econômicos que o governo brasileiro propôs nas décadas de 40 e 50. Aspectos políticos e ideológicos ligados à emergência da Guerra Fria também auxiliaram a manter as atividades do SESP no pós-guerra.

Estratégias combinadas possibilitaram a permanência e expansão do SESP, pois a agência possuía as vantagens de ser constituída e mantida por um *staff* eficiente e por uma base institucional que incluiu alianças políticas com outras agências em níveis municipais, estaduais e federais. Por meio das oportunidades providas pelo governo brasileiro, o SESP construiu um modelo de Saúde Pública no Brasil (CAMPOS, 1997, p. 211).

Assim, a crescente conscientização da importância da saúde como fator de desenvolvimento econômico no Brasil permitiu ao SESP encontrar um novo papel no período de pós-guerra. A agência engajou-se na construção dos serviços de saúde nas áreas de fronteiras econômicas no Brasil, as quais começavam a atrair crescente interesse do governo brasileiro e de capital privado, como por exemplo, a região oeste do Paraná que, desde os anos 20 e 30 do século XX, surgia como fronteira agrícola. A cidade de Londrina, situada ao norte do Estado e fundada em 1929, sendo elevada a município em 1936, era sede de negócios imobiliários e agrícolas iniciados por capital privado internacional, no caso, inglês e nacional, de grupos econômicos de São Paulo. Os municípios da fronteira oeste passaram a ter maior relevância para investimentos apenas nas décadas de 40 e 50, exatamente a época em que a SESP atuou na região.

Os Estados Unidos tinham interesses na expansão dos mercados na América Latina muito além daqueles estabelecidos com os esforços de guerra. Várias razões deram suporte à expansão dos programas de saúde e saneamento nos países americanos após a 2<sup>a</sup> Grande Guerra. O primeiro desses interesses estava relacionado às vantagens econômicas que os Estados Unidos poderiam ter com a expansão de mercados para os “bens de saúde”, tais como serviços de saúde, produtos higiênicos, fármacos e material hospitalar. O segundo consistia na hipótese de que as doenças epidêmicas originadas em países estrangeiros pudessem ameaçar a população americana. E finalmente o terceiro, o uso político que os programas de saúde poderiam ter na Guerra Fria (CAMPOS, 1997, p. 217).

No Brasil, até 1948, as atividades do SESP estavam restritas aos Estados do Amazonas, Pará, Territórios Federais e ao Vale do Rio Doce. Durante os anos de 1945 e 1946, os serviços sanitários tinham sido transferidos progressivamente para a responsabilidade dos territórios, permanecendo sob a responsabilidade do SESP apenas as atividades de engenharia sanitária dessas unidades. O serviço exerceu forte influência no pensamento sanitário brasileiro da época, pelo destaque que foi dado aos seus programas de trabalho organizados em torno das suas principais áreas de atuação: o saneamento do meio ambiente, a assistência médica, a educação para saúde, o controle das doenças transmissíveis e o treinamento de pessoal profissional e auxiliar.

Em janeiro de 1949, apesar de a organização ter possuído um caráter provisório, pois dependia de convênios internacionais de duração limitada, o raio de atuação do serviço foi lentamente sendo ampliado em decorrência de dois fatores. Primeiro, a criação do Plano de Valorização Econômica estabelecido na Constituição Federal de 1946, e em segundo lugar, as solicitações dos governos de Estado ao Ministério da Educação e Saúde no sentido de obterem a colaboração do Serviço. Assim, por solicitação do governo da Bahia, Pernambuco e Paraíba, em 1949, o SESP deslocou-se para as áreas de maior concentração de atividades econômicas destes Estados, a fim de organizar serviços de saúde médico-sanitários com objetivo de melhorar as condições de saúde das populações locais e constituir centros de treinamento para as respectivas organizações estaduais de saúde. No ano de 1950, o SESP foi solicitado para o



Vale do Rio São Francisco, aumentando mais uma vez suas áreas de atuação, nesta oportunidade para os Estados de Alagoas, Sergipe, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais, para as regiões às margens do referido rio.

Em 1952, o serviço expandiu-se para o Estado do Rio Grande do Sul, em cooperação com o Departamento Estadual de Saúde, visando à intensificação e melhoria dos serviços de saúde e saneamento da fronteira oeste do estado, bem como a formação de técnicos especializados.

Com a instalação em Belém da Superintendência do Plano de Valorização do Homem em toda a Amazônia Brasileira, o SESP teve sua área substancialmente aumentada com a inclusão de vários municípios dos Estados do Maranhão, Goiás e Mato Grosso.

Em 1954, o SESP deslocou-se para o Ceará com objetivo de desenvolver serviços de saúde e saneamento em todo o interior do Estado e, nesse mesmo ano, o Estado do Paraná entregava ao SESP os municípios da fronteira oeste: Barracão, Santo Antônio do Sudoeste, Foz do Iguaçu, Capanema, Toledo, Guaíra e Cascavel, que formavam o Distrito Sanitário de Fronteira, órgão criado pela Secretaria de Saúde do Estado objetivando, em caráter experimental, realizar um programa de saúde e saneamento (BASTOS, 1993, p. 35). Em 1959, o Departamento de Fronteiras do SESP foi extinto e é criado o Programa do Paraná, o qual tinha apenas funções de assistência técnica, financeira e cooperativa aos órgãos de saúde e saneamento em toda área do estado (BRITO BASTOS, 1993, p. 133).

Segundo Terezinha Erthal\*, em 1956, a sergipana Maria Tereza Francisco começou a treinar as parteiras tradicionais na cidade de Toledo dentro da Unidade Sanitária organizada pela SESP, inicialmente sem nenhum modelo fechado de treinamento. Na época, Tereza Francisco era a responsável pelo serviço de enfermagem do posto de saúde e o médico Humberto Eleodoro Silva, o chefe da Unidade. Do ano de 1957 a 1961 os treinamentos foram organizados e sistematizados, como também estendidos para os municípios de Cascavel e União da Vitória. A região na qual o SESP iniciou suas atividades no Paraná foi justamente a área de fronteira do Brasil com o Paraguai, onde predominava o

---

\* Técnica em enfermagem e educadora de saúde aposentada pelo Estado do Paraná e ex-funcionária do SESP no Programa Paraná em entrevista concedida à autora, por telefone, em julho de 2002.

atendimento das parteiras tradicionais tanto de um lado como de outro da fronteira.

Em 1956, os programas de saúde e saneamento do tempo da 2ª Grande Guerra realizados pelo SESP foram substituídos pela construção de um serviço de saúde pública, nutrição, educação em saúde, promoção de higiene industrial e prevenção de riscos, administração hospitalar, estudos antropológicos e o estabelecimento de um serviço eficiente de estatísticas vitais. O objetivo destes programas era desenvolver um sistema de saúde no Brasil, definido nos moldes norte-americanos de centros de saúde integrados em distritos (CAMPOS, 1997, p. 243).

As normas que eram usadas pelo SESP eram baseadas fortemente no conceito de medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos, desenvolvidas e destinadas para uma estrutura econômica e social de nível totalmente diverso do encontrado nas populações assistidas pelo Serviço no Brasil. A inexistência ou insuficiência de médicos e leitos hospitalares levou à conclusão de que não era possível desenvolver qualquer trabalho de saúde pública sem o mínimo recurso de assistência médica, executando apenas as clássicas funções preventivas de Saúde Pública. Assim, foi necessário oferecer também às populações cuidados médicos de que necessitavam, pois, além de um benefício, esses serviços tornaram-se atrativos e contribuíram para uma melhor aceitação das medidas preventivas por parte das comunidades (BRITO BASTOS, 1993, p. 167).

Apesar da forte influência dos ideais do sanitarismo norte-americano, o SESP desenvolveu uma filosofia original para a elaboração de um modelo de Saúde Pública, no Brasil. Primeiro, pessoal qualificado para saúde pública foi treinado, incluindo médicos, enfermeiras e outros profissionais da área. A instituição deu grande impulso à formação de enfermeiros no país, alertando para a necessidade de formação destes profissionais, criando novas escolas. Simultaneamente, concedeu bolsas de estudos no exterior, principalmente para aulas nos Estados Unidos, e iniciou os primeiros cursos de formação de pessoal auxiliar em Saúde Pública (PEÇANHA, 1976, p.14). Em seguida, tendo grande importância, a fase da ênfase na educação para saúde para o público em geral, principalmente objetivando as crianças em idade escolar e as famílias. Em

terceiro lugar, o desenvolvimento de uma rede integrada de unidades de saúde dentro dos municípios do Brasil, especialmente nas áreas mais carentes. Entretanto, o fato de conjugar assistência médica e serviços de prevenção a doenças nas Unidades Sanitárias fugia dos padrões de Saúde Pública originalmente usados nos Estados Unidos (BRITO BASTOS, 1993, p. 167).

Campos (1997, p. 300) ressalta a influência americana na Saúde Pública no Brasil como sendo bem anterior - o SESP veio ratificá-la. Uma das primeiras grandes influências foi o suporte dado pela fundação Rockefeller na organização da Escola de Medicina da Universidade de São Paulo. Outro fator de grande importância foi que, durante as duas primeiras décadas do século XX, principalmente a partir de 1916, a Escola de Higiene e Saúde Pública da John Hopkins University recebeu grupos de alunos brasileiros para a formação em seu curso de Saúde Pública, tendo incentivo da Fundação Rockefeller. Estes alunos criaram uma nova tradição em estudos de Saúde Pública no Brasil. De 1918 a 1930, aproximadamente setenta alunos brasileiros passaram por John Hopkins e lá completaram o curso de Saúde Pública. A maioria deles assumiu cargos importantes na administração de Saúde Pública no Brasil. A proposta do grupo era uma política de saúde uniforme para o Brasil, que foi vista como autoritária pelos oponentes.

Com a Revolução de 30, o grupo conhecido como “Jovens Turcos” (CAMPOS, 1997, p. 301), alunos brasileiros formados na John Hopkins University, subiu ao poder federal e depois de 1937, com a ditadura do Estado Novo, a maioria deles assumiu cargos de direção dos Departamentos Estaduais de Saúde. Barros Barreto, que fazia parte do referido grupo, por ocasião do Estado Novo, era chefe do Departamento Nacional de Saúde. Durante este período ampliou e terminou a institucionalização do sistema de distritos sanitários e centros de saúde, originalmente criado e utilizado nos Estados Unidos da América.

### 1.5 Educação de pessoal leigo: um ideal de educação em saúde no treinamento de parteiras

A lógica de expansão do SESP era concentrar suas atividades nas regiões mais carentes e nas áreas rurais, reproduzindo com esta prática a concepção do “círculo vicioso da doença e da pobreza”. Segundo este conceito, a pobreza era conseqüência da doença. Portanto, era necessário superar a “ignorância de pobreza” para orientar o desenvolvimento econômico dos povos. Esta orientação teórica fez com que a área de educação em saúde ganhasse espaço prioritário nas atividades do SESP, pois, a ignorância em conjunto com as baixas condições de vida reforçava este círculo vicioso e, portanto, deveria ser combatida (FONSECA, 1989, p. 52-54). Um dos desdobramentos da teoria do “círculo vicioso” era o conceito de “desenvolvimento de comunidade” que orientou a percepção de educação em saúde do SESP.

O sociólogo José Arthur Rios, contratado para a Seção de Pesquisa Social, era a conexão entre as propostas do SESP e a Ideologia do Desenvolvimento de Comunidade, sendo um dos pioneiros na difusão destas idéias no Brasil. O conceito de comunidade por ele utilizado, oriundo do funcionalismo sociológico corrente predominante na academia norte-americana na época, entendia comunidade como um conjunto de indivíduos que vivem em harmonia e perfeito equilíbrio, onde as transformações se dão através de consenso, gradualmente. A comunidade ideal era classificada como *integrada*, ou seja, de acordo com a corrente funcionalista, uma comunidade que tem por tendência integrar-se por meio de um *consenso valorativo* próprio e de *orientações cognocivas compartilhadas*, as quais reforçam as propostas de mudança social através de *inovações de indivíduos e grupos*. (GARCIA<sup>5</sup>, apud: FONSECA, 1989, p. 55). Tendo em vista que *integração social* é obtida por *inovações* e também *orientações cognocivas*, fica clara a ênfase no papel da educação na solução dos problemas sociais por parte daqueles que se valiam de tal base teórica. Em suas análises, Rios enfatizava a necessidade da participação da comunidade para a

---

<sup>5</sup> GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde, in: NUNES, E. D. ; DUARTE, E. *Medicina social : aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

solução dos problemas locais recebendo apoio, estímulo e orientação dos educadores em saúde.

O sociólogo tinha duas principais funções dentro da agência. Uma delas era fazer com que médicos, enfermeiras e burocratas entendessem “saúde” como um conceito social, o qual pode apresentar diversas percepções. Somando a isso, Rios tinha que explicar a estes profissionais também que a população pobre do Brasil, principal foco de atenção das políticas do SESP, não era uma “folha em branco”, mas pessoas com tradições culturais que poderiam oferecer resistência para mudar seus hábitos e crenças. A outra função como chefe da Seção de Pesquisa Social era interpretar para os altos funcionários do SESP os valores e conceitos da “cultura tradicional” da população alvo para melhor informar a agência, fornecendo subsídios para elaboração de estratégias eficientes na tarefa de superar as resistências (CAMPOS, 1997, p.262).

Durante a década de 50, a ONU intensificou seu investimento na divulgação da proposta de “desenvolvimento de comunidade”, como um conjunto de técnicas de trabalho comunitário para solução dos problemas de “participação” em programas de desenvolvimento econômico e social com objetivo de superar as dificuldades dos países mais pobres, com prioridade para as áreas rurais (FONSECA, 1989, p. 54). O SESP já trabalhava no Brasil desde a década de 40 com educação rural através de acordos com a Fundação Rockefeller, apresentando aspectos em comum com a proposta de “desenvolvimento de comunidade”, propiciando a entrada e adoção do conceito no Brasil em vários projetos. A proposta do SESP para as atividades de saúde pública se apoiava constantemente na necessidade de se trabalhar em conjunto com as comunidades estimulando uma participação ativa das mesmas na solução de problemas locais com o apoio dos funcionários da agência. Tais princípios vieram a consolidar-se por meio da proposta de “desenvolvimento de comunidade”<sup>6</sup>.

A ONU reforçou o papel do profissional de saúde pública como educador em saúde, ao publicizar o conceito de *desenvolvimento de comunidade*. Para o SESP, a prática educativa em saúde era responsabilidade de cada funcionário das unidades sanitárias. Ao determinar e difundir seu modelo de atendimento à

---

<sup>6</sup> Para uma crítica as ações do SESP baseadas na idéia de “círculo vicioso de pobreza” e “desenvolvimento de comunidade”, ver Campos (1997, p. 261) e Fonseca (1989, p. 57).

saúde, baseado em padrões americanos, o SESP acabou por divulgar uma corrente de pensamento sobre educação em saúde que tinha como base dois princípios: o primeiro era a idéia de que ignorância e maus hábitos eram responsáveis pelas doenças; o segundo era que a educação em saúde como uma prática científica e técnica poderia mudar o comportamento das pessoas e melhorar as condições de saúde das classes pobres.

Um aspecto importante na proposta de trabalho comunitário apoiado na prática da educação era a localização e colaboração dos líderes comunitários, os quais, segundo as orientações do SESP, eram de suma importância para o sucesso do trabalho educativo. A identificação dos líderes e sua respectiva colaboração na implantação dos trabalhos de grupo com a comunidade tiveram desdobramentos tais como círculos de pais, clubes de saúde, comissões de melhoramentos para bairros periféricos e a criação de um curso de corte e costura, por iniciativa de uma parteira tradicional.

Em função do prestígio das parteiras tradicionais nas comunidades assistidas pelo SESP no meio rural, ao invés de impedi-las de exercerem seu papel tradicional, devido à importância das mesmas para seu grupo, e apesar de não pertencerem ao seu quadro de pessoal, a agência passou a dar-lhes assistência permanente, ministrando-lhes conhecimentos mínimos (ou básicos), porém, suficientes para dar maior segurança ao desempenho da assistência prestada por elas<sup>7</sup>. (BRITO BASTOS, 1993, p. 180; PEÇANHA, 1976, p. 15; CAMPOS, 1997, p. 259).

Tendo em vista a escassez de pessoal de saúde nas regiões rurais, o SESP adotou uma estratégia de estreita aproximação com as parteiras tradicionais, diminuindo restrições e consolidando alianças com aquelas que atuavam nas comunidades assistidas pelo Serviço, principalmente nos locais que não dispunham de hospitais. Assim, elas foram colocadas sob controle

---

<sup>7</sup>Campos (1997, p. 259) ressalta o caso das parteiras *curiosas* como sendo um dos poucos, senão, o único registro oficial conhecido de que o SESP tinha compromisso com a cultura popular. Entretanto, entende que era uma estratégia para atingir os objetivos de saúde pública. Diante do desafio de fazer chegar a toda a população cuidados médicos necessários para melhoria das condições de saúde, aceitar a atuação das parteiras na comunidade e fazer delas aliadas nos objetivos de ampliação dos serviços de saúde pública, poderia apresentar resultados mais compensadores do que riscos. Tendo em vista as perspectivas de educação em saúde adotadas pelos órgãos de saúde pública, outras experiências de treinamentos similares foram bem sucedidas e recomendadas como exemplos a serem seguidos nestes casos.

institucional, identificadas e treinadas. As parteiras *curiosas* eram pessoas importantes e respeitadas pela comunidade, mas também eram consideradas pelos médicos e enfermeiras graduadas como *mulheres ignorantes* (CAMPOS, 1997, p. 259). Eram, ainda, consideradas por muitos profissionais médicos como “um problema de saúde pública”\*, por estes entenderem que elas eram responsáveis pela transmissão de doenças devido ao desconhecimento de regras básicas de higiene e técnicas de esterilização (FERNANDES JÚNIOR, 1992).

Diante da realidade, o SESP optou por organizar um sistema de treinamento permanente. Elas também recebiam uma bolsa, com material para ser usado no atendimento aos partos, devendo comparecer à unidade de saúde toda vez que fosse necessário receber mais material, ou pelo menos, de 15 em 15 dias, para receber novas instruções. Era previsto que as parteiras informassem os partos por elas atendidos e encorajassem as gestantes a freqüentar os postos de saúde do SESP para o exame pré-natal. Brito Bastos (1993, p. 180) registra que o trabalho educativo desenvolvido junto às gestantes e às famílias foi de suma importância para diminuir a resistência por parte da população ao exame regular do pré-natal.

O programa de treinamento incluía uma série de assuntos, mas a principal ênfase recaía sobre o papel da parteira e a importância de seu trabalho, noções de higiene individual, o valor do exame médico às gestantes desde o primeiro mês, importância da alimentação adequada para a gestante e o feto, sinais e sintomas principais da gravidez, imunizações pelo anotox-tetânico, a colaboração da parteira no encaminhamento das gestantes, complicações da gravidez, primeiros sinais do trabalho de parto, primeiros cuidados com o recém-nascido, cuidados às puérperas e a *bolsa da curiosa* (BRITO BASTOS, 1993, p. 405).

As instruções eram dadas a pequenos grupos que podiam ser desdobrados, caso se verificasse muita divergência no processo de assimilação das participantes. O programa era desenvolvido, principalmente, por enfermeiras e visitadoras sanitárias. As técnicas de ensino baseavam-se em demonstrações repetidas tantas vezes fosse necessário para a perfeita assimilação das alunas. Também eram realizadas discussões em grupo, exibição de filmes e observação.

---

\* Conforme João Dias Ayres em entrevista concedida à autora, em Londrina, 29/04/2002.

Após algum tempo, eram organizados vários planos de instrução com o objetivo de manter as participantes atualizadas.

Tendo atingido certo limite de instrução, as participantes recebiam uma bolsa com o material com o qual era esperado que trabalhassem. As parteiras passavam a estar sob supervisão sistemática do serviço de enfermagem, principalmente quando da ocasião de um parto. Nesse momento, ocorria a verificação e substituição do material da bolsa, o registro de nascimento no respectivo formulário e as visitas da enfermagem feitas ao acaso. De dez a quinze dias, em média, era feita uma visita ao posto para troca de material esterilizado ou não usado. Mensalmente ocorria a visita para limpeza da bolsa e renovação de instrução. Periodicamente as enfermeiras ou visitadoras sanitárias realizavam a visita domiciliar à casa da parteira.

A importância social das parteiras nas comunidades rurais ou de fronteiras agrícolas era tanta que não podia ser menosprezada pelas equipes de saúde pública, principalmente porque o SESP utilizava as técnicas de trabalho de grupos com a comunidade, nas quais o papel das lideranças era fundamental para a mobilização e introdução de inovações. A anuência do líder quanto às inovações propostas pelos serviços de saúde propiciava condições de aceitação das mesmas pelo grupo e criava um ambiente de consenso em relação aos novos valores, tendendo a facilitar a aprendizagem e apropriação dos novos conhecimentos por parte da comunidade, o que justifica o interesse do SESP e seus profissionais no aproveitamento das parteiras em seus programas.

Portanto, é possível entender porque os envolvidos com a organização de serviços de saúde pública no Brasil, tendo forte influência norte-americana e conhecendo experiências similares bem sucedidas naquele país, resolveram implantar aqui os programas de treinamento, de forma permanente, pelo menos enquanto profissionais treinados, hospitais e postos de saúde não fossem em número suficiente para atender toda a população. Somada às dificuldades já citadas, a resistência cultural aos serviços de pré-natal perdurou durante décadas. A colaboração das parteiras tradicionais foi fundamental para diminuir o receio por parte das gestantes e seus familiares e para a ampliação da assistência médica dos serviços de saúde no que diz respeito à assistência materno-infantil, principalmente quanto à hospitalização e medicalização da assistência à



gestação, parto, puerpério e aos recém-nascidos, atividades que eram de responsabilidade da parteira, durante anos nas regiões rurais e de fronteiras econômicas.

Para poder avaliar mais detalhadamente estes processos de longo alcance, propõe-se a análise dos manuais utilizados em alguns programas de treinamento. Ao aproximar o foco, ou seja, ampliarem-se os detalhes será possível entender como as parteiras podem ter atuado como tradutoras das concepções de saúde e doença da medicina e, principalmente, das concepções sobre o estado gravídico, o parto e os cuidados após o nascimento para a população atendida por elas, em meio ao período do estabelecimento de serviços de saúde estatais na região de Londrina e nos municípios próximos.

#### 1.6 Manuais para programas de treinamento de parteiras tradicionais

Um documento de 1966, o Informe do “*Comité de expertos de la OMS sobre la funcion de la parteira em la asistencia de la madre*”, (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1966) relata que, progressivamente, os serviços de saúde passaram a reconhecer que as parteiras tradicionais desempenhavam função útil quando da não existência de atendimento médico hospitalar na região onde elas atuavam, ou quando estes eram insuficientes. Diante destas condições, o comitê de *experts* aconselhava que se incentivasse a colaboração das parteiras a levar sua clientela ao centro sanitário; que as mesmas passassem a fazer registro dos nascimentos, e levando em conta sua proximidade à família e comunidade, dar preparação às parteiras e medidas preventivas para proteger a lactante e a criança. Tendo em vista a permanência da atuação das parteiras, os serviços de saúde deveriam manter vigilância sistemática das mesmas para manter-se assistência em níveis satisfatórios. As autoridades sanitárias deveriam manter um registro das parteiras tradicionais que exercessem atividade em sua zona de competência.

As orientações da OMS foram os parâmetros utilizados para definir os aspectos a serem enfatizados na análise dos manuais de parteiras. Levar-se-á em conta o papel social da parteira nas comunidades e como ele ia ao encontro dos ideais de educação em saúde da SESP para os trabalhos com a população.

Sendo assim, o papel de liderança da parteira e o exemplo para seu grupo de origem, o valor do exame médico das gestantes desde o começo da gravidez, a colaboração das parteiras *curiosas* no envio das gestantes para o exame pré-natal e com o pessoal das Unidades Sanitárias e a concepção do que seja um *parto* são os elementos privilegiados no estudo.

A seguir, serão analisados os seguintes manuais: *Manual de ensino de parteiras* de autoria de Anita M. Jones e publicado pela Imprensa do Governo dos Estados Unidos em 1944, o *Guia da parteira leiga domiciliar* de Gerda Mitt, apostila publicada pela Secretaria do Estado de Saúde e Bem-Estar do Paraná em 1974 e o *Álbum visual da parteira* de Terezinha Erthal e Alice Michaud, apostila sem data, confeccionado pela Secretária de Saúde e Bem-Estar para a realização de uma série de treinamentos ocorridos na 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, sediada em Londrina, entre os anos de 1975 e 1978.

O manual de Anita Jones foi publicado originalmente em inglês, sendo elaborado pelo Departamento da Criança dos Estados Unidos. As versões em português, espanhol e francês foram feitas pela Repartição Central de Traduções do Governo norte-americano. O manual destinava-se a enfermeiras-parteiros e pessoas encarregadas da fiscalização e ensino de parteiras “curiosas” para simplificar a tarefa destes profissionais. De acordo como o *antelóquio* escrito por Katerine F. Lenrrot, Chefe do Departamento da Criança da Secretaria do Trabalho dos Estados Unidos, o objetivo último da publicação era:

que se levantado o nível e a técnica da arte obstétrica, estar-se-á a dar um passo importante em demanda da meta que se procura alcançar nas Américas, qual a de facultar assistência médica a todas as mães e crianças do Hemisfério Ocidental (JONES, 1944, p.III).

Nesta publicação, o papel da parteira é definido pela legislação do local onde a parteira atua. Segundo o texto:

a parteira é aquele que sem ser médico formado, atende a uma senhora por ocasião do parto. Em muitos lugares a parteira carece de se munir de uma licença para poder exercer sua profissão, estas licenças geralmente concedidas pelo serviço sanitário estadual” (JONES, 1944, p.22).

Assim, seu papel é limitado segundo o ponto de vista dos serviços médicos e autoridades de saúde a *“restringir-se o papel das parteiras, como se disse, às parturientes e aos partos normais”* (JONES, 1944, p.22) e não de acordo com o papel social exercido pelas parteiras na comunidade. Entretanto, este aspecto não é menosprezado, mas percebido pela autora como forma de modificar opiniões, hábitos e crenças quanto à higiene materna. Ou seja, *“...vive ela na intimidade das outras senhoras...Ela poderá exercer grande influência durante o período da gestação, a qual deverá ser utilizada para melhorar a higiene materna.”* (JONES, 1944, p. 22).

No que diz respeito aos exames médicos:

É da mais alta importância ensinar a parteira a razão por que, logo do início da gravidez, toda gestante deverá se submeter a um exame médico. Se ela compreender com clareza que a despeito de todos os seus conhecimentos...não está à altura de cuidar com eficiência de uma senhora... ela usará de sua **influência** (grifo meu) junto à mãe para **persuadi-la** (grifo meu) a consultar médico ou ao menos para se dirigir a uma clínica no início da gravidez. (JONES, 1944, p.22).

Quanto à questão da relação saúde e doença, ou seja, os limites de sua prática, *“É preciso que a parteira aprenda com toda clareza o fato de ser muito tênue a linha divisória entre saúde e a moléstia, ou em outras palavras, perigo e segurança.”* (JONES, 1944, p.23)

Apesar de lembrar que, *“achando-se a mãe de perfeita saúde, deverá ser a gravidez uma função normal.”*, em seguida, reforça-se a idéia de que *“Isto, porém, nem sempre acontece, importando que a parteira esteja sempre alerta,”* pois, *“Durante a gravidez, o organismo materno é submetido a uma dura prova”* (JONES, 1944, p.25). Pode-se observar nestes trechos a ênfase dada à influência da parteira decorrente de sua importância social. O mesmo aspecto, entretanto, é apropriado e reelaborado. O papel da parteira é definido nos limites de sua prática obstétrica, e sua influência é instrumentalizada para a aceitação por parte da comunidade de noções sobre saúde, doença, segurança e perigo relativos à gestação e ao parto. E apesar da gravidez ser uma função normal seu potencial patológico é reforçado. No mesmo caminho, continua Jones nas orientações aos instrutores de parteiras *“Exponha-se à parteira que lhe competirá explicar à gestante que os germes das moléstias e infecções podem ser levados de uma a*

outra pessoa...” (JONES, 1944, p. 28). Neste trecho é possível verificar que à parteira foi atribuída a responsabilidade de porta-voz e disseminadora da teoria dos germes, traduzindo para sua clientela os conhecimentos da medicina, facilitando a penetração de inovações no universo cognitivo das gestantes e famílias de sua comunidade, por fim, modificando mentalidades. Este aproveitamento do potencial das parteiras fica claro no sumário da lição, ao final da mesma, quando Jones reforça as orientações.

Importante fazer entender às parteiras quão maior é a assistência que elas, nos **tempos modernos** (grifo meu) pode prestar à mãe... Hoje, porém, a parteira **inteligente** (grifo meu) envida todos os esforços para que a senhora aos seus cuidados se submeta ao exame médico completo, às mãos de um bom clínico, e para que se atenha em tudo às prescrições deste. Mesmo depois do exame físico, compete à parteira estar vigilante para descobrir imediatamente o primeiro indício de qualquer anormalidade, de modo a poder chamar o médico, se julgar conveniente” (JONES, 1944, p. 33).

Quanto ao período pré-natal e à vida diária durante a gestação, o instrutor deve atuar de forma que “Esclareça-se à parteira sobre a maneira de **influenciar** suas clientes em relação às necessidades diárias....” diante desta orientação fica a pergunta: será que as parteiras não sabiam como influenciar sua clientela? E continua Jones: “A parteira compete que estar a par das necessidades diárias da gestante deve usar de sua influência para que esta coma...durma...” (JONES, 1944, p.37)

Na lição VI, Aprestos da Parteira, Jones apresenta a importância de:

Explicar-se os perigos da maternidade. Nos Estados Unidos, 9000 mães faleceram, em 1939, em consequência da gravidez e parto... provavelmente 4500 teriam sido salvas se houvesse sido convenientemente tratadas... A parteira pode ajudar salvar a vida e a saúde tanto das mães como das crianças, mas para isso precisa preparar-se para trabalho educando-se o mais possível; adquirindo toda experiência para desenvolver suas habilidades técnicas; seguindo curso franqueados às parteiras, conservando-se com saúde, conservar em perfeita ordem, asseio e prontidão todo seu equipamento. Usar de sua **influência no seio de sua coletividade para persuadir a todas as suas clientes que se submetam no início da gravidez, a exame médico** (grifo meu), só tomando o caso que o facultativo garantir serem isentos de perigo. Exercer sua arte conscienciosamente...obedecendo na íntegra ao regulamento da cidade, município, ou serviço sanitário estadual sobre **o exercício de sua profissão**....(grifo meu) deve-se enfatizar cada um destes pontos, explicando-se a parteira...ao cuidar de uma senhora durante o parto, torna-se responsável pela saúde e vida de dois seres humanos e boas intenções

não bastam para a execução deste encargo. **É da obrigação da parteira acrescentar às boas intenções, boas técnicas, critério e a habilidade que só se adquire acompanhando a instrução recebida com esforço constante para melhorar todos os detalhes do trabalho** (grifo meu). Quando o desejo real de auxiliar os outros levar as parteiras a se prepararem cuidadosamente, veremos diminuir consideravelmente os riscos que correm as mães e os recém-nascidos (JONES, 1944, p. 56).

De acordo com o texto, mesmo o tradicional motivo da atuação das parteiras “a vontade de ajudar e servir ao próximo” e todo o saber e experiência anteriores ao contato com o saber médico não são levados em conta, devendo a parteira se educar o máximo possível, adquirindo toda a experiência para desenvolvimento das habilidades técnicas nos cursos a elas destinados. Não bastam apenas boas intenções, é *obrigatório* acrescentar a elas *boas técnicas*, critérios e habilidade que só (ou apenas) seriam adquiridos acompanhando a *instrução recebida*, isto é, o treinamento. É possível perceber que, apenas se obtêm boas técnicas através das instruções, as técnicas adquiridas de outra maneira não seriam *boas técnicas*. Dizer que boas intenções não bastam para o atendimento da parturiente, sem fazer referência às habilidades tradicionais das parteiras, acaba por excluir todo um conjunto de conhecimentos, técnicas e experiências anteriores ao treinamento.

Nessa publicação ainda predomina, mesmo que implicitamente, uma visão do conhecimento tradicional das parteiras como inferior aos critérios, habilidades e técnicas providos pelos treinamentos.

Os profissionais de saúde norte-americanos, na primeira metade do século XX, reclamavam que as parteiras usavam a não científica e, acima de tudo, insegura medicina popular (SMITH, 1996, p. 118). Eles viam a parteira como ignorantes, sujas e supersticiosas. No final do século XIX, a ciência médica veio a entender que a infecção pós-parto era causada por microorganismos no interior do útero. Por este motivo, os oficiais de saúde pública sentiram que era imperativo o treinamento das parteiras sobre a necessidade de condições esterilizadas (SMITH, 1996, p. 124). Esta perspectiva, a respeito do saber tradicional das parteiras, só veio a mudar nas décadas seguintes, figurando nos manuais como uma linguagem elaborada cuidadosamente para não se excluir o saber tradicional das parteiras, tendo em vista o incentivo dado aos treinamentos

pela OMS e OPS em documentos oficiais e a influência dos mesmos sobre os profissionais de saúde.

O aspecto da ênfase da influência da parteira sobre sua clientela é seguidamente citado em toda a publicação. Segundo Smith (1996, p. 119), as parteiras eram consideradas como a contrapartida feminina do pastor nas comunidades americanas, tamanha a respeitabilidade, capacidade de aconselhamento e liderança dessas mulheres. É bom lembrar que na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos a parteira era tida como modelo de virtude feminina e sua prática e comportamento pessoal foram controlados pela Igreja Anglicana na Grã-bretanha e pela comunidade nos Estados Unidos (DONEGAN, 1984, p. 304). Diante de tamanha importância social das parteiras, os profissionais de saúde pública do Mississippi das primeiras décadas do século XX consideravam a parteira um “mal necessário” (SMITH, 1996, p. 119).

A definição de parto reduz-se estritamente a seu aspecto fisiológico e técnico e Jones quer deixar evidente que:

é necessário que a parteira compreenda com clareza o que tem lugar no corpo da mulher...Explique-se o que consiste o parto. Dar-se o nome de parto ao **processo natural** (grifo meu) mediante o qual são expelidos do corpo materno, pela vagina, a água, o feto e as secundinas. Dividi-se esse processo em três partes: 1<sup>a</sup>) dilatação do colo do útero; 2<sup>a</sup>) a expulsão do feto; 3<sup>a</sup>) a expulsão das secundinas.” (JONES, 1944, p.66)

Durante as fases do parto, a parteira deve ficar atenta “Se houver possibilidade, mesmo longínqua de qualquer anomalia, a parteira deverá chamar o médico.” (JONES. 1944, p. 94). E quanto às suturas, cuja realização não era permitidas às parteiras, “No caso de se encontrar lacerações, será necessário que o médico dê pontos, o que é muito fácil, feito no momento apropriado, mas adiando-se, criam-se dificuldades para a mãe...” (JONES, 1944, p.125). Levando-se em conta que estes treinamentos eram para parteiras em regiões desprovidas de médicos, conseguir um profissional para fazer uma sutura seria bastante trabalhoso. Acaba-se por crer que as parteiras deveriam elas mesmas, em caso de lacerações, realizar estas suturas, pelo menos em locais onde a fiscalização não fosse das mais rigorosas.

E quanto ao “aparecimento de quaisquer sintomas de anormalidade, a parteira deveria advertir imediatamente o médico... A parteira não deveria esperar um só dia, nem mesmo uma só hora para ver se passa.” (JONES, 1944, p.136)

Ao final da publicação, como reforço das idéias ali expostas, enfatiza-se que a missão da parteira é de grande seriedade e “a omissão de um detalhe insignificante poderá ter conseqüências tremendas.” (JONES, 1944, p. 140). Sob o título de “Recordações”, localizada na última página do manual, Jones recomenda aos leitores, que “Conceda-se às parteiras a oportunidade de fazer perguntas sobre qualquer ponto que não ficou bem compreendido ou elucidado.” (JONES, 1944, p.140). E para terminar, no item “Aula Prática” orienta aos possíveis instrutores, realizar “inspeção da maleta de cada uma das parteiras, ou advertindo em particular aquelas cujo equipamento não corresponde exatamente os requisitos de rigor” (JONES, 1944, p.140).

O manual dá prioridade aos aspectos técnicos da prática das parteiras. Entretanto, reconhece a influência das mesmas e o interesse e iniciativa dessas mulheres em prestar auxílio às gestantes, parturientes e recém-nascidos. Levando estes aspectos em conta, busca aproveitar a ascendência das parteiras sobre suas comunidades para mudar conceitos, hábitos e crenças, por meio de um processo educativo. Frisa durante todo o tempo os limites da prática da parteira de acordo com a medicina e a legislação oficial, definida de acordo com o conhecimento médico. Também está presente a necessidade dos serviços de saúde manterem o controle das atividades das parteiras, consoante as orientações que viriam, mais tarde, a serem feitas pelos *experts* da OMS.

*O manual da parteira leiga domiciliar* de Gerda Mitt e o *Álbum visual da parteira* de Erthal e Michaud são publicações dedicadas ao uso das parteiras durante os treinamentos. Estas publicações foram produzidas pela Secretaria do Estado de Saúde e Bem-Estar do Paraná (SESB-PR) durante os anos de 1974 a 1978 para o treinamento de parteiras em programas de saúde para comunidade, realizados pela Coordenadoria de Orientação à Comunidade, órgão da mesma secretaria.

Eram objetivos destes programas de treinamento:

Promover saúde materno-infantil, oferecer recursos para que o parto normal possa ser atendido com maior segurança, prover assistência médica às gestantes que apresentem anormalidades, ajudar a criança sadia ter os primeiros cuidados adequados, bem como promover profilaxia de doenças transmissíveis por meio de encaminhamento das crianças e gestantes às Unidades Sanitárias a fim de serem vacinadas.” (MITT, 1974, p. 4)

No manual para parteiras de Gerda Mitt, o papel da parteira consiste em direitos e deveres, sendo que a quantidade dos deveres supera em muito a dos direitos. A parteira teria três direitos, seriam eles: 1º) o uso da Unidade Sanitária; 2º) receber o material para o trabalho, a maleta das parteiras e materiais esterilizados e 3º) receber assistência médica nas Unidades Sanitárias. Seus deveres eram: 1º) conhecer a Unidade Sanitária e recursos para saber utilizá-los quando necessário; 2º) atender somente partos normais; 3º) colaborar com o pessoal da Unidade Sanitária; 4º) encaminhar a gestante com anormalidades à Unidade Sanitária; 5º) encaminhar as parturientes para o hospital, também no caso de se apresentar alguma anormalidade, 6º) trabalhar sempre em boa colaboração com os médicos da Unidade Sanitária da região. 7º) assistir às reuniões periódicas das parteiras leigas; 8º) notificar às Unidades Sanitárias os partos atendidos e 9º) manter sua saúde em dia por meio de exames médicos e renovação da carteira sanitária anualmente.

No *Álbum visual* de Michaud e Erthal, o item *O papel da parteira* é definido pelas seguintes ações: Primeiro, “Assistir às aulas e comparecer à Unidade Sanitária”, em segundo lugar, “encaminhar a gestante à Unidade Sanitária para controle e ao hospital quando necessário”. (MICHAUD; ERTHAL, s/d, p.2).

É possível ver que o papel das parteiras nas duas publicações está delimitado por aspectos técnicos, enquanto que a sua função social destas é reduzida à influência que as parteiras podem exercer sobre suas comunidades tendo a finalidade de transformar os hábitos e crenças quanto à saúde, como pode ser observado a seguir:

Seu comportamento na comunidade:

- Manter e dar exemplo de bons hábitos de higiene.
- Conhecer os costumes e credices locais e influir sobre aqueles que são prejudiciais, procurando mudar a mentalidade da comunidade.
- Influenciar como líder, para aumentar a vacinação e controle das gestantes.
- Atuar com muita convicção como responsável pela vida da mãe e da criança sob sua vigilância.



-Ser discreta em suas palavras, não transmitindo novidades de uma casa para outra. (MITT, 1974, p.5)

No que diz respeito ao seu comportamento exemplar diante da comunidade, a parteira deveria adquirir e pôr em prática as inovações apresentadas pelo conteúdo dos treinamentos, assim, demonstraria sua aprovação às novas formas de se cuidar da saúde e entender o processo saúde e doença, bem como a concepção de segurança e perigo quanto à gestação e parto.

Consciente da importância social das parteiras, a autora não se descuida quanto à imagem que a parteira deve apresentar perante a comunidade assistida. Surgem no texto, inclusive, as idealizações sutis quanto aos aspectos da moral da parteira.

Manter sua aparência pessoal limpa, com **adornos discretos** (grifo meu), para que, como **líder** (grifo meu) sirva de exemplo à comunidade...A roupa do corpo deve ser limpa e na ocasião do parto, usar avental limpo e lenço na cabeça. (MITT, 1974, p. 5)

O *Álbum visual da parteira*, quanto à preparação e apresentação da parteira na hora do parto lembra:

- a) Ao chegar na casa, forra a mesa com o plástico e coloca sobre ele a bolsa.
- b) Verifica as contrações.
- c) Lava as mãos.
- d) Coloca o turbante.
- e) Veste o avental. (ERTHAL; MICHAUD, s/d, p.18)

No item “8 - Trabalho de parto e expulsão” a primeira instrução é “a) Veste o guarda-pó, se tiver.” (ERTHAL, MICHAUD, s/d, p. 21). Nestes dois exemplos a apresentação da parteira deve aproximar-se o máximo possível da figura do médico ou da enfermeira quanto aos paramentos.

A atuação das parteiras na educação para saúde e no ensino da profilaxia das doenças fica clara na ênfase e espaço dado no total dos conteúdos das publicações. Pelo menos metade das lições ocupa-se de assuntos sobre como e porque ocorrem as doenças e como elas podem ser evitadas.

A idéia do “círculo vicioso de doença e pobreza” aparece em passagens como essa: “Devemos usar todos os recursos para ficarmos livres de micróbios, para evitar doenças que podem acabar com a nossa saúde, empobrecendo a gente e tornam a vida difícil.” (MITT, 1974, p. 7)

Quanto aos aspectos relativos ao período pré-natal, o manual entende que:

Toda mulher deve ser **fichada** (grifo meu) em qualquer lugar onde haja atendimento médico ou enfermagem para gestante....Cada gestação é uma experiência nova ela (a gestante) não deve se fiar nas gestações anteriores, não deve deixar de ir ao médico porque **tem vergonha, porque não tem tempo, ou porque não sente nada** (grifo meu). O controle bem feito no período pré-natal é uma **segurança** para a gestante como para a parteira. (MITT, 1974, p. 19)

A relação entre controle e segurança está presente, sendo que o controle significa segurança, ou seja, saúde para mãe e bebê e tranquilidade para a parteira em sua assistência. Existe uma tensão entre o aspecto policial no termo “*fichada*” e a afirmação de *segurança* significando bem-estar e tranquilidade. Surge, discretamente, a necessidade de mudar a percepção da população quanto ao atendimento médico. A parteira é um intermediário tranquilizador, que dissolve dúvidas para as clientes e suas famílias. Sendo a *comadre* parte destes serviços, mesmo que de maneira indireta e extra-oficial, a autoridade desta mulher, em meio aqueles que confiam nela como conselheira, proporciona confiabilidade aos serviços. Faz crer que aquela que sempre se preocupou com o bem-estar da comunidade jamais recomendaria pessoas ou tratamentos que não fossem benéficos, ou que faltassem com o devido respeito para com a cliente.

Os limites da prática da parteira aparecem expressos na orientação de se evitar colocar os dedos no interior do canal do parto para o exame digital, ou para adiantar o parto, alegando-se que este procedimento poderia levar para o interior do corpo da parturiente micróbios causadores de infecção. A parteira “não deve dar medicamento para aumentar as dores, pois isso é da alçada do médico e só pode ser feito com ordem por escrito” (MITT, 1974, p.26). Outro aspecto da delimitação da prática das parteiras é explicitado no trecho “A parteira deve saber que recursos existem no local para as gestantes e trabalhar sempre em colaboração com os médicos e com a Unidade Sanitária.” (MITT, 1974, p. 20).

A fiscalização do material da parteira e seu uso normatizado estão presentes no texto abaixo e de acordo com o saber da medicina é cuidadosamente explicado, passo-a-passo:

Enrolam-se saquinhos de plástico em todos os objetos que se colocar na maleta da parteira, para se conservarem limpos e arranjam-se de maneira prática, sempre na mesma ordem, para que a parteira possa pegá-los sem mexer todo o conteúdo da maleta...Quando a parteira chegar em casa, deve fazer a limpeza completa da maleta, fazendo nova lavagem dos objetos usados, bem como lavar a maleta por dentro enxugando bem e deixando-a completa para uma nova chamada.(MITT, 1974,p. 22)

Quanto à concepção de parto: “*O parto não é doença*”, não existe referência explícita quanto à natureza do evento do parto na apostila, ou mesmo definição do que venha a ser o parto. A afirmação de que parto não é doença é seguida de considerações quanto à aparência da mulher quando da ocasião das visitas, “e a mulher deve apresentar-se o melhor possível” (MITT, 1974, p.28).

Enfim, a publicação termina com a orientação do que uma parteira nunca deveria fazer.

O que a parteira não deve fazer: 1) Praticar aborto, ou colaborar com a mãe para tirar a vida da criança. 2) Aconselhar a prática do aborto ou indicar quem faça, pois aborto é crime perante as leis, pecado diante de Deus, risco de vida para a mulher e morte para a criança (MITT, 1974, p.22).

Este manual é o único, entre os aqui analisados, a tocar no delicado assunto do aborto. É bom lembrar que no estudo de Smith (1996, p. 132), as parteiras, enfermeiras e mesmo os documentos silenciaram sobre o assunto. Um silêncio eloqüente, pois é difícil acreditar que essa prática fosse inexistente naquele contexto, mesmo porque existem muitos trabalhos norte-americanos sobre o assunto, principalmente quanto ao debate em meio à sociedade ocorrido ao longo do processo de descriminalização do aborto nos Estados Unidos (LEAVITT, 1984).

A mensagem dos manuais é consoante às orientações da OMS. A partir da década de 1960, esta organização acaba por consolidar e referendar práticas já consagradas por programas como os do Mississippi da década de 20, bem como as do manual de Anita Jones, da década de 40. Esta publicação condensou e

transmitiu, através de suas várias traduções, as orientações e experiências bem sucedidas em ampliar a cobertura dos serviços médicos para a população por meio dos programas de treinamento, para os países da América Latina.

Nos manuais ficam evidentes as concepções de saúde e doenças orientadas pela idéia do “círculo vicioso”, bem como, a noção de segurança condicionada ao controle da medicina. Aparece, também, o aproveitamento do interesse das parteiras de acordo com as técnicas de *desenvolvimento de comunidade*. A liderança e exemplo das parteiras foram aproveitados como fator facilitador para vencer a resistência da população ao atendimento nos serviços médicos estatais. Brito Basto (1993) fala em seu livro sobre o SESP que a resistência aos serviços foram de ordem cultural, ou seja, a moral sexual rígida e costumes e tradições. Entretanto, Bastos assinala que:

a evolução do tempo, a qualidade dos serviços prestados, principalmente o trabalho educativo desenvolvido, não somente junto às gestantes, como às próprias famílias e o comportamento das equipes de trabalho contribuíram para que as causas negativas fossem zeradas (Britos Bastos, 1993, p. 180).

Ou seja, a resistência não era apenas de ordem cultural. Com esta afirmação, Bastos assume que os serviços poderiam muitas vezes deixar tanto a desejar, que a assistência de uma *curiosa* pareceria mais segura do que o atendimento médico.

Segundo Bastos (1993, p. 180), era estimulada a ocorrência do atendimento ao parto em ambiente hospitalar. Mesmo assim, a grande maioria dos partos se dava em ambiente doméstico. O incentivo ao parto hospitalar por parte dos profissionais do SESP era decorrente da ocorrência de nascimentos, às vezes, em condições precárias. Apesar destas condições, nem sempre havia um hospital próximo, ou os meios de transporte eram inacessíveis, ou mesmo tão precários, que impossibilitavam o deslocamento de uma parturiente a tempo. Um outro aspecto que deve ter causado muita resistência era o tipo de atendimento realizado pelos serviços de saúde. O comportamento das equipes de profissionais envolvidos com os atendimentos contou, ao que parece, para a aceitação dos serviços pré-natal.

Pode-se entender, após a análise destes manuais, que as parteiras eram vistas como meio de ligação entre os serviços de saúde e a população, por conta de sua liderança comunitária. Também foi possível elaborar algumas considerações a respeito dos treinamentos de parteiras tradicionais como uma via de tradução do saber médico acerca da gestação, parto e os cuidados com o recém-nascido pelas parteiras para as comunidades onde os programas foram realizados, pois alguns trechos dos manuais tinham como alvo conferir à parteira novos atributos de acordo com as concepções da medicina. Seria uma tendência a se readequar o papel tradicional da parteira, baseado em um ideal de atendimento obstétrico a ser alcançado.

Deste modo, possibilitou-se verificar como os programas de treinamentos de parteiras são disseminados e aplicados em vários locais, através de políticas de saúde pública. Neste caso específico, um treinamento norte-americano iniciado para resolver um problema de saúde pública, que aos olhos de seus realizadores era entendido como local, tornou-se referência de programas de saúde comunitária ao longo da segunda metade do século XX para os países da América Latina.

Os resultados positivos dos programas mais antigos aqui apresentados foram um fator de grande influência para sua adoção como padrão em outras experiências de treinamento. Entretanto, a atuação das parteiras tendo como objetivo o bem-estar de sua comunidade foi decisiva, apesar de terem existido parteiras que participaram dos treinamentos, mas não aceitaram as inovações e continuaram como antes. Outras se recusaram a participar e não tomaram contato com as inovações. Outras ainda selecionaram as inovações, aprovando umas e outras não. Ainda assim, as que aceitaram as inovações transmitiram-nas em condições cognoscíveis à sua comunidade, principalmente porque aspectos afetivos estavam em jogo. A parteira, com sua presença familiar, emprestou confiabilidade aos serviços de saúde e aos novos hábitos de higiene e tratamento. Apesar deste grupo não significar o total de todas as parteiras existentes, o comportamento dele pode ser um referencial, a partir do qual é possível entrever, mesmo que indiretamente e grosso modo, o comportamento do grupo maior. Os registros da Escola de Saúde Pública do Paraná totalizaram, até o ano de 1988, 6959 parteiras treinadas. A composição deste grupo era bastante heterogênea

quanto ao tipo de prática e experiência anterior das alunas (ESTADO DO PARANÁ, 1988).

## **2 PARTEIRAS EM LONDRINA: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CLIENTELA**

Este capítulo tem como objetivo apresentar o contexto histórico de Londrina em relação à existência de parteiras tradicionais e um programa de treinamento para as mesmas, em maio de 1978, ou seja, o capítulo parte de uma questão específica: como e por que em Londrina, cidade com alto teor de urbanização, afamada como moderna, que contava com um curso de medicina, um hospital universitário, serviços e profissionais médicos ditos de qualidade, pólo regional de concentração destes recursos, a prática das parteiras tradicionais, normalmente relacionadas a contextos rurais, desprovidos de recursos, pessoal treinado e distante dos pólos urbanos, mantinha-se tão significativa a ponto de realizar-se um programa de treinamento faltando menos de vinte e cinco anos para o final do século XX?

Para responder a esta pergunta procurou-se investigar as condições históricas que possibilitaram a permanência das parteiras em uma cidade densamente urbanizada na década de 1970. Portanto, o recorte temporal é amplo. A discussão inicia-se em 1929, com a formação do primeiro núcleo populacional de Londrina e atinge o ano de 1978, quando ocorreu o treinamento abordado no objeto desta dissertação.

Além do recorte temporal ampliado, faz-se necessário entender a permanência desta prática tendo em vista a história dos serviços de saúde na cidade de Londrina e a existência de uma clientela que, não apenas precisava da assistência da parteira tradicional por não poder arcar com os custos de serviços médicos, como também tinha preferência por este tipo de atendimento ao parto.

Esta unidade dá especial valor à idéia da cidade moderna e progressista, pólo de serviços médicos da região, convivendo com a prática das parteiras tradicionais vista pelo senso comum como sinal de atraso. A parteira tradicional aparece nas fontes primárias e secundárias utilizadas nesta pesquisa geralmente relacionada ao ambiente rural, distante dos centros urbanizados onde, pelo menos em tese, existiria médico para atendimento da população. Em função disto, ela é interpretada pelas noções de progresso e modernidade, como sinal de arcaísmo e ignorância. Tais representações a respeito das parteiras eram correntes, principalmente entre os profissionais de saúde (SMITH, 1996, p. 125; KOBIRIN 1984, p. 318; PEREIRA NETO, 2001, p. 84; NÓBREGA, 1987, p. 3).

Apesar da existência de idealizações negativas quanto às parteiras entre os profissionais de saúde e, tendo em vista a progressiva influência da opinião deste grupo sobre a sociedade como um todo, principalmente em regiões fortemente urbanizadas, alguns fatores levaram à permanência ou, pelo menos, não extinguiram de vez a parteira tradicional no contexto do centro urbano de Londrina, cidade afamada como moderna, rica e progressiva, até as décadas finais do século passado. Esses fatores serão discutidos ao longo desta unidade.

## 2.1 Londrina: a cidade moderna e as parteiras

Desta forma, faz-se necessário abordar, mesmo que rapidamente, as representações acerca de Londrina e da região “Norte do Paraná”, na qual a cidade se encontra inserida. São imagens tais como: Eldorado, Terra da Promissão, Nova Canaã, Terra onde se anda sobre dinheiro, onde não existe pobreza, cidade progressista e moderna, higiênica e confortável, moldada pela iniciativa do povo trabalhador. Estas idealizações estão presentes em muitos trabalhos acadêmicos, crônicas, publicações comemorativas e reportagens produzidas sobre a região e, à primeira vista, contrastam com a permanência da prática das parteiras no local.

Existe um conjunto considerável de teses e dissertações, bem como artigos acadêmicos produzidos sobre Londrina e a “Região Norte do Paraná”. Estudiosos consagrados como o geógrafo Pierre Monbeig (1940) e o antropólogo Levi Strauss (1986) percorreram o território conhecido como *Norte do Paraná* e



produziram suas análises. Contudo, mais recentemente, pesquisadores das Ciências Sociais (principalmente historiadores, mas não apenas estes) estão produzindo trabalhos que questionam algumas representações quanto a Londrina e à região norte-paranaense que foram elaboradas dentro e fora dos meios acadêmicos.

Os trabalhos que abordam os primeiros anos do então distrito de Londrina buscam traçar a história daqueles que não conseguiram criar seus próprios registros. Esta produção acadêmica, relativamente recente, foi bastante influenciada por estudos no campo das Ciências Humanas das práticas cotidianas de pessoas comuns, das representações e dos grupos marginais, bastante em voga no Brasil entre as décadas de oitenta e noventa do século passado e ainda continua dando frutos.

É sobre esta historiografia que grande parte deste capítulo se apóia, pois os trabalhos têm o objetivo comum de ampliar o entendimento do processo de construção deste espaço peculiar que é Londrina, cidade que ficou conhecida como centro da região Norte do Paraná.

A vasta documentação produzida a respeito de Londrina e o “Norte do Paraná”, somada à memória daqueles que conseguiram lugar de destaque naquela sociedade, ou seja, os que venceram as dificuldades, produziram uma história na qual o progresso, o bem-estar, a riqueza e o sucesso parecem ter sorrido a todos. Contudo, o presente trabalho discorda da versão histórica acima apontada e busca demonstrar uma perspectiva diferenciada a respeito.

O sonho de uma vida melhor atraiu para Londrina grandes levas populacionais. Composto estas ondas migratórias figuravam investidores, grandes lavradores, assim como pequenos comerciantes e muitos profissionais liberais, entre eles engenheiros, advogados e médicos. Contudo, cabe lembrar que as representações acerca da região em estudo não são mera obra de um grupo determinado com objetivos específicos.

Conforme Adum (1991, p. 56), a elaboração de tais imagens (“Terra da Promissão”, “Nova Canaã”, “Terra onde se anda sobre dinheiro”, espaço por excelência do “trabalho”, do “progresso”, da “riqueza” e da “ordem”) fez-se à custa da participação de inúmeros atores e deve ser pensada de maneira a abranger contextos maiores. A autora explica que este conjunto simbólico originou-se, em

primeiro lugar, das grandes mudanças ocorridas no contexto nacional do início do século XX. Entre eles, figura o crescimento econômico e populacional ocasionado por ondas migratórias originadas na Europa nas duas décadas finais do século XIX. Estes imigrantes traziam o sonho de “fazer a América” em busca de novas oportunidades escassas na Europa naquele período.

Em segundo lugar, ocorre que a pressão populacional gerada por estas ondas nas cidades mais urbanizadas impeliu parte desta população para outras regiões onde as tensões fossem menores. No que diz respeito aos profissionais médicos, a proliferação das Faculdades de Medicina no Brasil, ocorrida nos anos finais do século XIX e nas décadas iniciais do século XX, fez crescer o número de profissionais que buscaram em outras cidades oportunidades melhores.

Enfim, o modelo agro-exportador, base da economia nacional, tinha o café como produto principal. Diante das longas crises de superprodução e das medidas restritivas quanto ao número de cafeeiros e às cotas de exportação, viram nas terras roxas do Paraná um “Eldorado cafeeiro”, a solução dos problemas e uma fronteira aberta para aplicação e rendimento do capital, fortalecendo as representações acerca do lugar.

Um dos fatores que auxiliaram na comercialização das terras, ou seja, serviram de atração para os migrantes, foi a estratégia de divulgação de uma imagem de progresso e recursos instalados na região para proporcionar ao adquirente tanto conforto como certeza de concretizar os objetivos econômicos. As propagandas veiculadas sobre o lugar falavam das terras como das mais férteis do mundo, do clima propício ao cultivo de muitas variedades rentáveis, do aparelhamento urbano e recursos providenciados para a perfeita instalação dos futuros proprietários. Este conjunto acabou entrelaçando a imagem do campo, a riqueza das terras férteis, com o conforto de uma cidade equipada com o que existia de mais “moderno”.

Acerca das idéias de progresso e modernidade vigentes no período em questão, Herchmann e Pereira (1994, p. 11-13) discutem tais idealizações originadas em movimentos das elites no Brasil surgidos nas décadas finais do século XIX. As grandes mudanças ocorridas no país neste período, sendo as mais significativas a abolição da escravidão e a proclamação da República, desembocaram o país no interior de uma nova ordem. Estavam sendo fincados os

alicerces de um capitalismo e de uma modernização fundamentados na visão de mundo burguês, tendo como referencial a cultura europeia. A urbanização e a industrialização eram metas a serem alcançadas, pois tudo o que fazia lembrar a antiga ordem, a monarquia e suas bases políticas, econômicas e ideológicas, era repudiado pelas elites da república que surgia.

A idéia do espaço rural, como um *locus* de atraso e arcaísmo e tudo o que a ele tivesse ligação como, por exemplo, a parteira tradicional rural, estava relacionada às formas político-ideológicas do regime anterior. Para esses grupos, modernizar era colocar o país em pé de igualdade com a Europa, fazer a economia girar em bases capitalistas, “civilizar” os costumes e instituições, sanear os espaços das cidades, dando-lhes uma face urbanizada e dotando-as de indústrias. Ver o campo, o espaço rural como atrasado, naquele momento estava relacionado a este conjunto de idealizações sobre o “progresso, a modernidade e a modernização”, que Herschmann e Pereira (1994) definiram como o “paradigma do moderno”, que seria:

Este entendido aí não como um rígido “modelo” (ainda que mais abstrato), mas, fundamentalmente, como conjunto de procedimentos, hábitos internalizados, de questões/problemas (não necessária e inteiramente conscientes, por parte dos que atualizam) capazes de mobilizar “obsessivamente” e de orientar as reflexões de uma época ou de uma geração, ainda que nunca “apreensível empiricamente” em sua totalidade - não apenas originou nossa maneira de ver e pensar o mundo, como legítima, até, pelo menos, meados dos anos 60, e também forneceu retratos do Brasil com que temos que lidar até hoje. (HERCHMANN; PEREIRA, 1994, p. 11).

No que diz respeito à parteira, ela era uma personagem freqüentemente relacionada com o ambiente rural, distante dos centros urbanos e estabelecimentos médicos. Para os elementos da elite letrada do país das décadas iniciais do século XX, da qual os profissionais de saúde faziam parte, pensar estas mulheres e suas práticas como sinal de atraso, arcaísmo e ignorância estava de acordo com o conjunto de idealizações acima explicitadas por Herchmann e Pereira (1994). Além disso, o fato destas mulheres contarem apenas com seu saber tradicional, baseado na experiência própria, sua origem étnica e social foi fonte de incontáveis preconceitos (MOTT, 1998).

Portanto, os planos dos grupos econômicos envolvidos no empreendimento das terras do norte do Paraná estavam imbuídos da idéia de modernizar o campo, tornar capitalista a produção agrícola, fazer do ambiente rural um espaço dotado do conforto dos centros urbanos, o que permitiria a “fixação do homem no campo”, impulsionaria a economia de bases agrárias, trazendo progresso ao país.

As propagandas sobre as terras do norte do Paraná divulgavam uma nova sociedade, onde a paz no campo seria uma realidade consagrada através de uma reforma agrária nos moldes liberais, ou seja, pela possibilidade de aquisição de terra a baixo custo, em pequenas e médias propriedades, tendo toda infraestrutura para assegurar o retorno do investimento garantido pelos empreendedores<sup>1</sup> (TOMAZI, N. 1997; ARIAS NETO, 1993; ADUM, 1991).

Adum (1991, p. 23) explica a inter-relação dos espaços rurais e urbanos como parte de um projeto que, simultaneamente, propõe a instalação destas áreas inspirado no ideal de cidade-jardim. Esta proposta, bastante difundida na passagem do século XIX para o XX na Europa, buscava conciliar atividades agrícolas e industriais nos espaços das cidades. De acordo com esta autora, parece ter sido a maior influência dos primeiros idealizadores do empreendimento.

Arias Neto (1993, p. 8) também fala de uma interpenetração entre o urbano e o rural. Segundo o autor, isto tornou impossível a dissociação entre a cidade e o campo e permite perceber com clareza as estruturas de classe existentes. No caso de Londrina, em função dos contextos rural e urbano estarem imbricados, é possível encontrar personagens dos “dois mundos” transitando de um ambiente ao outro, atuando vez por outra, através de códigos ambíguos formulados por rearranjos impostos por esta configuração cultural particular, apesar de a população rural predominar em número sobre a urbana até a década de 1950.

Muitas pessoas não possuíam recursos para pagar honorários médicos. Dependeram dos cuidados que tinham à disposição diante de tão poucos recursos e dos poucos profissionais médicos disponíveis na região. Entre as ervas, as rezas, uma pessoa que possuía um almanaque, um manual de medicina

---

<sup>1</sup> Passados setenta anos do início do empreendimento colonizador que pregava a reforma agrária liberal, baseada na livre iniciativa e na propriedade privada de pequeno e médio porte, a região norte do Paraná, é no momento, uma das regiões do Brasil de maior concentração fundiária. (FOLHA DE LONDRINA, 6/07/2003. p. 1, 9 e 10).

popular, as parteiras eram elementos de grande importância. Ver-se-á a seguir, que apesar do acelerado crescimento do núcleo populacional de Londrina e a gradual implantação de serviços de saúde, as parteiras persistiram. Elas atenderam durante muito tempo àqueles que não eram incluídos na lógica do progresso da cidade, *“Terra onde se anda sobre dinheiro”*. Por outro lado, a parteira coexistiu com a medicina e os recursos tecnológicos da época neste contexto cultural singular de “grande cidade” cravada no meio do campo.

Como ocorrido em outras cidades que surgiram em fronteiras econômicas ao longo da história do Brasil, o mito do Eldorado serviu como estratégia de atração e, posteriormente, de justificativa das condições sócio-econômicas predominantes nestas comunidades. O Eldorado do café terminou, mas a mística em torno de Londrina como cidade moderna e rica permanece esmaecendo contradições e atraindo novos migrantes.

Sendo assim, esta investigação quer apontar agora para aspectos importantes que dizem respeito à organização de um mercado de serviços médicos em Londrina e a ausência de uma política estatal consistente para o provimento destes cuidados a população, ao longo de várias décadas.

## 2.2 Monopólio privado de serviços públicos: Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP)

O local destinado para estabelecer o núcleo urbano que deu origem à cidade foi estrategicamente escolhido para propiciar as melhores condições físicas e climáticas, bem como a melhor localização de maneira a organizar-se os meios de transporte e comunicação com os centros urbanos mais dinâmicos, no caso São Paulo. De acordo com Adum (1991, p. 54), em 21 de agosto de 1929, um grupo de funcionários da Companhia de Terras Norte do Paraná chegou ao local e iniciou a abertura da floresta e a construção das primeiras edificações: o escritório central de vendas, a hospedaria e um armazém comercial. Mas o que levou esta expedição às remotas florestas ao norte do Estado do Paraná?

Nas duas primeiras décadas do século XX, o governo do Estado do Paraná, após o conflito do Contestado, no qual perdeu parte do seu território para o Estado de Santa Catarina, passava por problemas financeiros em função dos

gastos com a contenda. Além das dívidas adquiridas com os gastos de guerra, era interessante promover a ocupação populacional e econômica da região para garantir a posse do território.

Os autores consultados falam que, tanto do ponto de vista do governo central, como do Estado do Paraná, e também, em função da dinâmica político-econômica internacional, existia um grande movimento de inserção de espaços periféricos aos grandes centros econômicos à lógica capitalista que se espalhava por todos os continentes durante a passagem do século XIX para o XX.

Sendo assim, o governo de Estado do Paraná buscou captar financiamentos estrangeiros para equacionar os problemas políticos e econômicos. Grupos econômicos ingleses e paulistas adquiriram terras ao norte do território paranaense, tendo como objetivo inicial a venda das terras e posterior desenvolvimento de uma economia baseada na agricultura para exportação. Para dar início às vendas, foi constituída a Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP) subsidiária da Paraná Plantation Limited (ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE LONDRINA, 2000, p. 3).

Para que o retorno do investimento fosse compensador, o grupo financeiro proprietário da companhia acabou também por adquirir do governo brasileiro a estrada de ferro São Paulo-Paraná, propiciando à CTNP o monopólio do transporte para a região. O projeto da Companhia estava baseado na idéia de racionalização máxima dos recursos, ou seja, o planejamento estratégico, levando-se em conta a necessidade do ordenamento dos espaços e uma relação adequada entre zona rural e urbana, como explicitado acima. Esta organização gerou um processo de interdependência entre os dois espaços que impulsionou a dinâmica econômica aceleradamente, isto é, o estabelecimento de uma ordem sonhada, baseada na organização, trabalho e civilização.

Conforme Arias Neto (1993) e Nelson Tomazi (1997), o contrato celebrado entre a CTNP e o governo do Estado do Paraná estabeleceu como obrigação da empresa a responsabilidade e, ao mesmo tempo, o monopólio sobre os serviços públicos, tais como: iluminação, comunicações, transportes, fornecimento de água e assistência médica aos funcionários da companhia e aos adquirentes dos lotes de terras comercializados pela empresa liberado, portanto, o governo do estado destas obrigações.

Estes autores fazem menção a documentos e depoimentos nos quais é possível verificar uma constante “noção de abandono” do poder público quanto à Londrina, principalmente no que diz respeito aos serviços públicos de saneamento e saúde. Esta noção, de acordo com os autores, surge tanto nos documentos de época, jornais, publicações, como em outros estudos. Afinal, o poder público delegou à iniciativa privada parte de suas funções. Desta forma, o Estado ampliava os serviços públicos sem aplicar recursos financeiros oficiais.

Existem bases reais para a “noção de abandono” por parte do Estado, acima apontada. O sentimento de abandono pode estar ligado à idéia de que, em função da comunicabilidade das doenças, era urgente e necessário esforço coletivo para o controle das condições sanitárias. Entretanto, esperava-se que o governo tivesse maior iniciativa e atuasse mais intensamente em áreas de interesse público, no caso, os serviços médicos e de saneamento. A consciência de uma interdependência, via percepção da comunicabilidade das doenças, criava efetivamente a idéia de comunidade, na qual a responsabilidade pela profilaxia e cura das doenças tornava-se uma obrigação moral e política (HOCHMAN, 1998, p. 50). Em algumas situações, mesmo as companhias colonizadoras e seus administradores esperavam ações mais consistentes e constantes por parte, tanto do governo do Estado, como do governo central, principalmente quando do controle das doenças epidêmicas.

A onipresença das endemias rurais na região norte do Paraná era uma preocupação registrada em relatórios e discursos de sanitaristas desde 1917. As condições insalubres do local propiciavam a malária, a qual grassava em função do desmatamento veloz e na repetida *ausência do poder público* (HOCHMAN, 1998, p. 69).

O governo, através de políticas que apoiavam as ações da CTNP, buscava amenizar algumas tensões e solicitações por parte da população, no que diz respeito ao aparelhamento urbano e aos serviços de saúde. Entretanto, o que se verifica, tanto nos depoimentos, quanto na documentação consultada para a elaboração deste trabalho, é que os recursos e equipamentos urbanos eram bem menores do que os veiculados pela propaganda da companhia, e que a ocupação econômica e populacional da região teve um grande custo social, principalmente nas classes menos favorecidas.

Em 1936, apenas poucos quarteirões possuíam fornecimento de água potável e luz, bem como apenas as ruas centrais receberam calçamento. “Tomamos um susto. Londrina era pior do que esperávamos”<sup>2</sup>(Apud: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE LONDRINA, 2000a, p. 4). Conflitando com as imagens propagadas pelas campanhas da CTNP, relatos sobre o Norte do Paraná davam conta de uma floresta densa, de condições de vida e conforto precárias, bem como da existência de malária endêmica.

### 2.3 Primeiros hospitais, profissionais de saúde e obstetrites

Em 1932, um pequeno hospital com 14 leitos foi montado na cidade em uma edificação de madeira, material abundante e barato no local, e um médico foi contratado para ser responsável pelo estabelecimento. A enfermagem em 1935 passou a ser feita pelas Irmãs da Ordem de Maria de Schoenstat. Elas faziam, então, os partos hospitalares. Este era o único hospital em um raio de 200 Km. O caráter dessa instituição era “fechado”, ou seja, apenas médicos contratados pela CTNP podiam internar seus pacientes lá (TOMAZI, Z. 1985, p. 34).

Mesmo diante de tantos apelos de prosperidade e de pressões no mercado de trabalho e serviços médicos das grandes cidades, no já fundado município de Londrina, desmembrado do município de Jatahy em 1934, existiam 3000 habitantes no núcleo urbano. A população rural beirava 4500 pessoas e atuavam ali apenas quatro médicos para o atendimento da população. A escassez de profissionais médicos era grande, mas não era muito diferente de outras regiões do interior do Brasil (TOMAZI, Z. 1985, p. 35).

O jornalista George Coutinho\* narrou que um forte surto de febre amarela ocorreu na zona rural entre a passagem dos anos de 1935 e 1936. Nessa ocasião, a população contou com os médicos da Missão Rockefeller. Coutinho participou dos trabalhos como secretário dos médicos da missão, auxiliando inclusive em serviços que iam além da escrituração, tais como a fabricação das vacinas. Muitos surtos como este ocorreram e mobilizaram profissionais de saúde

---

<sup>2</sup> Depoimento do Dr. Caio Moura Rangel à Amélia Tozzeti Nogueira.

\* Entrevista concedida à historiadora Conceição Duarte Geraldo e Rosângela Ricieri Haddad, em 15/01/1996.



e a população. Nessas ocasiões, o poder público era chamado a agir, pois a Companhia solicitava o envio de equipes de médicos (em geral financiados pela fundação Rockefeller) quando da irrupção dessas epidemias. Contudo, a própria CTNP, preocupada em manter o controle da situação, ocupava-se de abafar as notícias que diziam respeito à existência dessas doenças na região. Muitas vezes a companhia proibiu os médicos de registrarem determinadas moléstias em atestados de óbito como causa da morte e de fazerem a notificação obrigatória de algumas delas (ANDRADE, 1998, p.52).

Em 1937, para atender à demanda dos médicos sem vínculo com a Companhia, um segundo hospital foi inaugurado. Entretanto ele não suplantava o hospital da Companhia. Este segundo estabelecimento ficou conhecido como “Hospitalzinho”.

Em 1938, o médico Gabriel Martins, então delegado de Fiscalização da Medicina e Farmácia, nomeado em 1936, motivado por um surto de tifo que atingiu a comunidade de Rolândia, montou um hospital com 15 leitos para atender ao grande número de doentes indigentes vítimas de doenças contagiosas e epidêmicas que não podiam pagar (ALVES, 2002, p. 391).

Em Londrina, o Posto do Tracoma, mantido pelo governo federal foi inaugurado em 1940. No mesmo ano o Centro de Saúde foi inaugurado sob a responsabilidade do governo estadual (TOMAZI, Z. 1985, p. 38).

Durante as décadas de 30 e 40, a dinâmica econômica e o grande crescimento populacional trouxeram a Londrina um número cada vez maior de profissionais médicos e de parteiras. Entretanto, estas não eram as tradicionais, também conhecidas por “leigas”. Desta vez, chegaram as obstetrizas. Estas eram as profissionais que realizavam partos e tinham concluído cursos nas faculdades de medicina que as habilitavam para a prática. Londrina também recebeu profissionais formadas em outros países.

As parteiras de origem oriental se destacaram. Em 1934, chegou à cidade Maria Shimyo Tan, enfermeira formada pela Faculdade de Kyoto. Consta que Shimyo Tan era uma das únicas parteiras formadas existentes na época. Ao que parece, esta mulher realizou, aproximadamente, 10.000 partos. Maria Tan morreu em janeiro de 1985, aos 81 anos. Atuou até 1977, quando fazia alguns partos para gente conhecida (OGUIDO, s/d, p.113).

Alguns relatos demonstraram a raridade de parteiras no lugar. Esta situação pode estar relacionada com o fato de que pouquíssimas profissionais obstetras foram formadas pelas faculdades de medicina no Brasil (MOTT, 1998; p. 69) e a homogeneização do grupo pelo emprego do termo “parteira”, independente do tipo de conhecimento que cada uma empregava para atuar. Entretanto, as parteiras que de fato realizavam a maior parte dos partos, eram as conhecidas como “aparadeiras” e “curiosas”. De acordo com uma pequena biografia de Maria Tan:

Na década de 40 era construída a Santa Casa, mas um médico obstetra era privilégio das famílias mais ricas. Gente pobre só ia para o leito de um hospital se o parto complicasse. Do contrário, tudo era feito por uma “aparadeiras”, ou parteira. E elas eram pouquíssimas. Naqueles primeiros anos, Shymio era a única. Por isso ia deixando aos poucos de ser Shimyo para ser dona Maria Tam, para ser depois dona Maria Parteira, que meio mundo desse rincão conhecia e respeitava como única parteira que era só chamar e ficar tranqüilo, como se fosse receber um médico em casa. (OGUIDO, s/d, p. 114).

Outra hipótese quanto à raridade de parteiras naquele período pode estar relacionada ao fato de ser bem provável que os partos fossem feitos, na maioria das vezes, pela rede feminina de solidariedade, ou seja, parentas, amigas e vizinhas que, diante da urgência e a necessidade de ajuda à parturiente, tendo estas mulheres passado pela experiência do parto, auxiliavam na hora do apuro. As parteiras entrevistadas para a elaboração deste trabalho demonstraram em seus relatos que, ao iniciar suas atividades, a parturição acontecia pela necessidade da hora e que muitas não se viam como parteiras no início, de acordo com o que será apresentado no terceiro capítulo.

A parteira era uma pessoa preocupada com o bem-estar de sua comunidade. Ela era muitas vezes, em situações como as de Londrina em seus primeiros anos de existência, o único auxílio próximo. Os depoimentos daqueles que viveram a época, tanto médicos como parteiras e profissionais de Saúde Pública, dão conta de que o atendimento de partos era feito, via de regra, pelas parteiras, tanto nas residências como nos hospitais. O médico era chamado em último caso, apenas quando era necessário o parto cirúrgico. Como as condições de trabalho e sobrevivência na região eram muito duras, os poucos médicos

atuavam em todas as especialidades e eram solicitados principalmente para os casos de urgência (BER, 1997, p. 54).

Em 1949, a recém-casada Aya Toda chega à cidade. A obstetrix formada pela Escola Paulista de Medicina em 1948 veio para cidade junto com o esposo, Xavier Toda. Ele era obstetra formado pela Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro. Os dois formaram uma grande clientela entre os imigrantes japoneses.<sup>3</sup>

Novos hospitais também surgiram, entretanto, nenhum contou com verbas do poder público diretamente. Os dois maiores estabelecimentos instalados na cidade partiram de ações beneméritas. Foram eles a Santa Casa e o Hospital Evangélico.

Até a inauguração da Santa Casa de Londrina, em 1944, os serviços médicos, assim como ações no sentido de saneamento, fornecimento de água potável e limpeza, estavam sob a responsabilidade da CTNP e, de acordo com a escritura de compra e venda, parte ficava sob a responsabilidade dos adquirentes dos lotes (ADUM, 1991, p.111). Quando a Santa Casa começou a funcionar, os equipamentos, os doentes internados e o corpo médico dos hospitais que já existiam na cidade foram transferidos para a nova instituição, encerrando as atividades daqueles estabelecimentos iniciais (ALVES, 2002, p. 409).

Em 1948, a Sociedade Evangélica Beneficente de Londrina obteve recursos da Alemanha após a guerra para construir um hospital. Assim, surge um novo estabelecimento na cidade, o Hospital Evangélico (ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE LONDRINA, 2000 a, p, 5).

Apesar da inauguração desses novos hospitais, a população de menor poder aquisitivo e mesmo aqueles que começavam a engrossar uma nascente classe média urbana, famílias de pequenos comerciantes, trabalhadores autônomos entre outros, continuavam a buscar o serviço de uma parteira. Era costume e, além disso, era mais barato. Em função do dinamismo da cultura do café, o custo de vida disparava. Os serviços médicos eram inviáveis a muitos, não só às camadas consideradas até então como “indigentes”, mesmo porque a população crescia em uma velocidade que o atendimento médico não conseguia

---

<sup>3</sup>Dona Aya Toda ainda vive em Londrina, mas não quis conceder entrevista para a pesquisa.

acompanhar, seja em número de profissionais, seja pelo número de estabelecimentos médicos.

#### 2.4 Medicina liberal e previdenciária

De acordo com Zelma Tomazi (1985, p. 54), a prática médica no recém-fundado povoado era preponderantemente de natureza liberal, sendo complementada pelo atendimento filantrópico, isto é, ela se dava no consultório, mas principalmente no domicílio do paciente. Não havia interesse por parte dos familiares em deslocarem os doentes de suas residências, na grande maioria situada na zona rural, para o atendimento no núcleo urbano. Tendo em vista o caráter “fechado” do hospital, apenas médicos contratados pela CTNP para trabalhar no hospital poderiam internar seus pacientes no estabelecimento.

A autora afirma em seu trabalho que o consumo dos serviços médicos locais era realizado pelas camadas médias da população, tendo em vista que as elites procuravam os grandes centros urbanos. Isto pode ser verificado nos depoimentos dos médicos que atuavam na cidade, naquela época, colhidos por Amélia Tozzeti Nogueira. Os doutores, sempre antecipadamente, enviavam as respectivas esposas para suas cidades de origem com a finalidade de que elas dessem à luz em hospitais bem equipados, com todos os aparatos técnicos da época<sup>4</sup>.

Sendo assim, nem todos os que viviam no local podiam arcar com os custos dos serviços médicos particulares. Para o atendimento dos mais pobres, os profissionais médicos que atuavam no período realizavam atendimento gratuito para parte da população considerada por eles como “indigente”, ou seja, os que não podiam pagar.

Zelma Tomazi (1985, p. 52) explica que a população citada acima era composta de trabalhadores arrendatários, colonos, parceiros e também de pequenos proprietários os quais, atraídos pelo sonho de uma vida melhor, migraram com recursos suficientes apenas para adquirir pequenos lotes de terra e sua força de trabalho.

---

<sup>4</sup> De acordo com os depoimentos feitos ao Centro de Documentação e Memória da Associação Médica de Londrina.

A dinâmica das atividades econômicas acabou por definir o mercado de serviços médicos na região. O valor de uma consulta médica estava longe de ser módico (TOMAZI, Z. 1985, p. 61). Além do mais, os médicos que rumaram para Londrina entre as décadas de 40 e 50, diante das propagandas a respeito do lugar, buscavam poder exercer a medicina liberal, ou seja, poder exercitar a autonomia técnica e econômica da atividade profissional. Tendo como objetivo a prática liberal, estes profissionais saíram dos grandes centros onde recebiam o treinamento médico e rumaram para lugares nos quais pudessem fazer fama e clientela, como evidencia o trecho a seguir:

“Quando cheguei em Londrina, em 1954, a coisa mais importante era o café...Uma saca de café custava 200 mil réis e a consulta do médico também custava 200 mil réis. (Entrevistado I, Apud:TOMAZI, Z. 1985, p.54).

“Havia Muita dificuldade, no Rio de Janeiro, onde eu me formei, na Faculdade Nacional de Medicina. Depois da conclusão do curso havia muita dificuldade para qualquer emprego. Não havia emprego nenhum. Só quem fosse muito ‘empistolado’... Então um amigo me disse:

- Você já ouviu falar de Londrina?

Eu disse:

-Já, é uma cidade nova no Norte do Paraná.

Então eu vim (1956). Vim, mas não sob a forma de contrato. Não vim para ser empregado de ninguém. Vim disputar o mercado de livre escolha.” (Entrevistado IV, Apud: TOMAZI, Z. 1985 p. 59).

De acordo com os depoimentos dados pelos médicos a Zelma Tomazi (1985, p. 52), esses profissionais definiam o paciente indigente como aquele que não contava com a colaboração dos órgãos previdenciários, e como a atividade econômica predominante era agrícola, o grupo era composto principalmente de trabalhadores rurais e pequenos proprietários, mas também faziam parte do conjunto os indigentes urbanos. Neste grupo figuravam mendigos, vadios, pessoas que perambulavam na cidade excluídas do processo produtivo formal, as quais sobreviviam de pequenos serviços, entre elas as prostitutas (existentes em grande número em Londrina, pois sua zona de prostituição alcançou fama nacional). Esta população também foi atraída pela fama de riqueza e prosperidade da região, e acabou por constituir-se como clientes potenciais das parteiras.

Levando-se em conta aspectos específicos de Londrina, onde a predominância da agricultura como base econômica impunha uma

interdependência entre campo e cidade, as atividades econômicas tipicamente urbanas ainda eram, nos anos iniciais do município, incipientes e diretamente dependentes da dinâmica rural. As categorias trabalhadoras urbanas ainda não eram suficientemente organizadas e os institutos de previdência<sup>5</sup> só começaram a se estabelecer no lugar muito mais tarde, a partir da segunda metade da década de 1940 (TOMAZI, Z. 1985, p. 81).

Em Londrina, a organização da classe médica em favor da prática liberal gerou um movimento sem precedentes no restante do país - a “Livre escolha do médico pelo paciente”. Mesmo que a classe médica, nesse período, tenha se manifestado em favor da prática privada da medicina, em outras localidades do território nacional, o movimento de Londrina foi particular por sua duração e pela mobilização de boa parte dos profissionais médicos da cidade, bem como pela resistência organizada da população.

Zelma Tomazi (1985) explica que:

Para compreensão deste movimento devem ser levados em conta os valores tradicionais da profissão médica: a defesa do trabalho autônomo e o princípio da liberdade e da exclusividade do relacionamento do médico pelo paciente que tem por base a ideologia liberal. Assim, a Livre Escolha do médico pelo paciente aparece como um dos fundamentos éticos da profissão médica. Além do aspecto ético, a livre escolha é tomada como uma exigência para o êxito do progresso do diagnóstico e da terapêutica. Baseando-se em princípios ao mesmo tempo éticos e técnicos, tais como, a liberdade de relacionamento com o paciente, a exclusão de um terceiro elemento dessa relação, o segredo profissional e a responsabilidade individual, o movimento da livre escolha reafirma a concepção da medicina liberal (sonho dos médicos que se dirigiram para cá desde as décadas de 30 e 40) e do trabalho livre na tentativa de se contrapor às pressões da classe trabalhadoras (por assistência médica previdenciária) e as exigências do próprio desenvolvimento do capitalismo na região (tornar o estado responsável pela assistência médica à classe trabalhadora). Utilizando-se

---

<sup>5</sup> Apesar de em 1923 a Lei Eloi Chaves ter iniciado no Brasil o sistema previdenciário, criando a possibilidade de organização das Caixas de Aposentadoria e Pensões e Institutos de Previdência, e de o modelo ter sido adotado pelo governo Vargas para várias categorias profissionais, os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões), mesmo sob a tutela do Estado, ofereceram assistência médica, em sua grande maioria, às categorias dos trabalhadores urbanos sem gastar verba federal. Apesar disto, as Caixas de Previdência apresentavam serviços irregulares, oferecendo pouca cobertura a doentes mais graves. No quadro nacional, o processo acelerado de urbanização das maiores cidades brasileiras e a organização das classes trabalhadoras em sindicatos acabou por gerar o aumento do número de beneficiários dos institutos de previdência. O setor apresentava inchaço. Pressões do governo federal sobre os institutos se fizeram sentir através de leis que garantiam o atendimento de saúde dos segurados. Sem saída, os IAPs assumiram o atendimento médico-hospitalar dos trabalhadores à custa do rebaixamento da qualidade dos serviços (BERTOLLI, 2002, p. 33).

da bandeira da livre escolha os médicos de Londrina se organizaram e resistiram durante o período de 1960 a 1968 à implantação dos ambulatórios dos Institutos de Aposentadoria e pensão (IAPs) no município (TOMAZI, Z. 1985, p. 6).

Entretanto, os trabalhadores urbanos assalariados de Londrina reivindicaram a interiorização da assistência médica previdenciária. Enquanto foi possível, os trabalhadores atuaram em prol de seus direitos e fizeram frente à resistência dos médicos através de sindicatos, partidos, imprensa etc, ganhando certa força de pressão e tendo o apoio da comunidade. Contudo, em 1964, o golpe de 31 de março pôs um fim aos movimentos de contestação, delimitando duas fases do movimento. A primeira, de 1960 a 1964, diferia qualitativamente em função dos trabalhadores aparecerem até 1964 como agentes fundamentais de contestação ao movimento da “livre escolha” (TOMAZI, Z. 1985, p. 8).

De acordo com Zelma Tomazi (1985), o “Movimento de livre escolha” se debatia contra a incorporação, pela previdência social, de uma clientela que, segundo o trabalho da autora, tinha condições de se constituir como mercado privado de consumidores dos serviços médicos, pois,

Não é novidade que pelos recursos da região, os bancários, comerciários, empregados do transporte e cargas, etc, têm níveis salariais e possibilidades de progresso econômico muito superiores aos daqueles que exercem funções idênticas e mesmo aos da maioria dos profissionais liberais desta capital (Curitiba). (FOLHA DE LONDRINA, 1960. apud: TOMAZI, Z. 1985)

Este estudo também dá conta da condição preocupante do atendimento à saúde no município. Diante das ações do movimento pela livre escolha levado a cabo pela classe médica, representada pela Associação Médica de Londrina (AML), os trabalhadores organizados em seus sindicatos, somados a manifestações da comunidade local, representada pela Câmara dos Vereadores e contando com o apoio da imprensa da cidade, mobilizaram a população em torno da questão, não só no que diz respeito a fazer frente ao movimento da classe médica contra a constituição da medicina previdenciária no município, como também quanto à questão da assistência médica na cidade, que estava em processo evidente de crise no momento.

Assim, a Câmara propõe durante o ano de 1961 a criação de um Pronto Socorro Municipal; aprova a criação de uma autarquia municipal de Assistência à Maternidade; empenha-se na luta pela instalação do ambulatório do Instituto de Aposentadoria e Pensões do Comércio (IAPC); aprova o ofício ao presidente da República para a instalação de uma agência do Instituto de Aposentadoria e Pensões da Estrada de Ferro São Paulo-Paraná (IAPEFSP) e aprova a criação de um pronto socorro rural em Londrina (TOMAZI, Z. 1985, p. 122).

Mesmo após a unificação dos institutos de aposentadoria e pensão do País originando o INPS em 1966, Londrina não contou senão com dois ambulatórios do instituto, sendo que os leitos destinados aos contribuintes na rede hospitalar não eram suficientes para o atendimento da população beneficiária, mesmo porque o total dos leitos sequer era suficiente para as necessidades de toda a população, fosse ela consumidora de serviços privados de medicina, contribuinte do sistema previdenciário ou a população considerada indigente.

## 2.5 Novas ondas migratórias, inchaço urbano e ampliação da rede hospitalar

Conforme Adum (1991, p. 19), em fins da década de quarenta e início dos anos cinqüenta, a cidade passa por uma grande transformação urbana. A população mais que dobrou desde 1940. De 1950 até 1960 o movimento foi acelerado. Em 1960, a população atinge a marca de 134.821 de habitantes, sendo número muito superior ao de 30 anos atrás. É também nesta década, que se inicia uma inversão da proporção entre o distrito rural e o urbano, sendo que a população urbana começa a superar a rural, movimento que a começa ocorrer em todo o país. Neste período a cidade passa a ser mais atrativa do que o campo para a grande massa de imigrantes que chegavam ao local. A explosão populacional pode ser verificada no quadro a seguir.



Quadro 1: LONDRINA - DADOS DE POPULAÇÃO

ANO	URBANO	RURAL	TOTAL
1934	3.000	4.500	7.500
1935	4.000	11.000	15.000
1936	7.620	12.907	20.527
1938	10.200	18.800	32.000
1939	*	*	60.775
1940	10.531	64.765	75.296
1941	13.000	82.080	95.000
1942	15.000	85.000	100.000
1943	18.000	92.000	110.000
1944	21.000	31.000	52.000
1945	22.500	33.000	55.500
1946	25.000	36.000	61.000
1947	29.000	38.000	67.000
1948	33.000	25.000	58.000
1949	35.000	27.000	62.000
1950	39.000	33.144	72.044
1951	42.000	35.000	77.000
1952	45.000	38.000	83.000
1953	48.000	42.000	90.000
1957	66.500	52.180	118.690
1960	72.857	61.964	134.821
1970	156.566	72.266	228.832
1978	255.931	82.333	338.264

Fonte: ADUM, 1991, p. 20. (\*dados incompletos)

O crescimento da população fora vertiginoso, mesmo considerando-se os desmembramentos que o município sofreu em sua área, no decorrer da década de quarenta (ADUM, 1991, p 20).

Quadro 2  
Área do município de 1943 a 1978 em diante

Área do Município até 1943	23.169 Km <sup>2</sup>
Área do Município em 1944	2.479 Km <sup>2</sup>
Área do Município em 1948	2.358 Km <sup>2</sup>
Área atual: (1978)	2.119 Km <sup>2</sup>

Fonte: ARIAS NETO, 1992, p. 22.

O núcleo urbano inicialmente projetado pela CTNP se expandira, explodindo o projeto urbanístico previamente planejado. A concepção de cidade-jardim se perdera. A cidade crescia à revelia do planejamento estatal. A ocupação dos espaços indiscriminada e desordenada, realizada por levas de imigrantes de todo tipo e origem, mudava as configurações locais, acarretando uma nova ordem. É nesse momento que se apresenta um outro paradigma ordenador, o da cidade moderna, baseado no *Estatuto da Cidade Moderna*.

Segundo Arias Neto (1992, p. 104-110), na década de 50, o esforço do poder municipal no controle da criação do espaço urbano, face do crescimento extremamente intenso da cidade, se concretizou em um conjunto legislativo chamado *Estatuto da Cidade Moderna*, expressão clara do desejo de modernização do espaço e das relações que ali se estabeleciam.

Ao regular a vivência humana na cidade, esta legislação demarcou limites da mesma e procurou expurgar 'as marcas do rural'. Orientado pelo saber técnico, o Código Municipal de 1953 (lei 133/51) estabeleceu as posturas (poder policial sanitário e de ordem pública), a regulamentação do urbanismo e a reforma da estrutura administrativa municipal. As posturas tratavam de disciplinar o espaço social - já ordenado pelo zoneamento - quer do ponto de vista da higiene, quer sob o aspecto da moral. Percebe-se claramente o interesse do poder público local

em promover uma urbanização modernizadora, que englobasse mesmo municípios vizinhos. Isso permite imaginar que seu objetivo último era transformar a cidade em modelo de modernidade para todas as demais cidades próximas, em termos de novos padrões de higiene, estética e urbanismo.

Os grupos dominantes apoiavam e tinham interesses no novo plano de ordenação urbana e social. Em geral, o Estatuto veio valorizar mais ainda os investimentos destes grupos na cidade. Disseminavam entre a população um entusiasmo ufanista, que contagiava. Através dos meios de comunicação bradavam *slogans* tais como: “Londrina, o município de maior progresso do País”, “a cidade que não pode parar”. Estas imagens justificaram ações “ordenadoras” e “progressistas” internas ao processo de transformação das áreas urbanas.

O progresso e a modernidade eram apresentados através do vertiginoso processo de transformação das áreas urbanas, na construção de “arranha-céus”, obras da arquitetura modernista. Este movimento fora registrado em censos, em números crescentes, de ano a ano, do movimento de passageiros da rodoviária, no aeroporto, da produção de café, entre outros (ADUM, 1991; ARIAS NETO, 1993). Contudo, as benesses do progresso não atingiram a todos igualmente. O progresso e a modernização de Londrina se deram sem modificar a lógica da exclusão social vigente em todo o país.

Mesmo que a cidade ainda não se apresentasse muito segregadora, a vinda de novos migrantes acarretava, de forma mais marcante, a aproximação espacial da miséria e da riqueza. A idéia de organizar e limpar a cidade estava viva no discurso dos meios de comunicação. Adum (1991, p. 164) lembra que, cotidianamente, as campanhas levadas a cabo pelos jornais conclamavam os poderes públicos a realizarem “uma assepsia urbana para não contrariar os ‘foros’ de cidade civilizada”.

Pouco a pouco, a expulsão da população mais pobre de áreas centrais valorizadas pela nova lei, acabou por relegá-la à periferia da cidade moderna. A proposta de modernidade, pelo que parece, ficou apenas nas concepções estéticas dos projetos arquitetônicos e urbanísticos. A pobreza ficou à margem do processo produtivo formal, da cidadania e principalmente no que interessa ao presente trabalho, à margem de melhores condições de acesso a sistemas públicos de serviços médicos. Entretanto, a cidade moderna e rica atraía mais

profissionais de saúde e investimentos, tanto públicos, como da iniciativa privada para área médica, vindo a transformar Londrina em um pólo de serviços médicos

QUADRO 3: EVOLUÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICO-SANITÁRIOS

INICIO ATIVIDADE	DENOMINAÇÃO	N ° de Leitos
—	Centro de Odontologia	—
1940	Centro de Saúde de Londrina	—
1944	Irmadade da Santa Casa de Londrina	200
1951	Clinica Santa Luzia	8
1952	Casa de Saúde São Leopoldo S/A	63
1955	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública	—
1960	Sanatório Shangri-lá S/A	185
1964	Instituto de Medicina e Cirurgia Londrina Ltda	38
1965	Hospital Prof. Antônio Prudente	105
1965	INAMPS - Posto de Assist. Médica n° 01	—
1967	Hospital Infantil de Londrina Ltda	80
1967	Clínica de Otorrinolaringologia	—
1968	Clínica Pio XII	27
1968	SÓS • Serviço de Obras Sociais de Londrina	—
1969	Sanatório Noel Nuteis	180
1969	INAMPS	—
1970	Hospital Rural Pe. Francisco Batista-Tamarana	13
1970	Clínica Piloto	—
1970	Unidade de Saúde da Vila Fraternidade	—
1971	Hospital Evangélico de Londrina (sede nova)	247
1971	Hospital Univ. Regional do Norte do Paraná	151
1972	Hosp. e Pronto Socorro Santa Cruz	27
1972	Hospital Ortopédico de Londrina	12
1972	CRUTAC-LD - Centro Rural Univ, Trein.Ação Comun. (Paiquerê)	—
1972	Clínica Feminina	—
1973	Clínica de Imunizações de Londrina S/C Ltda	—
1973	ICELON - Instituto de Clínicas Lond. S/C Ltda	—
1973	Unidade de Saúde do Jardim do Sol	—
1974	Instituto da Mulher	15
1974	Clínica Médica de Pronto Atendimento S/C	—
1974	Clínica Santa Izabel	—
1974	Unidade de Saúde Aristides Oliveira - Irerê	—
1975	Clínica Colina Verde	123
1975	Pronto Socorro Infantil Sta. Paula S/C Ltda	5
1975	Hospital e Maternidade S. Roque-Tamarana	9
1975	Clínica de Otorrinolaring. e Endoscopia Perorai	—
1975	Clínica Psicológica Sociedade Civil Ltda	—
1975	Dr. Yoshikiti Kanashiro	—
1975	Femina Ginecologia e Obstetrícia Ltda	—
1975	IHEL • Instituto de Hematologia de Londrina	—
1975	Instituto de Gastroenterologia	—
1975	Romão Sessak	—
1976	CLAME - Clin. de Assist. Med. Esp. S/C Ltda	13
1976	Clínica Prontatend	8
1976	Clínica de Recuperação do Cabelo Leone Ltda	—
1976	Clínica de Senhoras	—
1976	Instituto de Ginecologia e Obstetrícia S/C	—
1976	Unidade Sanitária da Vila Casoni	—
1976	Unidade Sanitária de São Luiz	—
1976	Unidade Sanitária do Jardim Bandeirantes	—
1976	Unidade Sanitária do Parque Ouro Branco	—

Fonte: IBGE - Agência de Londrina .Apud: ASSARI, A. ; TUMA, M. , 1979.

De acordo com Assari e Tuma (1979, p. 95), dos 52 estabelecimentos existentes em 1976, 13 (25%) eram vinculados ao poder público municipal, estadual e federal. A Unidade de Saúde Aristide de Oliveira, voltada para a profilaxia de endemias, situada no distrito de Irerê, era de competência do município. Sob responsabilidade direta do Estado estava o Centro de Saúde, de 1940, que atendia os indigentes locais e de cidades circunvizinhas principalmente, através do Departamento de Unidades Sanitárias distribuídas nos bairros do Jardim do Sol, Vila Casoni, Jardim Bandeirantes, Parque Ouro Branco e Distrito rural de São Luiz. Além do serviço de atendimento aos indigentes e não indigentes, o sistema realizava serviços de higiene educacional com visitas domiciliares e aos estabelecimentos comerciais, tendo realizado naquele ano 27.389 consultas, com uma média de 90 consultas diárias.

A Fundação Universidade Estadual de Londrina, também vinculada ao Estado, possuía, na época, os seguintes estabelecimentos: Hospital Universitário regional do Norte do Paraná; o Sanatório Noel Nutels; Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária em Paiquerê (CRUTAC-LD) e as Unidades de Saúde da Vila Fraternidade e Jardim do Sol.

Os órgãos sob a responsabilidade do governo federal existentes no período eram dois postos de assistência médica do INAMPS, que em 1976 atenderam 72.127 pacientes. Além dos postos, existia um posto da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) funcionando em Londrina desde 1955.

Quanto às demais instituições constantes no quadro, não foi possível confirmar a natureza das atividades por falta de arquivos organizados na cidade voltados para este tipo de informação. Os estabelecimentos se dividem entre instituições filantrópicas e privadas. Foi possível apurar-se os totais estaduais, os quais confirmam a predominância de estabelecimentos privados com finalidade lucrativa.

Dados importantes levantados por uma pesquisa realizada pelo governo do Estado, entre os anos de 1973 e 1974, apontam que, dos 540 estabelecimentos hospitalares existentes no Estado do Paraná no período do estudo, 483 hospitais (89, 4%) eram de propriedade privada. Existiam também dois federais (0,4%), 17 estaduais (3,2%) e 38 municipais (7,0%). Quanto à finalidade, 408 tinham

finalidade lucrativa, 58 não lucrativa e 74 filantrópica, na proporção, respectivamente, de 75,5%; 10,7% e 13,7%, constando-se que predominavam os hospitais com finalidade lucrativa (ESTADO DO PARANÁ, 1975, p. 05). O estudo aponta para mais um aspecto relevante. Na demanda hospitalar, a maior parte era de pacientes beneficiários da previdência social, correspondente a 53,5%, sendo significativa a proporção de 24, 3% de não pagantes (ESTADO DO PARANÁ, 1975, p. 18)

Porém, no que diz respeito à rede conveniada em Londrina, financiada pelo INPS, Almeida (1979, p. 54) afirma que em 1975, baseado em dados do próprio Instituto, que este utilizava 44% dos consultórios instalados no município, 54% dos leitos hospitalares disponíveis e 46% dos médicos existentes. Por outro lado, estes serviços recebiam pacientes de toda região norte do Paraná, tendo em vista o município dispor, na época, do total de recursos disponíveis pela agência da Previdência Social local, que atendia a 19 municípios.

Voltando ao quadro acima apresentado, as instituições: “Clínica Feminina”, de 1972, o “Instituto da Mulher” de 1974, a “Femina Ginecologia e Obstetrícia” de 1975 e o “Instituto de Ginecologia e Obstetrícia S/C” de 1976 são serviços médicos voltados para a saúde da mulher de iniciativa privada, que mantêm atividades até os dias atuais. O Instituto da Mulher é o único no setor urbano a disponibilizar leitos voltados especificamente para ginecologia e obstetrícia, no total de quinze leitos, quantidade irrisória diante da população, mesmo sabendo-se que estes leitos são destinados às classes sociais mais elevadas. A proliferação de estabelecimentos especializados no atendimento feminino, concentrados na década de setenta, pode estar relacionada aos seguintes fatores: por um lado, a consolidação de uma classe média urbana, que se distinguia das outras classes também pelos serviços médicos que consumia; e por outro, a organização do ramo da obstetrícia como especialidade médica na cidade, após a abertura do curso de medicina, em 1967.

Ao observarmos o quadro, é possível perceber que a segunda metade dos anos setenta apresenta um aumento considerável de estabelecimentos médicos. Boa parte deles são consultórios e clínicas, inclusive de medicina estética, como por exemplo, a “Clínica de Recuperação de Cabelo Leone”. Entretanto, é neste período que se inicia a proliferação de “unidades sanitárias”, ou seja, postos

médicos. O crescimento destes serviços está ligado ao início do curso de medicina, a fundação do Hospital Universitário e a convênios entre a Universidade e as Secretarias municipais e estaduais de saúde.

Quanto aos leitos, a maior parte deles foi disponibilizada ao longo da década de sessenta até o início dos anos setenta. Existe apenas uma maternidade inaugurada em 1975, localizada no distrito rural de Tamarana. O estabelecimento contava apenas com nove leitos, ou seja, não houve ampliação da capacidade de leitos obstétricos no município suficiente para a demanda populacional, que crescia muito além do ritmo de instalação dos serviços médicos, principalmente para as camadas mais pobres da população que sofreram acréscimo considerável. Nos anos setenta, estas migraram numerosamente das áreas rurais para os centros urbanos.

O atendimento para esta população era, predominantemente, realizado pela Santa Casa. Zelma Tomazi (1985) explica que o estabelecimento era considerado como uma instituição de caridade - no sentido cristão da responsabilidade pelo cuidado à pobreza – e como possibilidade de expiação dos pecados através da esmola. E que sua inauguração veio ao encontro dos anseios da população preocupada com a necessidade de serviços médicos para os “indigentes”. Para a autora, a intensificação do processo capitalista na região veio a redefinir, no plano ideológico, as noções de caridade e indigência com o advento da institucionalização da medicina previdenciária.

De acordo com Zelma Tomazi (1985), principalmente após a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, ocorreu uma atitude de descompromisso da comunidade em relação à assistência médica ao pobre e uma redefinição da função da Santa Casa. A categoria de “indigente” muda de caráter e de denominação a partir do momento em que o estabelecimento passa a atender, quase que somente, os indivíduos que são contribuintes da Previdência Social.

Estas mudanças são importantes para se pensar na organização da assistência à saúde no município de Londrina e, também, no país. De fato, houve ações por parte do Estado para a ampliação do atendimento à saúde da população. Mesmo que a intenção fosse incluir progressivamente a população no sistema produtivo formal, ou seja, torná-la contribuinte do sistema previdenciário,

isso não ocorreu. Grande parte da sociedade não contava ainda com acesso garantido aos serviços de saúde. Estes grupos cresciam cada vez mais.

De acordo com Alves (2002, p. 145), as manifestações de pobreza na “Terra da promessa” já podiam ser percebidas desde o final da década de 40, tanto na periferia como no centro da cidade. A pobreza, segundo a autora, intensificou-se nas décadas de 50 e 60 em função do êxodo rural. Este movimento do campo para a cidade foi em grande parte influenciado pelas fortes geadas que assolaram a região (a primeira em 1955). O café foi sendo gradativamente substituído por culturas de exportação mais resistentes e de menor necessidade de mão-de-obra, tais como algodão e cana-de-açúcar.

Alves (2002, p. 147) explica que, a partir da década de 1940, os pequenos proprietários, desestimulados com a erradicação dos cafezais, iniciaram o processo de venda das propriedades. Eram muitos os que não conseguiam pagar os lotes adquiridos da CTNP. As alternativas de sobrevivência que restavam eram passar a ser trabalhador volante no campo ou migrar para a periferia da cidade e buscar sua inserção como trabalhador temporário igualmente.

Esta população concentrou-se em bairros periféricos. Eram pessoas simples que vinham para a cidade tentar a vida como trabalhadores da construção civil, nas oficinas, conduzindo carroças, realizando pequenos fretes, marcenaria, carpintaria, alfaiataria, pequeno comércio, muitas vezes informal. As mulheres também tinham que atuar de forma a complementar a renda familiar. As atividades que elas exerciam, de forma geral, não faziam parte de setores produtivos formais que as qualificassem como contribuintes de algum instituto de previdência.

O grande crescimento populacional vivido pelos centros urbanos brasileiros, principalmente após a década de 1950, começou a despertar tanto na sociedade, como nos setores do governo, a percepção de que algo deveria ser feito para amenizar o caos social e urbano dado o inchaço das cidades.

Em termos nacionais, o Brasil ainda era considerado um país com graves problemas no campo da saúde pública. Apesar do momento de euforia desenvolvimentista vivido nas décadas após a Segunda Guerra Mundial e durante os anos 50, o país ainda possuía péssimos indicadores de saúde. Em 1953, no segundo governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde. Entretanto,



por contar com verbas irrisórias, o Estado continuou a atuar de forma pouco eficaz. O ministério não conseguiu criar nem uma política de saúde eficiente, nem patrocinar reformas fundamentais. A burocracia foi um grande entrave à criação de medidas importantes. Ela foi uma barreira de difícil transposição em sua teia de serviços sobrepostos. No interior, o Ministério da Saúde incumbiu-se de combater as endemias, tais como: chagas, malária, tracoma, etc. Tentou também promover educação sanitária da população rural (BERTOLLI, 2002, p. 39).

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU). Este órgão, em conjunto com o Ministério da Saúde, procurou constituir um sistema administrativo dinâmico e prático, tal qual o já adotado pelo SESP.

Apesar dos esforços, o clientelismo interferia na política oficial de saúde. A troca de ambulância, leitos hospitalares, profissionais de saúde e vacinas por votos e apoio nas épocas eleitorais faziam com que os recursos para o atendimento de saúde ficassem irregularmente distribuídos, havendo concentração em umas áreas e outras em completa falta de assistência. (BERTOLLI, 2002, p. 41).

A saúde infantil era uma grande preocupação, pois o atendimento materno-infantil não tinha sido priorizado nos governos passados. O índice de mortalidade nesta faixa populacional era altíssimo e considerado conseqüência do desconhecimento das regras básicas de higiene, sobretudo, da ausência de sistemas de tratamento e distribuição de água e esgoto. Tendo em vista a situação alarmante da saúde infantil, o Ministério da Saúde desenvolve em 1956 um novo programa voltado para a assistência às crianças. A partir destas iniciativas, multiplicaram-se os serviços de higiene infantil e postos de puericultura. Nestes estabelecimentos, eram desenvolvidas atividades de vacinação, acompanhamento e tratamento de crianças doentes e também assistência às mães.

Em Londrina, as ações em prol da saúde infantil concretizaram-se na década de 1950, através da Campanha da Criança. Este movimento angariou fundos para a construção de um estabelecimento público de atenção à saúde e bem-estar da infância.

De acordo com Alves (2002, p. 443), o projeto nº 91/50 destinava uma quantia doada à Campanha da Criança para a construção de uma maternidade e

creche. A proposta para a construção de um posto de puericultura foi apresentada e discutida em 8 de maio de 1950. Entretanto, a Santa Casa solicitava, na ocasião, que o dinheiro fosse destinado àquela instituição para a construção de um pavilhão de atendimento para as crianças, conseguindo a verba para a instituição, apesar de discordância de parte dos vereadores.

Em função da mobilização da comunidade e do poder municipal, durante a gestão do prefeito Hugo Cabral, após doação de um terreno, iniciaram-se as obras para a edificação da “Casa da Criança”, “o primeiro equipamento público destinado especificamente à maternidade e à infância do município” (ALVES, 2002, p. 444). O prédio foi projetado por Vilanova Artigas e Carlos Castaldi, inspirado na obra de Le Corbusier. A edificação contava com um posto de puericultura com duas salas para consulta, um gabinete dentário, um consultório para o acompanhamento pré-natal, duas salas de isolamento e berçário.

O objetivo era atender a criança necessitada de amparo e assistência e combater a mortalidade infantil. As atividades da Casa da Criança iniciaram-se em 14 de agosto de 1955. Naquele ano, em um concurso promovido pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM) e pela revista *O Cruzeiro*, a existência de uma instituição como a Casa da Criança, na cidade, contribuiu para que Londrina fosse classificada como um dos cinco municípios de maior progresso administrativo do País. (ALVES, 2002, p. 446).

Os primeiros serviços prestados foram a pediatria e o serviço social. Este último atuava através de doação de enxovais, auxílios em dinheiro. Em seguida, passaram a funcionar o serviço de pré-natal, odontologia, puericultura e a escola maternal.

Se no início as atividades concentravam-se no atendimento médico da criança e da mãe, com o passar do tempo, as atividades voltaram-se para o serviço de creche e maternal. A oferta de tais serviços despertou uma demanda reprimida por este tipo de assistência e à medida em que eram disponibilizados, a demanda superava a capacidade de atendimento. Face à grande procura, a prefeitura não dispunha de recursos suficientes para fazer frente às despesas. Diante da situação financeira deficitária em que se encontrava a Casa da Criança, surgiu a idéia de se construir um Hospital Infantil na cidade.

Em uma reunião realizada em 8 de março de 1956, com a presença do prefeito, do representante municipal da Legião Brasileira de Assistência (LBA), do presidente da Câmara dos Vereadores, entre outras autoridades e membros da sociedade e o representante do corpo clínico da Casa da Criança, foi tomada a decisão de transferir imediatamente o ambulatório para as dependências da Santa Casa.

Mesmo assim, no período de 1956 a 1958, a Casa da Criança atendeu em média 200 crianças matriculadas na creche e escola maternal, prestando a elas assistência médica, farmacêutica e nutricional. Além disso, o serviço pré-natal incluía exames e remédios gratuitos. O estabelecimento também vacinava, fornecia alimentação, enxovais, entre outros benefícios à população materno-infantil de baixa renda do município. Todos estes serviços tinham custo muito alto, o que levou em poucos anos a Casa da Criança a apresentar dificuldades financeiras, apesar de a instituição receber verbas do governo municipal e estadual. Estas dificuldades fizeram com que os critérios de atendimento fossem redefinidos, pois cada vez era mais difícil a manutenção dos serviços diante da crescente demanda (ALVES, 2002, p. 443-454).

Em 1966, obedecendo às novas políticas implementadas pela administração municipal, os serviços de assistência médico-social à infância realizados pela Casa da Criança foram progressivamente descentralizados em creches nos bairros periféricos da cidade, ocorrendo o término das atividades da instituição e seu respectivo fechamento, em 1969 (ALVES, 2002, p. 462).

É válido pensar que o crescimento da cidade e da população não contribuinte da medicina previdenciária alimentava uma demanda crescente por serviços públicos de saúde. O empobrecimento progressivo da população, ocorrendo através da expropriação da terra dos pequenos produtores, com a conseqüente migração desta população para o distrito urbano, também contribuía para inflar a demanda por esses serviços. Entretanto, nenhum estabelecimento ou verba pública fora destinada especificamente para o atendimento ao parto, continuando este a ocorrer em hospitais gerais ou nas residências.

De acordo com Arias Neto (1993, p. 98) o discurso de modernidade urbana incorporado à representação do Eldorado coloca-se como uma questão de ordem política, pois se buscou ordenar e racionalizar a cidade que crescia

aceleradamente e, ao mesmo tempo, legitimar as desigualdades sociais que se aprofundaram ao longo dos anos 50. A corrida ao “ouro verde” que se estabeleceu neste período arrastou grandes levas migratórias no afã do enriquecimento rápido, seja pelo trabalho, seja pela aventura.

Sendo assim, mesmo que os poderes públicos e alguns setores da sociedade estivessem atentos à problemática da saúde no município e, além disso, que o café e a dinâmica econômica estivessem no auge nas décadas de 50 e 60, o progresso anunciado não era para todos. O número de estabelecimentos hospitalares crescia, o número de profissionais de saúde também aumentava, os recursos técnicos estavam cada vez mais viáveis. Entretanto, a dinâmica progressista vigente naquele momento excluía parte da população das benesses do progresso.

As décadas de 1960 e 1970 foram de grande crescimento populacional e de intensa urbanização no Brasil inteiro. De acordo com Arias Neto (1992), esse período da história de Londrina é marcado pela representação do “Fim do Eldorado”, quando ocorre a erradicação maciça dos cafezais e a substituição por outras culturas de exportação.

## 2.6 “O fim do Eldorado”

Quem chega a Londrina de avião ou pela Br 369, não logra de imediato uma visão do conjunto do centro urbano, suas dimensões, muito menos a variedade de funções que Londrina hoje desempenha no chamado Norte Novo do Paraná; e da diversidade de zonas e cenários urbanos que apresenta ao visitante (RIOS, 1980).

O trecho acima é parte do trabalho do sociólogo José Arthur Rios realizado a pedido da administração municipal de Londrina como subsídio aos projetos de desenvolvimento para a cidade. A questão do dimensionamento e ocupação do espaço urbano é uma das preocupações centrais do trabalho, bem como diante do estudo sociológico apresentado pelo autor, projetar as ações para o futuro em termos de políticas públicas para o município. Durante todo o texto, Rios busca

deixar claro a complexidade da sociedade que vive na cidade considerada pólo da região do Norte Novo do Paraná<sup>6</sup>.

Este estudo valioso do renomado sociólogo vem ao encontro dos objetivos deste capítulo, o qual tenta demonstrar a complexidade e as várias tensões existentes nos contextos que levaram a possibilidade da permanência de parteiras tradicionais até há pouco mais de vinte anos na *moderna cidade* de Londrina.

Rios (1980, p. 14) explica que um traço emergente da urbanização de Londrina no período do “fim do Eldorado”, que ele hesita em chamar de modernizante, são as favelas. As primeiras datam da década de 1950, cresceram entre 1953 e 1955, logo após a primeira crise do café provocada por geadas arrasadoras. Desta época também datam os grandes loteamentos urbanos. Os favelados que no princípio eram de origem rural passaram depois a ser também de origem urbana e rural, resultado de uma crescente concentração de renda e conseqüente empobrecimento de parte da população.

Após a geada negra de 1975, a soja e o trigo foram implantados no lugar do café. O cultivo mecanizado destas culturas dispensou os braços empregados na agricultura. Além disso, em 1973, o “Estatuto do Trabalhador Rural” objetivou conceder os mesmos direitos trabalhistas conquistados pelo trabalhador urbano para o trabalhador agrícola. Esta legislação, ao reorganizar as relações trabalhistas no campo, propiciou novos arranjos entre patrões e empregados, acabando por eliminar a figura do colono, gerando o trabalhador rural temporário, também conhecido como “bóia fria”.

O antigo “indigente”, principalmente o “indigente” rural, desaparece na medida em que se estabelece o Estatuto do Trabalhador Rural. Os colonos e arrendatários, em geral, não costumavam contribuir para a Previdência Social antes dessa legislação. Com o advento do estatuto, os “indigentes” passam a ser denominados em função da categoria “contribuintes”. Estes passam a ser atendidos pelo Hospital Universitário, a partir da criação da Faculdade de

---

<sup>6</sup> Esta denominação “Norte Novo do Paraná” ficou conhecida e foi elaborada a partir da ação da CTNP, principalmente em função do processo de comercialização e colonização das terras do norte do Estado do Paraná. Alguns autores, que figuram como referência bibliográfica neste capítulo, fazem a crítica historiográfica a esta denominação. Ver em Adum (1991), Arias Neto (1993) e Nelson Tomazi. (1997) entre outros.

Medicina em 1967, não mais como objeto de caridade, quando do atendimento na Santa Casa, mas como objeto de estudo (TOMAZI, Z. 1985, p. 52).

Baseado no Censo de 1970, Rios (1980, p. 15) estimou que a população favelada estivesse em torno de 20 mil pessoas. A resposta dada pela municipalidade ao forte afluxo de migração rural foi a construção de grandes conjuntos habitacionais e a remoção inicial da população favelada para estas moradias. Entretanto, inicialmente, os conjuntos não dispunham de rede de água e esgoto e outros equipamentos urbanos. Após conseguir uma nova moradia, o mutuário (ex-favelado) teria que pagar aproximadamente 50% do salário mínimo da época, que era de Cr\$ 2.300,00 e reivindicar a instalação dos equipamentos urbanos necessários. Diante de tais condições, seria difícil para a maioria desta população manter a nova casa em função dos valores necessários para quitá-la, ou seja, a política habitacional utilizada pouco mudou a situação dos favelados, mas teve grande impacto político.

Em tempos de eleição, era comum o perdão de dívidas com a companhia habitacional, bem como doação de casas populares por políticos. Entretanto, os serviços de saúde eram insuficientes para dar conta da população que crescia sempre em ritmo acelerado, pois, além da ausência de saneamento básico, os conjuntos também não dispunham de escolas e de postos de saúde, eram construídas apenas as unidades habitacionais. Estes conjuntos acabaram por se tornar chamarizes de novas ondas migratórias, insuflando o sonho da casa própria conseguida através de doação ou perdão de dívidas. Contudo, o perdão não acontecia para todos. Muitos perdiam a moradia por não poder arcar com o pagamento e acabavam por habitar em favelas (RIOS, 1980, p. 15).

## 2.7 Anos setenta: o problema agudo da assistência médica materno-infantil

A cidade realmente crescera muito em termos populacionais. Algumas pesquisas abordando os serviços médicos e problemas de saúde pública surgem na década de setenta, motivadas pelas necessidades de administração dos problemas públicos, diante do inchaço urbano. Estas iniciativas partem tanto do Estado, como do meio acadêmico. Por conta disto, é possível uma avaliação um

pouco mais detalhada das condições de atendimento médico existente na cidade, pelo menos em termos numéricos.

Rios (1980, p. 38), baseado em estudos dos anos setenta, aponta para a presença de considerável população materno-infantil no município – 104.874 pessoas de 0 a 19 anos, excluída a população feminina de 15 a 19 anos, ou seja, 46,0%, e uma população materna de 57.449 mulheres de 15 a 49 anos, isto é, 25% - tornando agudo para o município o problema da assistência médica materno-infantil.

A presença de uma população feminina concentrada no distrito urbano foi explicada por Rios (1980, p. 22) pela atração deste grupo para atuar no setor de serviços que crescia velozmente, na época. Quanto à população masculina, tendia a migrar para outras cidades em busca de melhores oportunidades nas atividades industriais e agrícolas, apesar da crescente absorção desta população no setor da construção civil, a qual já apresentava expansão.

As taxas de natalidade, de acordo com o que o autor pôde verificar, mantiveram-se altas. Rios (1980, p. 25) considerou os dados brutos de nascimentos de 1965 a 1978 (ano de ocorrência do treinamento de parteiras), sendo que houve uma ligeira queda apenas a partir de 1977. A população de mulheres de 15 anos em diante era de 67.706 habitantes. Deste total, 43.444 tinham tido filhos, isto é, 63,7%. Do total de filhos tidos, 96,5% eram nativos e apenas 3,5% natimortos. A média de filhos por mãe foi de 4,9 e o de nascimentos vivos 4,8.

Levando-se em conta que estes dados são calculados apenas com os nascimentos notificados, é bom lembrar que boa parte da população não tinha acesso ao registro civil por desconhecimento, pelo custo que o registro significava, custo agravado pela multa em função do atraso em notificar o nascimento e realizar o registro. Na época, não era obrigatório por lei apresentar a notificação do parto realizada pelos serviços de saúde para se fazer o registro de nascimento. Bastava apenas uma testemunha<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Apenas na década de 1990 a notificação passou a ser exigida por força de lei, dado fornecido pelo 1º Cartório de Registro Civil de pessoas naturais de Londrina, o que leva a crer que estes números poderiam ser maiores. As parteiras entrevistadas relataram que a elas não era obrigatório entregar a notificação do parto no posto de saúde, já que o documento não era exigido para o registro civil do nascimento. Todas as entrevistadas relatam que não havia um controle sistemático, por parte do serviço de saúde, dos partos realizados por elas, mesmo quando as

Em uma comparação feita por Rios (1980, p. 25) com o percentual de filhos nascidos vivos da população de mulheres do Estado, da microrregião de Londrina e do próprio município, o autor verificou que as mulheres do restante do Estado e da microrregião tiveram mais filhos vivos que as do município de Londrina. Rios (1980, p. 25) explica que isto foi devido ao fato de muitas mulheres de municípios e regiões vizinhas virem ter seus filhos em Londrina, pois a cidade concentrava a maior parte dos recursos médicos da região.

Quanto à concentração de recursos médicos, o levantamento feito pela SESB-PR, *Diagnóstico institucional dos órgãos de saúde do estado do Paraná* de 1975, evidenciava uma grande irregularidade de distribuição proporcional de leitos hospitalares. A maior concentração era na região metropolitana de Curitiba. Londrina apresentava uma proporção de 4,2 leitos por 1000 habitantes. Segundo a pesquisa, este valor figurava entre a média nacional e o recomendado pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas (entre 3,5 e 5/1000 habitantes). Contudo, Londrina era a segunda colocada em termos de recursos humanos por leito hospitalar, ou seja, número de médicos por leito e enfermeiros, sendo que existia uma média de 123 leitos por enfermeiros e 26,5 leitos por auxiliares de enfermagem. A média para os médicos era de 7,8 leitos. De acordo com o estudo, a insuficiência de profissionais por leito devia-se à reconhecida inabilitação regular do pessoal atendente. O estudo também verificou, na época, a capacidade de 431 hospitais com 7.108.452 leitos/dia disponíveis em 1972, estando 39,8% na MRH (Microrregião Homogênea) 268, região metropolitana de Curitiba, seguindo-se a MRH 281, cujo pólo é a cidade de Londrina, com a proporção de 8,4%, a MRH 288, cujo pólo é Cascavel, com 7,8% e as MRH 273 e 282, cujas cidades-pólo são Ponta Grossa e Maringá, com 5,6%. Evidencia-se, portanto, alta concentração de leitos disponíveis na MRH 268, que, juntamente com as demais microrregiões citadas, representam 67,2% da capacidade instalada no Estado (ESTADO DO PARANÁ, 1975, p.5-18).

O estudo aponta também para a ausência de hospitais em 69 municípios dos 288 do estado do Paraná, ao todo 24%. Esses municípios tinham a população estimada de 650.100 habitantes, que variava entre 2.000 a 40.000, o

---

parteiras atuavam em conjunto com estes órgãos. Ficava a cargo da parteira a notificação do parto.



que representava 8,7% da população do estado sem cobertura hospitalar (ESTADO DO PARANÁ, 1975, p. 06).

Mesmo diante do inchaço do distrito urbano, com o crescimento da periferia e o surgimento de favelas, e da concentração de recursos e pessoal médico, o que acarretava uma sobrecarga no sistema de serviços médicos local, estudos apontaram uma melhora visível nos indicadores de saúde do município de Londrina, no geral.

Soares (1976, p. 71) analisou estes indicadores de 1960 até 1972. Em seu trabalho é possível verificar, entre outras informações, a queda da mortalidade infantil, o crescimento de ligações à rede de abastecimento de água e esgoto, o aumento no número de profissionais de saúde, principalmente se se levar em conta a fundação da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário em 1967 e, por fim, o acréscimo do número de leitos (ver tabelas acerca da evolução do número de médicos e leitos).

---

## Quadro 4:

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES E SUA RELAÇÃO POR 1 000 HABITANTES  
PARA O MUNICÍPIO NO PERÍODO DE 1960 a 1972

ANOS	NÚMERO DE LEITOS	LEITOS POR 1 000 HABITANTES
1960	*	*
1962	410	2,73
1964	410	2,45
1966	460	2,48
1968	795	3,85
1970	821	3,56
1972	1092	4,26

\*Dado não obtido.

Fonte: SOARES, 1976, p.40

## Quadro 5

NÚMERO DE MÉDICOS E SUA RELAÇÃO POR 10 000 HABITANTES PARA O MUNICÍPIO NO  
PERÍODO DE 1960 a 1972.

ANOS	NÚMERO DE MÉDICOS	MÉDICOS POR 10 000 HAB.
1960	85	6,30
1962	95	6,33
1964	106	6,35
1966	116	6,25
1968	132	6,39
1970	151	6,56
1972	202	7,89

Fonte: SOARES, 1976, p 40

É interessante ressaltar que os indicadores de mortalidade infantil, entre os anos de 1960 e 1972, para o distrito rural diminuíram em 75,17%, enquanto que no distrito urbano ou sede, a queda foi apenas de 39,70% durante o período (SOARES, 1976, p.31). Rios (1980, p. 38) informa, baseado em dados de abril de 1977, que nos últimos anos havia ocorrido uma queda da mortalidade infantil no município, como um todo, de 76,47%, em 1974, para 53,8% em 1977. Além disso, 26, 1% dos óbitos ocorridos em Londrina em 1974, correspondiam a crianças com menos de um ano de idade.

De acordo com Rios (1980, p. 38), o município enfrentava os problemas de saúde em 1977 com apenas 14 hospitais e um total de 1291 leitos, cerca de 3,8 leitos por 1000 habitantes, sendo que 56,7% concentrados nos cinco maiores (Hospital Universitário, Hospital Evangélico, Santa Casa, Hospital Infantil, Hospital São Leopoldo). Além dos hospitais, existiam quatro pronto-socorros, um centro de saúde, dois ambulatórios do INPS, cinco postos de saúde e cerca de 280 médicos e 175 dentistas.

De acordo com Almeida (1979, p. 50), a excessiva ênfase dada à organização hospitalar em detrimento da unidade ambulatorial, geralmente em condições precárias de funcionamento, como também, a distribuição desigual de serviços de saúde resultaram em uma cobertura precária da assistência médica fornecida à população das vilas, bairros periféricos e distritos rurais. As dificuldades de acesso eram ocasionadas pela distância, gastos com condução, burocracia, despesas além dos recursos familiares. A concentração excessiva de equipamentos de saúde era gritante na época. Dos 95 estabelecimentos, 93 encontravam-se na sede do município, o que acarretava uma sobrecarga nos respectivos serviços e o deslocamento de clientela.

Com o crescente fluxo da população rural para a sede do distrito urbano e a concentração dos equipamentos de saúde no mesmo local, houve sobrecarga no insuficiente sistema de serviços médicos. Este aspecto pode ter contribuído para que, as taxas de mortalidade infantil no urbano apresentassem quedas menores do que as ocorridas nos distritos rurais. De acordo com Soares (1976, p. 31), no ano de 1972, o Coeficiente de Mortalidade Infantil do distrito sede era de 51,62 por 1000 nascidos vivos, enquanto que, nos distritos rurais, o valor deste

coeficiente era de 41,61 por 1000 nascidos vivos, ou seja, naquele ano os valores para os distritos rurais foram mais baixos do que no distrito urbano.

## 2.8 Parteiras: recurso valioso

Mesmo diante dos dados acima apresentados, Soares (1972, p. 71) alega que os indicadores de saúde no município melhoraram entre 1960 e 1972. Esta melhora, de acordo com o autor, estava relacionada com o crescimento da rede de água e esgoto da cidade, ao aumento do número de médicos e estabelecimentos de saúde e da melhoria das condições sócio-econômicas da população.

É possível que, mesmo diante da melhora dos indicadores econômicos e sociais apontados por Soares (1972, p. 64), a grande concentração de população não contribuinte da medicina previdenciária na periferia do distrito urbano e nas favelas tenha influído no comportamento dos indicadores no distrito sede. Esta população ficava à mercê dos serviços de saúde públicos e filantrópicos, sempre com dificuldades para fazer frente à demanda. Pode-se inferir que, até então, a população não contribuinte do sistema previdenciário não tinha acesso aos serviços de saúde como um direito do cidadão, mas contava apenas com a caridade alheia e com a nem sempre constante boa vontade dos governantes para tentar resolver seus problemas de saúde.

Entretanto, Soares (1972, p. 71) assinalou que o aumento, tanto de profissionais como de estabelecimentos, não significava seguramente uma melhoria na qualidade dos serviços. Outro aspecto importante apresentado pelo autor foi a tendência à concentração de renda, ou seja, houve uma melhoria considerável no nível de saúde da população. Contudo, esta melhoria não atingiu igualmente todos os setores da sociedade londrinense.

O quadro da assistência ao parto, em termos de hospitalização para a camada da população à margem dos sistemas de serviços médicos existentes naquele momento, parecia ser muito precário. Um indício desta situação pode ser visto em um artigo da revista "*Tudo sobre Parto*"<sup>8</sup> do ano de 1986. A reportagem

---

<sup>8</sup> A referida publicação é uma edição especial da revista *Grávida & Bebê*, voltada para o público leitor de classe alta e média, com elevada escolaridade. Contou com a colaboração de

intitulada “*Parto fora da maternidade*” aponta para a precariedade do atendimento hospitalar para as camadas de baixa renda no país:

“Não é só a criança que nasce em casa que tem maiores probabilidades de morrer. A que nasce em hospital precário também” O Dr. Drauzio ressalta que o parto em maternidade, segundo se verificou nas classes menos favorecidas, é pouco aceito por isolar a mulher de sua família e dos cuidados com a casa. As condições precárias da maioria das maternidades destinadas a atender à população mais carente proporcionam uma assistência deficiente e desumanizada, o que faz a gestante procurar uma parteira conhecida e ter o parto em casa (MEDEIROS, H. 1985, p.20).

Desta forma, a população resolvia seus problemas de saúde com os recursos que estavam ao seu alcance. A parteira não era apenas um recurso. Nestes casos, ela era a vizinha, a parenta. Ela era a *comadre*, pessoa de confiança e íntima do grupo familiar. No momento do parto, o aconchego do lar era, provavelmente, muito mais convidativo do que o atendimento em um pronto-socorro público ou em estabelecimentos como os apontados acima.

Outra hipótese quanto à preferência pelas parteiras para o atendimento ao parto natural ou normal, tem a ver com o intenso êxodo rural que levou grupos com costumes, crenças e usos próprios, dos quais a assistência ao parto pela parteira fazia parte. Até que se desse a adaptação destes grupos aos valores da vida urbana, a preferência pela parteira poderia prevalecer entre aqueles que não contavam com a medicina previdenciária, ou seja, a população que não estava coberta, nem pelo Fundo de Assistência do Trabalhador Rural (Funrural), sistema organizado após o Estatuto do Trabalhador Rural, nem pelo INPS, isto é, os trabalhadores urbanos inseridos na economia formal. A parteira aparecia provavelmente como recurso mais viável à população migrante na cidade. Ela também migrou junto com os seus grupos familiares.

Entretanto, a preferência pelos serviços de uma parteira em Londrina também pode estar relacionada a um aspecto sempre lembrado na bibliografia

---

especialistas médicos reconhecidos na época. O Dr. Draúzio Viegas, citado na reportagem, era Professor Titular de Pediatria e Puericultura do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC e Chefe da Unidade Neonatal do Hospital Israelita Albert Einstein. Além da colaboração destes profissionais, os jornalistas utilizaram como fontes de informações teses e dissertações da área médica, pesquisas realizadas pelo SESP e outros órgãos de saúde, nacionais e internacionais. Apesar de ser uma publicação de 1985, reeditada em 1986, os estudos foram baseados em dados dos anos 70.

que versa sobre as parteiras. O argumento diz respeito ao acanhamento feminino frente à exposição ao atendimento médico. Em Londrina, a vergonha feminina de expor-se diante do médico parece ter partilhado sua influência com a dificuldade de acesso, a sobrecarga do sistema e a concentração dos serviços de saúde na sede do município. Diante do que foi apresentado até então, freqüentemente, quando da oferta de serviços de pré-natal e puericultura, havia um crescimento acelerado da demanda, tornando-se difícil a manutenção destes atendimentos pelo poder público.

É possível pensar que o aspecto cultural ligado à moral sexual deu sustentação à permanência da prática das parteiras, mas não apenas sob o ponto de vista do pudor feminino frente ao exame médico. No caso de Londrina, a questão do rígido código de moral sexual deve ser analisada por uma outra via de entendimento.

A respeito desta influência, os depoimentos das parteiras colhidos para a pesquisa demonstram que a escolha pela parteira surge em função da possibilidade de resguardar-se a parturiente de constrangimentos, não somente relacionados à exposição a um praticante médico masculino, como também, ao amenizar as tensões causadas por situações condenadas pela comunidade, na época, ou seja, uma gestação surgida fora do casamento e a prostituição. Nestes casos, a parteira reforçou a rede feminina de solidariedade e, por outro lado, foi conivente com uma conduta reprovada socialmente.

Por estar exposta a essas situações, dispunha de certos poderes ao saber de segredos e, ao mesmo tempo, era mal vista por ajudar mulheres consideradas como transgressoras dos códigos rigorosos de moral sexual. Aos poucos, nos anos finais do século XX, esta função das parteiras foi perdendo o sentido. A rigidez quanto à condenação social de uma gravidez fora do casamento foi gradativamente sendo minimizada.

A prostituição, apesar de não chocar a sociedade como nas décadas anteriores, ainda é vista com restrições. No entanto, as prostitutas organizaram-se. Hoje possuem entidades associativas e, através delas, lutam por melhores condições de trabalho e atendimento médico. Mesmo assim, não é difícil imaginar o preço pago pelas parteiras em Londrina ao vivenciarem situações como estas há trinta, quarenta anos atrás.

O caso de Londrina pode demonstrar que, ao ocorrerem os processos de êxodo rural e adensamento populacional no distrito urbano, acompanhados de uma concentração dos recursos médicos da região, tanto a população migrante, como a população residente na zona rural buscavam a sede do município para a realização dos partos e atendimentos de saúde, além da população urbana. É bem provável que a queda menor nas taxas de mortalidade infantil no distrito urbano seja o reflexo desta procura e da concentração dos serviços, em função da já comentada sobrecarga do sistema, como aponta Rios (1980, p. 25).

Na ocasião do parto, a parturiente que não contasse com a cobertura do INPS, ou até mesmo a que contasse, não encontrando leito para seu parto, nem tendo condições de retornar para zona rural, devido ao adiantado estado de gestação, via-se obrigada a ter seu filho na casa de algum parente ou amigo, o qual já havia migrado para o centro urbano e se fixado na periferia ou na favela. Nestas ocasiões, a parteira podia ser um dos poucos recursos viáveis à gestante.

Tendo em vista o contexto de exigüidade dos leitos hospitalares para a população como um todo, é possível dizer que a parteira era verdadeiramente uma necessidade no contexto urbano londrinense, principalmente para a população que estava à margem do sistema de atendimento médico.

É justamente neste período de melhoria nos indicadores de saúde que as parteiras adquirem maior visibilidade, ao continuarem atuando. Com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população, alguns profissionais da área consideravam-nas “um problema de saúde pública” \*. Por outro lado, grupos internos da classe médica ligados ao estado entendiam que as parteiras eram um recurso valioso, diante da grande demanda por serviços de saúde e da escassez de recursos e pessoal. Contudo, todos concordavam que era necessário treiná-las e regular-lhes a prática.

“As parteiras são uma realidade que não pode ser esquecida no país.”(FOLHA DE LONDRINA, 12/05/1977, p. 04). Esta frase é do então secretário de Saúde do Estado do Paraná, em entrevista concedida à imprensa na ocasião de mais um encerramento de treinamentos de parteiras. A afirmação do Secretário Arnaldo Busato demonstra a necessidade destas mulheres dentro do contexto do país há pouco mais de vinte anos. Ela também demonstra o

fortalecimento político da perspectiva favorável à prática das parteiras entre os profissionais médicos, principalmente, aqueles ligados ao Estado. O trecho a seguir reforça esta idéia.

O curso de Parteiras, carro-chefe destes cursos<sup>9</sup> voltados à comunidade, somente nos primeiros cinco anos de sua existência, formou mais de 6000 pessoas, repassando-lhe os conhecimentos essenciais sobre o parto e a parturiente, bem como aproximou essas profissionais informais de técnicos e serviços dos quais elas (as parteiras) há muito haviam se afastado, sobretudo pela desqualificação de suas práticas e de seus saberes pelo, assim chamado, saber superior, acadêmico ou universitário.

Resgatava-se, assim, uma função social de grande importância histórica, ainda com inserções em cidades de menor porte e em toda a nossa zona rural, ao mesmo tempo em que, sem coerções e/ou prepotências, se reaproximava a parteira prática às práticas formais de saúde, em um processo de ganhos recíprocos (ESTADO DO PARANÁ, 1988, p. 09).

Seja considerando as parteiras como um problema de saúde pública, as quais necessitavam de uma ação higienizadora por parte do saber acadêmico (FERNANDEZ Jr., 1992), seja entendendo a prática das parteiras como de grande importância social e histórica, o fato é que a classe médica ligada ao Estado concordava que era necessário atrair a parteira para o sistema público de serviços médicos e oferecer a elas acesso a conhecimentos que possibilitassem melhores condições para a continuidade de sua prática, além de serem reconhecidas como um recurso importante para ampliar o atendimento de saúde à população.

Enfim, após expormos os fatores que julgamos de maior contribuição para a permanência das parteiras no contexto urbano de Londrina, nos anos setenta do século XX, passaremos para o capítulo final. Nele será possível conhecermos os sujeitos, os personagens destes eventos da História da Saúde Pública em

---

\* De acordo com entrevista de João Dias Ayres

<sup>9</sup> “Uma das repercussões da Lei n ° 6636/75, responsável por uma reestruturação da máquina administrativa do Estado do Paraná, foi a criação da Coordenadoria de Orientação à Comunidade (COC), subordinada à Escola de Saúde Pública do Paraná, passando este órgão a ser responsável por executar ações voltadas à educação sanitária da população paranaense. Assim, além dos cursos que já realizava, voltados para o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, a Escola desenvolveu, a partir de 1975, cursos destinados aos usuários (potenciais) aos serviços de saúde. Três deles se destacaram, por número e por continuidade: o de Parteiras Leigas, o de Primeiros Socorros e o de ‘Babás’” (ESTADO DO PARANÁ, 1988, p. 08).



Londrina, suas ações e o significados atribuídos a elas, bem como os valores que sustentaram suas práticas.

### **3 RENOVAÇÕES E CONTINUIDADES DA TRADIÇÃO**

Este capítulo tem como objetivo demonstrar como as parteiras e os profissionais de saúde viveram e deram significado a suas práticas no que diz respeito ao contexto dos treinamentos de parteiras tradicionais ocorridos em Londrina, entre os anos de 1975 e 1978, privilegiando o ponto de vista das parteiras.

Os relatos existentes sobre estes programas de saúde comunitária foram totalmente produzidos por profissionais ligados à elaboração e execução de políticas de saúde. Portanto, busca-se neste capítulo conhecer os treinamentos sob a ótica dos sujeitos para os quais os cursos estavam destinados, as parteiras, porém, pretendendo-se ir além, ou seja, através dos relatos das parteiras a investigação aponta para um retrato destas mulheres, as motivações que as levaram à prática do partejar, seus valores e ambições. O que as torna parteiras, isto é, o que existe de comum entre elas e as singularidades de cada uma. Aspectos que vão influir nas escolhas e ações individuais destas mulheres.

Enfim, objetiva-se compreender a experiência dos treinamentos na vida e nas ações destes sujeitos.

Para dar prosseguimento às discussões, faz-se necessário retornar ao contexto dos treinamentos.

### 3.1 Os treinamentos e o contexto sanitário do Paraná nos anos setenta

Como foi visto nos capítulos anteriores, existia um contexto de assistência médica insuficiente para a demanda da população em Londrina, principalmente para as camadas mais pobres. Um grande crescimento populacional havia ocorrido com o êxodo rural para o núcleo urbano. A concentração dos serviços de Saúde no distrito sede de Londrina e a inexistência de uma rede hospitalar e de atendimento médico descentralizada para os vários municípios da região, faziam com que o sistema se tornasse sobrecarregado. Afinal, Londrina tinha sido escolhida, desde sua fundação, como pólo de recursos e negócios para toda a região. A centralização destes recursos acabou por estrangular o sistema de assistência médica.

Além dos problemas apontados acima, o contexto do país, em termos sanitários, não era animador. Baixar as altíssimas taxas de mortalidade materno-infantil era um desafio para o Estado, bem como fornecer atendimento médico de melhor qualidade. Como o aludido no final do segundo capítulo, progressivamente, o Estado passou a intervir mais na área de serviços de saúde, com objetivo de buscar soluções para os sérios problemas existentes. Através dos dados levantados no primeiro e segundo capítulos, foi possível entender como e porque os treinamentos chegaram ao país e, em Londrina: da mesma forma, foi possível observar a mudança ocorrida na orientação das ações de saúde em Londrina. Da predominância da medicina liberal e filantrópica, para a progressiva organização de serviços médicos públicos, tendo o SESP papel fundamental como referência de modelo de Saúde Pública para as secretarias de saúde de Estado e dos municípios.

Esta agência especial, diante das condições sanitárias e sócio-econômicas do país, uniu as funções clássicas do sanitarismo norte-americano, profilaxia das doenças através de saneamento e educação para a saúde da população, com o atendimento médico. Os programas de treinamento, registro e controle das parteiras tradicionais são um exemplo das soluções para a Saúde Pública desenvolvidas e aplicadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública, no país.

O SESP, como visto anteriormente, foi a instituição que introduziu os programas de treinamento e controle da prática das parteiras tradicionais no Brasil, desde a década de quarenta, e no estado do Paraná, durante a década de cinquenta. Formou e empregou, inicialmente, os profissionais responsáveis pelo treinamento realizado com as parteiras. Com o término do contrato do SESP com o Estado do Paraná, os profissionais de Saúde Pública daquela agência foram absorvidos pela Secretaria Estadual de Saúde paranaense.

Os funcionários de Saúde Pública tinham conhecimento da influência e importância social dessas mulheres. Por este motivo, também, elas foram alvo dos treinamentos. Aos olhos destes profissionais elas apresentavam um grande potencial para atuarem como educadoras de saúde. É possível perceber na fala de D. Adelaide (uma das parteiras entrevistadas) que, para ela, existia um ideal de assistência e, mesmo, um ideal de saúde que só viria a ser definido pelas autoridades médicas anos depois<sup>1</sup>. A base desse ideal era fazer o melhor de si, por amor ao próximo, fundamentado em valores religiosos.

Ao longo dos anos sessenta e na primeira metade da década de setenta, os profissionais oriundos do SESP continuaram com o controle das parteiras, na SESB-PR, através do registro nos postos de saúde e orientações individuais, até a organização dos treinamentos, em formato de cursos, durante o período da gestão do secretário de Saúde do Estado, Arnaldo Busato, entre os anos de 1975 e 1978. O trecho a seguir demonstra uma mudança na abordagem dos problemas de saúde pública ocorrida naquele período:

“Com a sua inclusão na Coordenadoria de Orientação à Comunidade, a Escola de Saúde Pública do Paraná passava a viver um novo e distinto tempo de sua história. Dos cursos voltados aos serviços, e além destes, a Escola se reestruturava, no intuito de desenvolver cursos de interesse popular, destinados à comunidade em geral. Parteiras Práticas, Primeiros socorros, Babás, passavam a conviver com os antigos cursos, sem nenhum desdouro para a escola. Pelo contrário. Passávamos a viver um tempo feliz, de muito trabalho, de ligação direta com a comunidade, de fundamental importância na busca de melhores condições de saúde à população. Tínhamos, desta forma, nosso campo de trabalho muitas vezes multiplicado.

Entusiasmo e dedicação não faltavam à equipe formada para lecionar estes cursos em todo o Paraná. Eram tantos cursos que muitos

---

<sup>1</sup> De acordo com Nóbrega (1987, p.03), após a década de 60, a OMS emitiu um conceito de saúde definido como “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidades”.

não acreditavam que estávamos conseguindo, realmente, colocá-los em prática. Em um determinado ano, para nossa surpresa, percebíamos, ao seu término, que não havia passado sequer uma semana sem um encerramento de curso, e, o que ainda mais nos surpreendia, todos realizados no interior do Estado.

Praticamente, cobrimos todas as cidades paranaenses com seus treinamentos rápidos, semanais, alcançando cifra extremamente considerável de pessoas da comunidade, às quais estendíamos um conhecimento que, até então, era privilégio de técnicos dos serviços de saúde.<sup>2</sup>(ESTADO DO PARANÁ, 1988)

O trecho acima fala de novos tempos na história da Escola de Saúde Pública do Paraná. De uma nova visão, de entusiasmo, de ligação direta com a comunidade, na busca de melhores condições de saúde para a população, tendo o campo de atuação muitas vezes ampliado, ou seja, o texto busca fazer um marco diferencial entre o referido período e o passado, apontando inclusive, para a ampliação das ações e para a democratização do conhecimento, antes exclusivo dos técnicos. Este entusiasmo pode ser visto, a seguir, no depoimento do Chefe do Distrito Sanitário de Londrina no período dos treinamentos:

..em toda região, o estado todo. O meu distrito formava uma linha e subia, pegava mais de 20 municípios dessa região, até o rio Paranapanema. Eu não me lembro mais as cidades que se fez isso. Esse programa foi fan-tás-tico! Eu acho que eles não divulgam isso, os políticos não divulgam. Os secretários que vieram depois, nunca tiveram interesse nisso. Dr Arnaldo Busato de 1975 a 1978... E mudou muito a situação no país. Nós tivemos coisas boas no país. Que funcionaram e ainda podem funcionar <sup>3</sup>(Dr. João Dias Ayres).\*

Dr. João Dias Ayres fala dos resultados dos treinamentos no distrito de Londrina:

Sabe qual é o resultado positivo imediato disto? Sabe porque as atendentes ficam segurando o parto até a mulher morrer? Ou então, a atendente se desesperar. Porque ela fica. Ela fica. Fica lá. Tem medo do médico. E elas

---

<sup>2</sup> Dr. Jayme Drummond de Carvalho, na época acumulando a direção da Coordenadoria com a Escola. Entrevista concedida a Lindolfo Fernandez. Curitiba, maio de 1988. De acordo com o que foi discutido nos capítulos anteriores, a Coordenadoria funcionou entre os anos de 1975 e 1978.

<sup>3</sup> Dr. João Dias Ayres foi chefe do distrito sanitário durante a realização dos treinamentos. Formado em 1937 pela Faculdade de Medicina do Paraná, em Curitiba, foi cirurgião geral e gastroenterologista. Deixou a clínica para dedicar-se à Saúde Pública em Londrina.

\* Entrevista concedida à autora em Londrina, a 29/04/2002.

perdiam o medo do médico. Primeira coisa, o relacionamento delas com o médico. “Não dona, até aqui eu fui, agora é com o médico.” Olha caiu a taxa, verticalmente, mortalidade perinatal. Caiu, mas, caiu assim (apontando para baixo). Com essas técnicas e essas práticas, caiu. E desapareceu tétano umbilical, no meu distrito desapareceu, desapareceu no Estado.

No último dia do curso, a parteira recebia um diploma. É como o soldado que passou pelo exército e já está pronto. Já sabe empunhar um fuzil, já sabe rastejar, já sabe pular o muro. Assim, era a parteira que nós pegávamos, zero quilometro, né? Sujas, despenteadas. E depois limpinhas e coisa e tal. Por conta própria, ninguém insinuava. Depois, elas apareciam lá, diferentes.

Sigrid Feliciano<sup>4</sup>, responsável direta pelos treinamentos no Distrito Sanitário de Londrina, fala a respeito:

Eu achei e, acho, que foi uma época que humanizou muito essa coisa de parto, de hospital e de médico. Era um trabalho muito gostoso.... E aí a gente trabalhava junto com os médicos, porque, elas eram mal vistas. É, elas eram mal vistas pelos médicos. Pela polícia, inclusive, né?! Aí a gente foi desfazendo esse medo que elas tinham....Elas passaram a ser respeitadas...Então elas se tornaram líderes. Mesmo quando não faziam partos, elas ficaram atentas, se tinha alguma doença. Orientavam as mães que elas tinham que ir ao médico, que tinha vacina pra tomar. Então, elas eram líderes naquele local. E elas auxiliavam a gente, a Saúde Pública como um todo, né?!

-Então, havia nisso um encontro entre a comunidade...

-Entre a comunidade, as parteiras, a Saúde e o hospital.

-Você acredita que elas ajudavam a fazer, com vocês, um elo entre a Saúde Pública, a comunidade?

-Nos locais delas, sim. Inclusive, elas eram orientadas para encaminhar as gestantes ao médico para fazer o pré-natal. Primeiro, elas tinham uma outra responsabilidade. Antes disso, não. O que elas fizessem, bem ou mal, era por conta delas. Aí, elas começaram a encaminhar a gestante para o médico, para o posto, para o pré-natal, já para a antitetânica, né? Então aí, foi quebrando aquela coisa, foi ficando mais família. Quando elas tinham alguma dificuldade, porque elas tinham experiência bastante, elas olhavam “Essa barriga não tá certa”, essa criança tá sentada”. Elas não tinham recurso nenhum. “Essa aqui não tem jeito”. Elas eram orientadas pra levar até o hospital, e não buscar o médico pra levar até a parturiente. Justamente, pra ganhar este tempo, porque de repente o médico chega e não consegue fazer nada. Então aí, você tem que levar. E ganhava tempo com isso.

Não ficou mais aquela coisa de...A gente tinha muitos médicos resistentes, que tinham ódio delas, tinham raiva. Mas, aquilo com o tempo, devagarzinho, foi ficando...foi se tornando mais fácil pra elas e pra gente também. Tanto os médicos não conheciam o serviço delas, como elas tinham medo dos médicos.

-Com a ação delas, o número de gestantes aumentou para fazer o pré-natal?

-Com certeza.

---

<sup>4</sup> Sigrid Feliciano fez o curso de auxiliar de enfermagem em Curitiba, na Escola de Saúde Pública do Paraná – Fundação Caetano Munhoes da Rocha em 1961. Em 1968, realizou curso de instrutora de parteiras. Em 1969, começou a atuar nos treinamentos. Chegou em Londrina em 1971.

-Aí, também, deixou de existir tucumã, fuligem, teia de aranha, pó de café, pra colocar no umbigo do neném. Então, devagarzinho a gente foi tirando tudo.  
-E a taxa de tétano?  
-É isso aí também. O mal de sete dias. O que tinha de criança que morria de mal de sete dias. Não sabiam que era tétano. Foi caindo.\*

Um dos resultados positivos mais enfatizado pelos profissionais de saúde foi a harmonização das relações entre profissionais médicos e as parteiras. Pelo que os depoimentos deixam transparecer, elas sofriam, inclusive, repressão policial. Então, as parteiras foram aceitas pelas autoridades, tanto da saúde, como policiais. Do ponto de vista da profissional Sigrid Feliciano, elas se tornaram líderes locais após os treinamentos. Mas, o que pode ter ocorrido é que, aliviadas do peso de tantos preconceitos, as parteiras foram reconhecidas pelas autoridades como líderes comunitárias, o que, de fato, tradicionalmente sempre foram.

Outro resultado importante dos treinamentos foi a queda considerável das taxas de mortalidade e tétano neonatal. De acordo com o Dr João Ayres, as taxas caíram verticalmente e, mais lentamente, pelo que dá a entender o depoimento da auxiliar-técnico de enfermagem. A cobertura de exames pré-natal foi ampliada. Enfim, organizou-se uma articulação entre o serviço das parteiras, dos médicos e dos hospitais para atendimento aos partos de risco, ou seja, um sistema público de assistência obstétrica constituído de vários elos.

Além disso, práticas tradicionais das parteiras consideradas inseguras pelos profissionais de saúde, foram eliminadas gradativamente. Houve uma higienização da imagem pessoal e da assistência dada pelas parteiras. De *“sujas e despenteadas”* como relata o Dr. Ayres, até ficarem *“limpinhas e coisa e tal, sem ninguém insinuar”*. Afinal, boa parte do conteúdo dos treinamentos, de acordo com os manuais já analisados neste trabalho, era dedicada a noções de higiene. Se as orientações não eram endereçadas individualmente, a discussão durante as aulas era suficiente para mudar a conduta das parteiras quanto à apresentação pessoal. Estas, por sua vez, transmitiram à população novos saberes: noções de higiene e saúde do ponto de vista da medicina.

---

\*Entrevista concedida à autora, em Londrina, a 30/04/2002.

Um detalhe interessante que surge nas falas dos dois profissionais é a divergência a respeito das práticas e comportamentos das parteiras, anteriores ao treinamento. Para o médico, Dr. Ayres, elas chegavam para o treinamento, “zero quilômetro”, ou seja, não sabiam nada anteriormente às aulas e, depois do curso, já estavam treinadas, “qual soldados no exército”, além de higienizadas. As divergências não param aí. No caso do Dr. Ayres, seu posicionamento ambíguo em relação às parteiras deixa transparecer suas opiniões pessoais quanto a elas, não muito positivas, mesmo quando se tratava do objetivo principal dos treinamentos, aproveitar o potencial de liderança das parteiras para auxílio da Saúde Pública:

-No álbum seriado (manual dos treinamentos) vinha instrução para vacinar para tétano?

-Não ...A vacinação era só no esquema da tríplice. A criança era encaminhada para fazer a reação, fazer tuberculose, tríplice...antifóide..

-Mas a mãe, antes do parto, ela tinha essa informação?

-Acho que sim, eu não sei, isso aí não me lembro. Era um detalhe..eu acho que as enfermeiras..Não, porque essa assistência..A mulher (parteira) dava o parto, e muito mal. Que, às vezes, dava em tétano umbilical. Elas não iam funcionar como enfermeiras de saúde pública, nunca. Elas eram lá qualquer coisa. A parte grosseira do problema, do atendimento prático. Elas iam ver lá a infecção. No cordão umbilical na criança, no tétano, oftalmia, né? Terminou aí a função delas. Na Saúde Pública, naturalmente, como elas já estava ligadas à Saúde Pública, encaminhavam pra Saúde. Nasceu a criança. “Vá lá no posto”. Na época certa (Dr. Ayres).

No trecho acima, praticamente uma frase nega a anterior. Para o médico, a parteira estava ligada à Saúde Pública, mas não agia como parte do sistema, mesmo quando enviava a puérpera e o recém-nascido para o posto de saúde, após o parto. Afinal, elas eram “lá qualquer coisa. A parte grosseira do atendimento prático”. Nestas afirmações podemos ver, além do preconceito quanto a “atendente”, nome utilizado por ele durante a entrevista para designar as parteiras, o preconceito quanto ao evento do parto, como algo grosseiro, mesmo, indigno de um atendimento mais sofisticado. Estas idealizações estão de acordo com antigos preconceitos relacionados às parteiras, ao longo de séculos, baseados na proximidade aos resíduos decorrentes do parto.

Por outro lado, a profissional que manteve contato direto com as parteiras possui outra opinião. Para ela, as parteiras tinham muita experiência e, “sem



recurso nenhum” (exames e técnicas sofisticadas) conseguiam verificar o posicionamento do feto e os riscos que a parturiente poderia estar correndo.

Esta opinião positiva quanto ao conhecimento tradicional das parteiras pode estar ligada a proximidade sócio-cultural entre a profissional Sigrid e as parteiras. Sua trajetória pessoal demonstrou uma origem simples. Seu pai era um pequeno comerciante e sua mãe morreu quando pequena. Ainda adolescente, trabalhava como balconista em um bazar, até conseguir ser aprovada para ingressar na Escola de Saúde Pública do Paraná. Contou que sempre teve vontade de trabalhar no hospital da pequena cidade onde morava, tendo verdadeira atração por tudo que dizia respeito a instituição. Sua formação foi em nível de auxiliar técnico de enfermagem, ou seja, um saber muito mais fundamentado na prática, do que na teoria. Além disso, tendo em vista seu lugar hierárquico na estrutura do serviço de Saúde Pública do Estado e, do ponto de vista dos médicos, as auxiliares e técnicas de enfermagem não estavam a grande distância das parteiras.

Nas duas narrativas, percebem-se divergências quanto às parteiras e suas práticas. Como o aludido nos capítulos anteriores, nem mesmo entre os profissionais que eram a favor dos treinamentos, ou como no caso aqui apontado, os profissionais que participaram dos treinamentos, as opiniões em relação a estas mulheres não eram muito positivas (KROBIN, 1984; PEREIRA NETO, SMITH, 1996). Entretanto, estes mesmos profissionais concordam quanto aos benefícios à saúde da população alcançados pelos treinamentos.

Mas, e as parteiras?

### 3.2 Parteiras: quem são elas?

A seguir e, para dar a dimensão devida à representatividades dos depoimentos constantes neste capítulo, serão apresentadas as parteiras que forneceram os relatos, por meio de pequenas trajetórias biográficas. É importante lembrar que todas as depoentes não fizeram objeção a terem suas identidades reveladas no corpo do trabalho, afirmando perante a entrevistadora o desejo de exporem publicamente seus nomes e seus relatos no corpo do texto da

dissertação. Portanto, constam destes breves históricos os dados pessoais referentes a cada uma das entrevistadas.

Estas pequenas descrições, conforme explica Bourdieu (1998, p. 185), não estão postas aqui necessariamente como relatos coerentes de uma seqüência de acontecimentos com significado e direção definidos, constituindo-se em uma representação comum da existência. Elas estão ligadas à descoberta que o real é descontínuo, formado de elementos justapostos, muitas vezes sem razão aparente, todos eles aleatórios e imprevistos.

Combinadas de várias maneiras em várias situações ao longo deste capítulo, estas trajetórias têm como função fornecer subsídios para reconstruirmos o contexto histórico social, ou seja, uma trama com os elementos em comum a todas, também composta de exclusões e de aspectos que se complementam, sem estarem rigidamente organizadas em uma seqüência lógica pré-estabelecida. Desta maneira, buscamos elaborar um mosaico histórico, mesmo que muitas peças ainda faltem, do que poderia ser a vida e a prática das parteiras em Londrina das décadas de 60 e 70.

No total, foram entrevistadas quatro parteiras. A primeira chama-se Dona Alexina Alves de Oliveira e contava 90 anos na ocasião. Ela não realizou nenhum treinamento e atuou em Assaí, um município distante 20 Km de Londrina, durante o período de realização dos treinamentos na região; entre as décadas de 60 e 70. Em seu relato, D. Alexina explicou que chegou ao Paraná por volta dos anos 50, vinda de Minas Gerais, atraída pela fama de fertilidade do solo e pela possibilidade de enriquecimento no local.

Nasci e me casei em Paraúna, Minas Gerais. Lá tive meus filhos. Eu comecei (a partejar), depois da morte do meu marido, quando eu mudei aqui pro Paraná, em 1951, pra ter serviço pros filhos, pra trabalhar na terra. Meus meninos pegaram terra arrendada para trabalhar, em Urucaia, município de Assai, 12km de Assai. E daí plantou lavoura, arrendou. Com a venda da safra foi pagando o arrendamento e a vida foi levando. Aí os meninos foram casando, casando. Só ficou essa aí. Tá tudo espalhado. Do Assai eu fui pro Paiquerê. Do Paiquerê eu fui pra Londrina. E de Londrina eu vim pra Cambé (Alexina)

Ela começou a partejar por força da necessidade, no intuito de ajudar as mulheres no momento do parto em um local que não dispunha de médicos e

hospitais, pelo fato de já ter passado pela experiência do parto e de ter coragem para ajudá-las naquele momento. Em pouco tempo, ficou conhecida no local como parteira e era solicitada para os atendimentos, sendo procurada pelas gestantes com antecedência para combinar a assistência. A entrevista teve um papel de referência do que seria a parteira tradicional que não teve contato com os cursos. Foi usada para se fazer um contraponto com o depoimento das outras que realizaram os treinamentos.

A segunda parteira entrevistada é Dona Inácia Contreiras da Silva e estava com 91 anos no momento da entrevista. Ela atuou na cidade de Lupionópolis (distante 155 Km de Londrina) até 1991, quando realizou o último parto. Este município pertence ao conjunto do 17<sup>a</sup> Regional de Sanitário do Paraná, com sede em Londrina e fez parte dos programas de treinamentos investigados aqui. D. Inácia contou que parou de partejar devido a problemas de visão, senão, estaria partejando até o presente. Nascida na Europa em local ignorado e filha de imigrantes espanhóis, chegou ao Brasil ainda pequena. Em São Paulo, onde morou até casar, já havia recebido treinamento de um médico, o qual lhe forneceu atestado de capacidade física, intelectual e moral para o exercício da prática da parturição e serviços de enfermagem.

D. Inácia se afirmou como a primeira parteira de Lupionópolis, chegou no local em 1948. Seus serviços foram reconhecidos pela comunidade. A prefeitura local ofereceu à parteira o título de Benemérita da Cidade, no dia em que o Brasil perdeu a Copa do Mundo de Futebol para França, em Julho de 1998. Esta parteira realizou dois treinamentos organizados pela Secretaria do Estado de Saúde e Bem-Estar do Paraná, o primeiro em 1976 e o segundo em 1977. Seu nome consta de uma das listas de presença fornecida por Sigrid Feliciano, a auxiliar de enfermagem responsável por ministrar os cursos naquela Regional.

Quando chaguei aqui, em 1948, não tinha nenhuma casa. Só tinha rancho e o lugar pra fazer a cidade. Eu entrei, de mãe de família, eu fui a primeira. Fui eu. Meu marido era agricultor. Antes de eu chegar, meu marido já estava aqui e comentava que eu era parteira e tinha trabalhado em hospital. As famílias dos "possiantes" (posseiros) que moravam aqui na Água do Poção, aqui na água da Cascata, por tudo assim. O povo que morava aqui. Mas eles não era o povo que comprava a terra. Eles eram "possiantes" e o governo estava dando a terra pra eles. Esse povo ficou ansioso pela minha chegada.

Dr. Fernando Motinho, do Rio de Janeiro. Ele estava lá, em Presidente Bernardes, que eu morava lá. Foi lá que eu comecei a trabalhar com ele. Eu aprendi com ele. Trabalhei bastante tempo com ele. Não lembro certo os anos, mas trabalhei bastante anos. E eu recebi o atestado pra eu vir pra cá pro Paraná. Foi quando eu cheguei no Paraná, em 1948. Esta é a prova (exame), o médico me especulando, me falando, me perguntando e eu respondendo (Inácia).

Dona Maria Tereza de Souza Vati estava com 72 anos na ocasião da entrevista. Veio de Minas Gerais, para o Paraná com, aproximadamente, trinta anos e fixou-se no distrito rural de Paiquerê, pertencente ao município de Londrina. Após a morte da parteira mais experiente do distrito, ficou sendo conhecida como única parteira do local. A fertilidade do solo e a possibilidade de aquisição da propriedade da terra atraíram a família de D. Tereza, visto que eram agricultores, como pode ser observado nos trechos abaixo:

Nasci em Minas Gerais, município de Ponte Larga. Vim de lá pra cá no início dos anos sessenta, porque lá tava muito difícil e, aqui, tava bom. Aqui tinha mais fartura que lá em Minas. Porque o Paraná foi bom, um tempo atrás, foi bom o Paraná. Então nós viemos pra cá. (Tereza)

D. Tereza realizou o treinamento de parteiras promovido pelos postos de saúde da rede municipal em convênio com a Universidade Estadual de Londrina. Sua entrevista demonstra que os treinamentos de parteiras eram parte de uma nova visão da Saúde Pública nos anos 70, influenciada pelos ideais do movimento de Reforma Sanitária no Brasil e por campanhas realizadas por órgãos nacionais e internacionais que ressaltavam a importância do trabalho das parteiras nas políticas de Saúde vigentes nos países em desenvolvimento (BESSA; FERREIRA, 1999, p. 36). Os dois treinamentos dos quais ela participou foram muito parecidos com os promovidos pela SESB-PR, em Londrina. As coincidências vão da forma de organização, conteúdo, conselhos, até as técnicas e materiais pedagógicos.

Após uma investigação detalhada dos arquivos e bibliotecas da Universidade Estadual de Londrina e da Prefeitura Municipal, verificou-se que a documentação desse curso tem destino ignorado. Os manuais de D. Tereza não existem mais e não foi possível localizar nenhum responsável pela realização dos cursos, nem na Universidade, nem na Secretaria Municipal de Saúde. A

importância da fala desta parteira no trabalho consiste em apresentar mais um indivíduo que tenha participado da experiência de um treinamento, na mesma época e região, daquele que está em foco nesta dissertação, tendo em vista a dificuldade de se localizar estas pessoas. Além disso, torna-se possível fazer um paralelo dos cursos realizados e as práticas de uma parteira na zona rural próxima a um centro densamente urbanizado, levando-se em conta que D. Tereza migrou para o distrito urbano no início da década de 90, onde seus serviços não foram mais solicitados, mesmo sendo conhecida como parteira.

A quarta parteira entrevistada é Dona Adelaide Nogueira Canelli. Contando no momento da entrevista 69 anos. Ela exerceu a parturição em Londrina de 1962 até o início da década de 1980. Esta é a principal depoente deste estudo, pois foi a única parteira localizada que participou dos treinamentos promovidos em Londrina pela SESB-PR, residente no distrito urbano. Seu nome figura na lista de presença fornecida pela funcionária da Secretaria de Saúde Sigrid Feliciano.

D. Adelaide também era de família de agricultores, só que, proprietários de terra e naturais no Paraná.

Eu nasci em Siqueira Campos, município do Paraná, na fazenda do meu avô. Quando eu tinha quatorze anos, meu avô morreu. Então, venderam a fazenda e dividiram o valor entre os filhos. Cada um com sua família seguiu seu destino. Meu pai foi tentando a vida em várias cidades, sempre na atividade rural. Passamos por Jaguapitã, Maringá. Eu estava com 22 anos quando, viemos pra Londrina (1956), definitivo. E ali, eu me casei, já vieram os filhos (Adelaide)

A família de D. Adelaide já possuía terras, portanto, suas condições econômicas foram, no início de sua vida, um pouco melhores do que de D. Alexina e D. Tereza. As mineiras tiveram que arcar com os custos da viagem e ainda dedicar parte dos lucros da produção agrícola para o pagamento da terra. Em geral, as famílias migrantes só contavam com a própria força de trabalho no início, para pagar os lotes. Depois, com a supervalorização das terras, muitos destes migrantes só conseguiam arrendar ou trabalhar como empregados.

De acordo com seu relato, a vida foi levando D. Adelaide para a parturição. Ela já realizava o parto das parentas e vizinhas por conta própria. Analfabeta até

os dezoito anos, Dona Adelaide nunca freqüentou os bancos escolares. Aprendeu a ler sozinha a Bíblia.

Mesmo não se considerando rica, acumulou ao longo de sua vida bens e capital considerável, unindo o resultado dos atendimentos aos partos com o salário do marido mecânico e motorista, que era considerável em Londrina no referido momento histórico.

Como as outras parteiras, em função do reconhecimento por seus serviços, D. Adelaide recebia porcos e galinhas, como também valores em dinheiro, quando a família tinha condições. A quantidade de animais cresceu tanto a ponto de ter que alugar uma chácara para criá-los. A produção foi tão bem sucedida que ela pôde arrendar a chácara e, em seguida, comprá-la em parcelas. A prosperidade possibilitou a aquisição de um carro novo (zero Km) através de um consórcio em 1972 e, em poucos anos, adquiriu o segundo. No final da década de 70, devido a pressões da classe médica do Estado do Paraná, o atendimento feito por parteiras foi sendo progressivamente limitado até que, nos anos iniciais da década de 80, praticamente deixou de ocorrer em cidades mais densamente urbanizadas, como Londrina.

D. Adelaide, nessa época, além da chácara com a criação de porcos e galinhas, possuía um pensionato e montou uma confecção de calças jeans e agasalhos de ginástica. Tornou-se uma verdadeira empresária, empregava aproximadamente uma dezena de pessoas, em todas suas atividades econômicas. Desta forma, pôde continuar a sustentar, após a separação do seu primeiro marido, além de seus três filhos legítimos, mais seis filhos adotivos. Foram vinte e seis anos alternando a parturição com as atividades de subsistência e do lar.

Mas o que diferencia D. Adelaide é seu esforço para demonstrar como ela conseguiu seu lugar social através de sua trajetória como parteira de reconhecido sucesso em sua comunidade. Era bem relacionada. Uma parte da fiel clientela era de famílias de policiais civis, os quais faziam questão de seu atendimento. Ao narrar sua vida, ressaltando sua capacidade de realizar e empreender, revelou o desejo de ascensão social o que, em geral, as parteiras não deixam transparecer muito, como podemos ver a seguir:

Comecei minha vida lavando e passando roupa pra ganhar e catando café, pra ganhar. Depois, fui costureira. Costurava dia e noite,  
-Mas, o tempo todo interessada em parto..  
-Opa! Toda folga que eu tinha tava ali. Depois, eu fiz o curso e depois eu dediquei a minha vida. Mas eu costurava, eu fazia crochê, eu fazia tricô. Sabe, eu não parei. (Adelaide).

Ou então, falando a respeito do patrimônio que conseguiu arrecadar ao longo de sua vida:

Vendi quarenta jóias, quarenta e cinco. Eu sei que eu fiz uma vez oitenta mil. Naquele tempo era oitenta milhões. Só de jóias, que eu ia comprando. Eu era muito vaidosa e comprava. E aí, cheguei e fiz numa época. Vinte máquinas. Fiz a minha chácara, deposei. Tinha quatro carros, vendi tudo. Porque, ao longo da vida, eu aprendi a trabalhar. Aí pensei: Aqui eu vou comer até morrer (Adelaide).

### 3.3 “Espírito de parteira”

Mas, afinal, o que leva uma mulher a se tornar parteira? Veremos que no início da prática, as entrevistadas não se viam como tal. A mudança da condição se dá no momento em que elas são reconhecidas como capazes para a assistência, por parte da comunidade, ou quando recebem a incumbência de uma parteira mais experiente.

Percebe-se na fala destas mulheres, que a coragem de atender outras mulheres, ou cuidar de alguém em situação de doença foi condição inicial para todas. Em seguida vêm o amor ao próximo e a caridade, materializados na solidariedade.

A hora do parto é um misto de angústia, felicidade, dor, medo e ansiedade. Podemos verificar que, exceto D. Inácia, que iniciou suas atividades auxiliando um médico em uma clínica em Presidente Bernardes, as outras três parteiras de origem rural, estavam em locais distantes de qualquer recurso médico. Nestas situações a solidariedade entre vizinhos e parentes é um fator fundamental para a sobrevivência do grupo:

-O que que faz uma mulher virar parteira, é um chamado, uma vocação?

-Não, o negócio de a parteira fazer isso, isso aí é normal. É devido o pessoal procurar a gente e a gente aí servir nessa obrigação, sabe, mas não é nada de mais.

-Mas não é por vocação, porque isso acontece, né?

-É, acontece, mas não é uma coisa que se procura. Eles que procurou eu. Porque é uma coisa apurada. Porque se for procurar e alguma coisa não der certo, se deixar a mulher morrer, o médico tem o direito de processar. Se não foi bem olhada, bem zelada. Porque a mulher (parturiente) mesmo sabe. Isso não pode ser feito por todo mundo. Todo mundo não pode querer olhar, querer ser parteira sem saber, né? Eu olhava, porque tinha coragem, por justamente é exigido coragem. Porque tendo coragem e sabendo lidar, a gente faz tudo. Mas, se agente não tiver coragem, não faz (Alexina).

Eu lá no mato não tinha nada, só Deus. E a Nossa Senhora do Parto que ajudava nós, né. Não aprendi com ninguém. Aprendi com os filhos. Sabe com que eu aprendi, foi com Nair de Viti. No dia que ela chegou de mudança lá perto da minha casa. Ela teve a criança. Outra foi uma comadre minha. Não tinha ninguém pra cuidar dela naquela hora, ela tava apurada, mandaram me chamar. Eu nunca tinha mexido com isso. Comadre Bastiana. Tinha uma outra lá pra fazer companhia, mas morria de medo. Não tinha coragem nem pra botar a mão. Ficava fazendo companhia até eu chegar, ou outra. Não é pra qualquer uma ser parteira. Eu olhava (partejava) porque era devido à coragem. Se a gente tiver coragem a gente fica olhando e faz. Mas se agente não tiver coragem a gente não faz. Porque na hora é triste, na hora é triste. Só quem tem coragem. É uma hora difícil. A senhora não pode nem olhar pra cara da mulher, porque a senhora tá apurada vendo a criança, vê como a criança nasce. Porque, às vezes a mulher tá gritando e eu atendendo. Às vezes, tinha gente que tava acompanhando e via o jeito que as mulheres fica e dizia: "Deus me livre se eu olhava (partejava)" (Alexina).

Eu desde de lá de Minas, já comecei a trabalhar de parto. A vizinha chamava eu pra companhia, ne. E ela ia ficando cada vez mais ruim, cada vez mais ruim. Quando eu via, eu fazia o parto. E aí, já começava. Em vez de chamar a parteira, já chamava eu. Aí eu via que vinha tudo bem, porque minha mãe foi parteira. Aí eu via que vinha tudo bem com a criança, aí eu fazia o parto. E por ali começou. E aí quando eu vim pro Paraná, eu prossegui a mesma. Eu tava com vinte e cinco anos. Aí eu vim pra cá, no Paiquerê. Em sítio, pra diante do Paiquerê. Aí as vizinhas pegou a me chamar, pra companhia. E pra ali foi. Foi fazendo o parto e, quando ia chamar a parteira, ela chegava, a criança já tava arrumada. A mãe, tudo arrumadinho (Tereza).

A D. Henriqueta, que já era parteira lá no Paiquerê, era velhinha. Ficou doente. E aí ela morreu. Quando eu fui fazer visita pra ela, antes, ela disse assim: "Agora você fica no meu lugar." Aí eu fiquei mesmo, porque já tava fazendo, né. Eu fiz um dos cursos com ela (Tereza).

Você teria coragem?...Aquilo é muito conhecido quando vem bem. Quando não vem, quando vê que não é pra gente, vai pro hospital. Se fosse um tempo assim, que fazia parto assim, sem hospital, você ia aprender. Ia sim. É porque agora não precisa mais...Porque não é todas que têm coragem, não. Porque se fosse todas, tinha demais (Tereza).

Ele (Dr. Fernando Motinho) abriu o consultório e, ele não tinha enfermeira. E eu, como toda vida fui uma pessoa de muita coragem, eu enfrentei de trabalhar de enfermeira com ele. Eu nunca tinha visto uma agulha de injeção na minha mão. Eu entrei de trabalhar de enfermeira com ele. E trabalhei e me formei, na situação que você vê de até chegar aqui, em Lupionópolis Com o tratamento que Deus me deu, com a coragem que Deus me deu e o



ensino que o médico tinha me dado, fiz os tratamentos e muitos sararam (Inácia).

Por fim, mas não menos importante, vinha a curiosidade, a vontade de saber, de participar, de conhecer. A curiosidade unida à coragem e à solidariedade compõem os atributos básicos de uma parteira. No caso de D. Adelaide a curiosidade foi a principal motivação inicial:

Eu adorava fazer parto. Adorava assistir...Era..."A D. Maria vai ter nenê"...."Ah! Vamos lá assistir? Vamos? Ah! Então eu vou ajudar!" Eu, Adelaide, eu intrometida. A minha mãe disse que eu tinha espírito de parteira...Curiosa...Tudo eu conversava. Mas olha..." A Adelaide parece parteira, se mete em tudo." Já tinha aquele negócio pra mim" . E aí, quando eu fui fazer um parto perto da casa de uma parteira, D. Joana Cunha. Ela era parteira. Eu fui fazer o parto e aí eu chamei ela para fazer o parto de uma parenta minha que era de muita idade e ia ter a criança. Mas, já era uma coisa da minha cabeça, não era os outros que me instruía. Aí, ela veio e disse: "Adelaide você tá perdendo tempo, você precisa ser parteira. Não pode, tem tanta gente aí sofrendo e você...D. Adelaide, você vai no Posto de Saúde e registra no posto de saúde."  
A minha ficha era a n ° 20. Em 1962. Faz tempo, né?

Um momento claro de solidariedade aparece neste relato:

No sítio, chegava lá. Não tinha sal pra fazer uma salmoura, se a mulher precisasse. Porque eu tinha que fazer. Ali não ia sair um centavo. E daí, eu voltava e ligava e... conseguia arroz, feijão. Eu tinha muito conhecido, sabe? Se eu me candidatasse a vereadora lá (Londrina) era capaz de eu ganhar... (risos). Aí, eu pedia minha filha. E eu ia com o meu carrinho, com a bundinha chegando no chão...De tanta coisa que eu pedia (Adelaide).

As parteiras eram pessoas influentes, muito conhecidas e respeitadas. Elas atuaram quase como se fossem assistentes sociais, levando amparo, não só emocional, mas também material para as pessoas mais pobres. Pelo o que pôde ser constatado, a pobreza não era apenas amenizada por não se cobrar pelo atendimento, que era feito por amor ao próximo. O alívio vinha, também, em forma de comida e remédios que as parteiras distribuíam entre aqueles que não tinham, sendo que o auxílio vinha, por intermédio dessas mulheres, daqueles que possuíam mais.

O depoimento de D. Adelaide aponta para um aspecto interessante. Sua mãe falava de um "espírito de parteira", ou seja, a parteira tem um diferencial de

outras mulheres, ela tem um espírito, o qual possui os atributos já apresentados, isto é: coragem, solidariedade e curiosidade. Este último é sinônimo de parteira no Brasil e a palavra *curiosa* é repetidamente empregada pelos profissionais de saúde para designar a parteira tradicional.

O Novo Dicionário da Língua Portuguesa, de Aurélio Buarque de Holanda, aponta para o termo *curiosa*, o significado dado pelos profissionais de saúde, ou seja, parteira sem habilitação legal. Porém, para o termo *curioso*, o dicionário apresenta, entre outros, o seguinte significado: *“indivíduo que, embora sem conhecimentos teóricos, entende de muita coisa; prático. Profissional sem diploma, conforme nesta acepção: curiosa”*. O léxico também aponta um outro significado, próximo do atributo que a mãe de D. Adelaide percebia na filha. *Curioso* também é *“o indivíduo que, embora sem interesse pessoal no fato, dele participa como espectador”*. Ele é ávido por esquadrihar assuntos de outrem, bisbilhoteiro e indiscreto. Mas o significado mais intrigante seria o primeiro apresentado: *cuidadoso, cuidadoso, zeloso*. Aparece nesta primeira acepção o ato de cuidar. Assim, mistura-se no termo *curiosa* a vontade de saber, o domínio do conhecimento através da experiência, *a prática*, e o ato de cuidar. Não é à-toa que D. Alexina substitui na sua fala o termo partejar pelo termo, *zelar, cuidar e olhar*.

Na hora de um apuro, me chamaram e eu atendi. Ela foi válida e eu fui servida também. Porque deu tudo certo. Eu zelei ela, aparei a criança, e zelei da criança (Alexina).

Assim, a coragem de enfrentar situações como a responsabilidade de realizar um parto, o bem-estar de mãe e filho, a vida ou morte de dois seres humanos, em um lugar onde não tinha nenhum outro recurso “só Deus. E a Nossa Senhora do Parto que ajudava nós” (como nas palavras de D. Alexina) , é fundamental. É necessário coragem e, autocontrole, como lembra D. Tereza: “Porque não é todas que tem coragem, não. Porque se fosse todas, tinha demais”.

A fé nessas horas é aparo fundamental para estas mulheres. A religiosidade está presente de forma marcante na narrativa de todas as entrevistadas e faz parte do substrato de valores do povo brasileiro, em grande

maioria, sabidamente religioso. Percebe-se que os valores morais, os quais impulsionaram essas mulheres para a prática do partejamento, têm na fé e na religiosidade sua base nos ideais de amor ao próximo e caridade da ética cristã. Contudo, em locais remotos, distantes inclusive de templos religiosos, como o caso dos primeiros anos de D. Alexina e D. Inácia, a necessidade de amparo mútuo é condição primordial para a sobrevivência. Assim, a solidariedade falou mais alto em um primeiro momento por questão de sobrevivência, mesmo tendo como base, inegavelmente, os valores religiosos. Estes deram condição de suportar as adversidades e emprestaram significados a estas situações através da esperança e da fé.

Todas as entrevistadas são cristãs. D. Alexina e D. Tereza são católicas. D. Adelaide e D. Inácia são evangélicas. Para os católicos, a salvação está na caridade. Sendo assim, partejar poderia ser um caminho escolhido por elas para a salvação, conforme a máxima bíblica: *“Fora da caridade não há salvação”*.

Porém, para os evangélicos, ou protestantes, a salvação vem através da graça de Deus, ou a predestinação marcada, também, pela expressão bíblica: *“Pela graça sois salvo!”*. E para ser digno da Graça é fundamental agradecer a Deus.

Bessa e Ferreira (1999, p. 51), ao estudarem parteiras tradicionais rurais no estado do Acre, explicam que valores tais como: solidariedade, amor e generosidade orientam as práticas das parteiras. O partejamento, prática do cuidado e do servir, realizada de forma caridosa e gratuita, representa uma missão para com a vida e respeito para com Deus. Sendo assim, o servir tem um sentido cristão e representa cumprir uma missão confiada por Deus. Livrar uma mulher das dores do parto, a qualquer hora e lugar significa agradecer a Deus e aos irmãos, cooperando, assim, com o projeto divino.

Assim, ao evocar a misericórdia divina, a parteira executa um papel que apresenta um ritual bastante complexo, entremeado de elementos místicos, religiosos e mágicos, onde sua atuação imprime um valor altamente carismático e missionário, do qual compartilha tanto a comunidade como ela própria, reforçando e dando a dimensão exata de sua condição sagrada (BESSA; FERREIRA, 1999, p. 64).

Enfim, do ponto de vista das próprias parteiras elas se definem e diferenciam das outras mulheres pela coragem. Este atributo é necessário para atravessar invernadas escuras, no lombo de mula ou a pé, debaixo de chuva fina ou tempestade e ir até a esconderijo de bandidos para fazer um parto. “Era um serviço até perigoso. Tinha lugar que você ia atender que era perigoso, que tinha bandido e eu não sabia que era bandido” (Adelaide).

Também eram necessário nervos de aço para agüentar as emoções contraditórias e fortes provocadas pela cena do parto, como apontou D. Alexina, além de ter que lidar com os resíduos orgânicos, que para muitos causam repulsa.

Portanto, a coragem, a fé, o amor ao próximo, a solidariedade, o cuidar do próximo e a curiosidade - vontade de saber, o conhecimento atingido através da experiência, assim elas se autodefinem. Explícita e implicitamente em suas falas, surgem os atributos que constituem o “*espírito de parteira*”. E todas elas demonstram comungar neste “*espírito*”.

#### 3.4 Arte de partejar: a coexistência da caridade com um mercado de serviços obstétricos

A discussão acima tratou dos atributos da parteira. Mas em que classes sociais podemos situá-las?

- A senhora conseguiu dar uma vida digna a sua família, mas a senhora sabe se tinha parteira que passava dificuldade?
- Todas passava como eu.
- Mas luta é uma coisa, a senhora lutou, mas conseguiu. Mas, tinha alguma que passava dificuldade?
- Tinha aquelas que não tinha outra lida como eu...e era só parto. Chamava uma vez na vida, outra na morte. Aquela passava muita dificuldade. Elas eram por amor, por amor..Do tá ali atendendo...
- E a senhora ficou sabendo de mulher rica que fazia partos e gostava?
- Maria Tan. Maria Tan era rica!
- Mas o que eu fiquei sabendo era que ela vivia simplesmente?!
- Não, não era milionária, mas era uma mulher de “status”.

O que é possível entender do quadro social apresentado por D. Adelaide é que existiam parteiras de todas as classes sociais, aparentemente, porque a

parturição consistia em prática caridosa. Contudo, a assistência acabava por ser o sustento de muitas mulheres, já que não contavam com outros meios de subsistência. Estas, por serem pouco solicitadas, passavam por dificuldades. Assim, para aquelas que não souberam multiplicar as manifestações de gratidão pelos seus préstimos, ou seja, os presentes e gorjetas, talvez a parturição tivesse mais caráter de ocupação, e não apenas de atividade benemérita.

D. Adelaide, percebendo o potencial econômico da parturição, dedicou-se à criação das porcas (matrizes) e galinhas que recebia como remuneração em uma chácara, onde fez multiplicar boa parte do que recebeu. Em Londrina, durante muito tempo, antes das facilidades de transporte terrestre para carga perecível e pelo potencial de aproveitamento do rebanho, a criação de porcos teve grande importância econômica. No caso de mulheres com atividades de subsistência que possibilitasse não depender do resultado da assistência ao parto, a prática poderia ficar apenas como uma ação de caridade, um auxílio. Entretanto, por trás da afirmação repetida de benemerência de alguma delas é possível perceber que, às vezes, não era só “por amor”.

A esse respeito, voltemos à biografia de Maria Tan:

“Teve vez de D. Maria Parteira tirar o próprio avental e cobrir a criança com ele. Os imigrantes chegavam no Paraná sem dinheiro, a mulher barriguda precisando de ajuda de parto, morando em casebres por onde passava mais vento do que do lado de fora. D. Maria não recebia nada por esses partos. Mas no dia seguinte estava lá o homem que viera na semana anterior buscar D. Maria e trazendo agora uma galinha...E na casa de D. Maria Tan se vivia também a fatura de comida que o pessoal trazia para pagar o que não podia pagar em dinheiro... O marido Toshio Tan, foi preso, acusado de envolvimento com a Shibdo Remmei, a organização clandestina japonesa que pregava a resistência dos nipônicos à nova ordem mundial, mesmo depois da derrota japonesa na Guerra. E por mais de um ano Maria foi mãe e pai na casa dos Tan...Todo o trabalho dela foi para formar os filhos” (OGUIDO, S/D, p.116).

O trecho acima demonstra que D. Maria Tan utilizava a mesma lógica de atendimento de outros profissionais de saúde da época, ou seja, atender sem cobrar daqueles que visivelmente não tinham como honrar o pagamento em dinheiro. Porém, é possível entender que ela recebia pela assistência, pois como seria possível sustentar e dar estudo a quatro filhos até a universidade, apenas com fatura de alimentos e sem os rendimentos do marido, preso por um ano?

Mesmo que D. Maria Tan e seu marido tivessem chegado em Londrina em 1934, vindos do Japão com economias suficientes para fazer crescer posteriormente o patrimônio, houve, ao longo do período da Segunda Grande Guerra, confisco dos bens dos japoneses e várias outras perseguições a estes imigrantes, o que deve ter dificultado a subsistência do grupo.

Quanto ao mesmo aspecto, o comportamento de D. Adelaide não diferia muito:

Tinha vinte, trinta parteiras na cidade e elas ganhando. A gente recebia das pessoas que trabalhavam registradas. E a gente assinava a notificação de parto. Então, a gente recebia o parto bonitinho. E a gente recebia por semana de quatro a cinco partos. Mas tinha dez, doze no mês, que a gente não recebia.

Tinha época que eu ganhava trinta, quarenta, cinqüenta galinha. Ovos, depois, que minhas galinhas, lá, produzia tanto ovo que cada dois dias eu trazia dessas latas de vinte e cinco litros cheias de ovo. Mas nunca vendi um ovo. “D. Laurinda<sup>5</sup>, esses aqui é pra minhas freguesas. Esse pessoal pobre que tem aqui é que tem que levar” (Adelaide)

Pelo que pode ser visto, as parteiras urbanas recebiam pela maioria dos partos que realizavam. D. Adelaide em momento nenhum se apresentou como uma pessoa rica, ou que tenha enriquecido pelo que recebeu dos partos que fez, mas sim, alguém que por força do trabalho e empenho pessoal conseguiu conforto. Outro aspecto importante: D. Adelaide fala em *freguesas*, palavra empregada para designar indivíduo com quem se estabelece uma transação comercial e não uma assistência benemérita, mesmo que tenha utilizado a palavra para se referir àquelas que não podiam pagar.

Contudo, a auto-avaliação de D. Adelaide, apresentada anteriormente, tem em si as representações acerca da cidade como local de livre iniciativa e crescimento de acordo com o empenho de cada um. Ela possuía uma empregada doméstica, sinal de distinção social. D. Adelaide evidencia o desejo de ascensão social partilhado por aqueles que chegaram a Londrina em busca de oportunidades de enriquecimento. Além disso, surge novamente, um outro

---

<sup>5</sup> D. Laurinda Lopes foi empregada doméstica de D. Adelaide durante dezesseis anos. Incentivada pela patroa, participou dos treinamentos para parteiras no Centro de Saúde de Londrina, mesmo sendo analfabeta. Auxiliou D. Adelaide, tanto nos afazeres domésticos, como nos atendimentos a partos ocorridos na residência da família, quando não era possível realizá-los na moradia das parturientes. Seu nome consta da lista de presença do último treinamento.

aspecto particular do local, que diz respeito ao fato de possuir capital e negócios promissores não ser suficiente para distinguir socialmente um grupo ou indivíduo. Afinal, a cidade, durante a década de 60, colhia os resultados dos anos áureos da produção cafeeira.

A economia urbana florescia, a ponto dos salários pagos para as atividades urbanas fazerem inveja aos profissionais da capital do Estado<sup>6</sup>. Sendo assim, contavam muito mais alguns sinais de prestígio e distinção para os moradores da cidade do que, necessariamente, o dinheiro. No caso da família Tan e, principalmente de D. Maria, a formação educacional superior a distinguia do grupo e a família do restante da comunidade, mesmo porque: “Dinheiro ela nunca teve. Mas colocar os filhos na Universidade era um anseio que vinha de uma formação cultural sólida” (OGUIDO, s/d, p. 117). O marido de D. Maria Tan era motorista de táxi, como também era o marido de D. Adelaide.

Entretanto, o sinal mais claro de prestígio da família Tan era o fato de ter sido uma das primeiras famílias japonesas a chegar a Londrina, em 1934. Era uma família de “pioneiros”. A figura do “pioneiro” foi elaborada pelas versões históricas da colonização de Londrina, apologéticas e enaltecidas, daqueles que primeiro chegaram ao lugar. Nestes relatos, a figura do “pioneiro londrinense” é heroicizada, ou seja, eles foram relacionados à figura do bandeirante desbravador, que trouxe a riqueza para as terras paulistas, isto é, este elemento estava trazendo, para aquele ambiente selvagem, as benesses da civilização e do progresso. De acordo com esta visão, em Londrina, os pioneiros suportaram heroicamente as duras condições de sobrevivência iniciais e construíram as bases da civilização para as gerações futuras.

As famílias consideradas pioneiras desfrutaram, até hoje, de um prestígio social diferenciado. Ao chegarem primeiro, estabeleceram as relações que, dali por diante, proporcionaram melhores condições de sobrevivência para o grupo.

Como mãe que quer uma vida melhor para os filhos, D. Adelaide se esforçou para dar a eles aquilo que não teve oportunidade de conseguir, um *status* melhor por ter estudado:

---

<sup>6</sup> De acordo com o que foi discutido no primeiro capítulo quanto à questão da implantação dos ambulatórios do IAP's em Londrina.

Meus filhos estudaram. Não deixei ninguém trabalhar. Queria que todos os menino estudasse. Porque eu não tive estudo. Eu dizia: “A mãe não teve estudo. Nunca pude sentar, ajudar num trabalho, pra fazer uma matéria. Fazia de tudo. Comprava..Eu tenho uma biblioteca aqui no quarto. Comprava pra eles fazer redação na época. (D. Adelaide)

Se os salários da classe média da cidade eram bons e se vivia um momento de grande prosperidade na região, com investimento dos lucros da cultura de café em atividades urbanas, as manifestações de gratidão por parte das famílias poderiam ser muito compensadoras para as parteiras que atuavam na cidade. D. Adelaide se considerava a segunda parteira que mais “pegava” crianças em Londrina, apesar de não se ter acesso à documentação que comprove esta afirmação. Provavelmente, D. Maria Tan seria a que mais realizava partos, principalmente pela formação profissional, prestígio e antigüidade no local.

Discretamente, torna-se perceptível a concorrência entre as parteiras nas diferentes formas de atuação entre as duas e na valorização da maneira de tranquilizar as parturientes e conduzir o trabalho de parto utilizadas por D. Adelaide:

Então eu ia fazer parto, eu chegava e falava primeiro pra essas mulheres. Contava pra elas: “Você tá sentindo uma dor, o nenê tá sentindo quatro vezes mais (e é verdade!). Quatro vezes mais tudo o que você está sentindo. Você pode espernear, você pode falar, você pode levantar e o nenê nada pode fazer. Então, as pessoas (mães) ia tomando consciência daquilo e relaxando e o parto ia ficando gostoso. Tinha mulher que já tinha tido dois, três filhos. Sofria pra dede! Mas quando chegava na minha mão, elas dizia que não tinha sofrido.

E a D. Maria Tan, ela chegou na minha casa<sup>7</sup>.... Era uma japonesa riquíssima. Pouca conversa, braba. Não deixava isso...Aquilo. Aquela parteira não! D. Maria Tan não tava com nada! Então eu chegava alegre, conversando com as mulheres. Falando com elas que Jesus tava ali, que ele tava unguindo as minhas mão, primeiro, antes de tocar nelas. Quando eu botava a mão e dizia: “Senhor! Unge essa criatura através dessa mão que o Senhor ungiu. Unge essa criatura para que não sofra!”

Contudo, a concorrência não era privilégio das parteiras urbanas, conforme pode ser visto no trecho narrado por D. Tereza, a seguir:

---

<sup>7</sup> D. Maria Tan foi a parteira de D. Adelaide em seus três partos.



Eu fui na casa de uma mulher, uma vizinha, cheguei lá, D. Henriqueta tava fazendo o parto dela. E nesse tempo a gente aplicava uma injeçãozinha que o nenê que tava parado, não desgrudava e, aí aplicava um centímetro de injeção, aí logo ficava resolvido. E D. Henriqueta tava lá e não aplicava injeção e a mulher sofrendo. Aí eu falei assim: "A senhora aplicou um centímetro de injeção?" E ela disse: "Não eu não aplico injeção." Então eu peguei e disse pra ela assim: "Eu já tenho o costume de aplicar conforme tá a criança." Aí eu apliquei e a menina nasceu na minha mão. Não foi nem ela que atendeu. E eu fui passear lá, nem sabia. Dali foi mais ainda. Dali, as vizinhas em roda, tudo iam atrás de mim (Tereza).

Pelo que parece, D. Tereza foi passear na casa da vizinha como quem não sabia de nada e não queria nada. Entretanto, sua presença foi providencial para a mãe e a criança. A narrativa acima demonstra o interesse de valorizar-se perante a comunidade como parteira mais hábil e competente. Contudo, D. Tereza nunca cobrou pelo atendimento, pois: "Eu ia pra fazer uma caridade" ou então "Às vezes, ganhava uma grojinha. Quem podia dar. Senão, eu tava contente a mesma coisa, que minha mãe tinha sido assim." (Tereza)

Diante do quadro apresentado, é possível supor que a maioria das parteiras de Londrina era composta de mulheres simples, com pouca ou nenhuma formação escolar. A instrução era para a maioria da população um verdadeiro luxo. Afinal, era preciso que toda a família trabalhasse duro, o dia inteiro, para o sustento e o pagamento das terras. Além disso, as escolas eram poucas, como eram poucos os hospitais. Assim como eram poucos os médicos, professores formados também eram raros, tanto que o alto nível de instrução era entendido como sinal de *status*.

Pelo visto, essas mulheres alternavam a parturição com outras atividades de subsistência, ou mesmo eram donas de casa que, em um momento de necessidade, ajudavam outras mulheres na hora do parto, o que não impedia que a parturição resultasse em ganhos consideráveis para as parteiras mais requisitadas, principalmente se a atividade fosse bem administrada junto com outras fontes de subsistência.

No caso de D. Maria Tan, uma profissional formada por um curso superior, atender partos era prática profissional. Portanto, mesmo que motivada por uma vocação pessoal ou de fundo religioso, era esperado que a obstetriz fosse remunerada pela assistência.

Portanto, é lícito pensar que mesmo que todas partilhassem do “espírito de parteira”, cada uma delas tinha expectativas, motivações e interesses particulares.

Adelaide buscava realização pessoal e profissional na parturição, além de ascensão e reconhecimento social. Alexina partejou porque era necessário diante da solicitação da comunidade. Tinha coragem e aprendeu com a prática. A comunidade reconhecia nela alguém capaz para desempenhar tal tarefa. Assim, a lógica para explicar o partejamento na vida desta mulher é a do reconhecimento social e a solidariedade.

Tereza seguiu os passos da mãe. Provavelmente, ao observar o reconhecimento atingido por ela perante a comunidade, tenha aceitado o encargo que lhe foi atribuído. Por este motivo não cobrava, mesmo porque a população na região em que atendia era, em sua maioria, muito pobre. A caridade do cristianismo católico é parte da lógica explicativa para dedicar-se ao partejar. Contudo, ela gostava de *trabalhar* de parto. Sua felicidade residia no sucesso de seus atendimentos. Para poder desempenhar melhor, ou seja, ter maiores garantias de êxito no que fazia, tinha interesse em se aprimorar do ponto de vista do saber médico, nessa época, já reconhecido como autoridade.

Inácia decidiu trabalhar como enfermeira ainda em Presidente Bernardes. O contexto urbano no qual iniciou sua prática e a fonte de seu saber, a medicina, já aponta para a lógica profissional, ou seja, realização pessoal, reconhecimento social ligado a uma profissão e ascensão social.

Portanto, o contexto em foco apresenta mais uma particularidade. A prática do partejamento comportava a caridade, baseada nos valores ético-morais religiosos que as parteiras partilhavam, sem eliminar o potencial econômico da prática em meio ao mercado de serviços obstétricos que se apresentava. É possível que a coexistência entre as duas éticas, a dos profissionais de saúde, no caso de D. Maria Tan, com a ética caritativa da prática tradicional das parteiras, fosse, aos poucos, permitindo às parteiras locais assumirem um comportamento mais alinhado com a idéia de que a parturição poderia desempenhar em suas vidas o papel de atividade profissional aliada a ideais humanitários.

### 3.5 O contexto do atendimento ao parto em Londrina: a visão da parteira

No caso específico do depoimento de D. Adelaide, foi possível retirar alguns elementos que recuperam parte do contexto da assistência ao parto, no distrito urbano de Londrina, os quais corroboram as informações contidas no capítulo anterior. No que diz respeito aos serviços de saúde voltados para a assistência ao parto, é possível constatar em sua fala:

Era superatrasado Londrina, na época...Em 1962, faz tempo né? Tinha o São Leopoldo, tinha tudo lá nessa época. Tinha tudo..." (acerca da existência de hospitais na cidade)  
 E a gente atendia na cidade...Todo o tipo de família..com dinheiro sem dinheiro...  
 - Na época não era costume mesmo hospital para parto?  
 -Não era, na época não era, muito difícil. E quem ia no hospital era gente que tinha muito dinheiro. E aí pagava no hospital."  
 -A senhora acha por quê? Por que a mulher tinha vergonha de ir ao hospital?  
 -"Não, eu acho que era a lei...Então era a gente...."  
 -Então a senhora acha que era mais a lei de um costume?  
 - Lei... lei da... da...selva...Era lei da selva...Eles catavam as pessoas que eles mais gostava. Eu era a segunda parteira que mais pegava criança em Londrina. (D. Adelaide)

A hesitação e a contradição que surgem na fala de D. Adelaide podem estar relacionadas à construção de uma memória contraditória das representações acerca da própria cidade e dos serviços médicos, como também, das contradições vividas por D. Adelaide durante o período no qual exerceu a parturição. Como visto no capítulo anterior, as representações elaboradas pelas elites e compartilhadas por boa parte da população sobre Londrina como uma cidade confortável, moderna, que possuía hospitais e concentrava quase todos os leitos e serviços médicos na região, contrastam com a memória pessoal da depoente.

Ao mesmo tempo em que fala da existência de hospitais, também afirma a escassez de leitos destinados para o atendimento ao parto no município. Tal informação vem ao encontro do que se verificou na documentação oficial e dos trabalhos acadêmicos contemporâneos ao período estudado, a respeito da capacidade de atendimento dos serviços médicos existentes. Apesar da

concentração de leitos hospitalares no distrito sede da cidade, a relação leito por habitante era insuficiente para a demanda populacional, ou seja, nas palavras de D. Adelaide, Londrina era “muito atrasada”, ao lembrar D. Joana, a parteira que a estimulou a procurar o Centro de Saúde para o registro, “Você precisa ser parteira. Não pode...tem tanta gente aí sofrendo...”

Até a abertura do Hospital Universitário em 1971, não existia nenhum hospital público oficial na cidade (conforme quadro apresentado no segundo capítulo) As instituições anteriores eram ou particulares, ou filantrópicas. Estas recebiam a população pobre como “indigente”. Mas esta categorização do paciente, pelo que parece, nunca ficou bem definida, como pode ser observado no trecho a seguir:

-Não podia acompanhar a paciente?

-Não, era muita segura dessas irmãs, né? Também, era regulamento do hospital né, eu creio. Também, não ia pagar. E se ia pagar, era lá não sei como...daí tinha que vir o marido, tinha que assinar. Era complicado era complicado (Adelaide).

É possível perceber, através da fala de D. Adelaide, uma certa indefinição quanto ao pagamento da conta do hospital. Ela achava que o atendimento seria gratuito, mas o marido tinha que ir assinar. Mesmo assim, o processo não seria muito fácil, pois a questão do pagamento era, em suas palavras, “complicada”. As condições para se conseguir a gratuidade, deviam ser bastante restritivas, principalmente se pensarmos na população pobre de Londrina, na época. De origem rural, com baixa escolaridade e desconhecadora dos labirintos da burocracia em que se encerrava a administração hospitalar do local. Em 1962, quando D. Adelaide se registrou como parteira no Centro de Saúde, sequer o INPS tinha sido organizado e com ele a rede de hospitais credenciados. Nas instituições que passaram a fazer parte da rede conveniada, em geral, apenas parte dos leitos era destinada ao atendimento dos contribuintes, restringindo as possibilidades de internação.

A questão da moral sexual, segundo o ponto de vista da depoente, no que diz respeito a constrangimentos de a mulher se expor a estranhos no hospital, não era o motivo mais forte da preferência pelas parteiras. Ao dar menor importância à questão do acanhamento feminino, é possível relacionar-se o fato

de que os partos normais, em geral, eram realizados pelas parteiras, auxiliares de enfermagem ou freiras nos hospitais. Os médicos só eram chamados para casos cirúrgicos, mesmo no ambiente hospitalar. Isto é confirmado pelo depoimento de D. Inácia, que atuou no Hospital do distrito urbano de Lupionópolis.

-A senhora fazia partos no hospital?

-Não posso nem te contar quantos...Então, eu fazia. O médico falava assim...O Dr. Laércio...Eu chegava lá pra fazer, ele fazia o exame e vinha embora para casa e dizia: "Você se vira aí, Inácia", ele falava. Aí eu ficava...naquele cuidado. Quando fazia o parto e o nenê chorava, aí o médico vinha ver e dizia: "Já nasceu?" Ele dava uma olhadinha assim e: "Continua, continua...Continua..." Eu dava corte, anestesia e ponto. Tinha todo o material que precisava.

Diante da escassez de pessoal auxiliar de saúde na região, todas as entrevistadas afirmaram terem sido convidadas a trabalhar em estabelecimentos hospitalares. As outras depoentes não chegaram a atuar em hospitais por motivos relacionados à dificuldade de conciliar as atividades de mãe e dona de casa com os horários fixos do hospital. Em uma cidade de menor porte como Lupionópolis, a assistência feminina ao parto dentro do hospital ocorria de fato. Não houve confirmação, por parte das parteiras, de como esse serviço era cobrado das famílias, tampouco foi possível o acesso à documentação que esclarecesse a situação. Os arquivos de hospitais, principalmente os de iniciativa privada, são cercados de restrições para a consulta, seja por motivos éticos, seja por motivos legais, entre outros. Apurou-se que a remuneração das parteiras pelo serviço realizado no estabelecimento era muito baixa e seu valor fixo, independente do número de partos ou tipo de serviços realizados por elas dentro da instituição. Em boa parte do tempo elas atuavam também como auxiliares de enfermagem. D. Inácia, insatisfeita com o regime de trabalho, pediu demissão depois de anos de serviço.

Uma situação como a vivida por D. Inácia poderia ocorrer em Londrina. Talvez por essa razão e, por D. Adelaide conhecer a realidade do atendimento feminino realizado nos hospitais na região, ela não tenha considerado a vergonha feminina e a exigência da família em resguardar o recato, como fator fundamental pela preferência da assistência domiciliar realizada por parteiras, visto que, se

eram as mesmas parteiras a realizarem o parto normal dentro do hospital, por que não realizá-lo em casa, sem pagar mais caro?

Enfim, o peso que o recato feminino teria na preferência das parturientes pelas parteiras, em função da exposição diante dos médicos nos hospitais, ficou minimizado pelas particularidades dos atendimentos realizados nos hospitais naquele contexto. Portanto, o aspecto econômico parece ter influenciado mais na preferência pela parteira, além do costume de realizar o parto em casa, por boa parte das famílias. Este aspecto será apresentado mais detalhadamente a seguir.

### 3.6 Parteira era só para pobre?

Vimos nos itens anteriores, aspectos quanto ao pagamento dos serviços obstétricos fornecidos pelas parteiras, quanto pelas instituições hospitalares. Mas quais os grupos sociais que uma parteira atendia naquele tempo? E onde as parteiras atuavam?

Tudo! Cidade, sítio, fazenda. Até na zona do meretrício a gente ia. ..Todo o tipo de família, com dinheiro, sem dinheiro.” ...”Não importava, tivesse dinheiro, não tivesse. Galinha, um frango” ...Tinha toda gente que eu atendia os filhos aqui, que era fazendeiro. Eles matava os boi no Mato Grosso. Chegava em casa, o pernil ainda tava quente. Porque eu atendia os filhos dele. Fazendeiro! Com dinheiro! (Adelaide).

Apesar de afirmar que aqueles que tinham muito dinheiro podiam pagar o parto hospitalar, pessoas de posses requisitavam os serviços de D. Adelaide. No exemplo dado por D. Adelaide, para que o pernil chegasse ainda quente do Mato Grosso, a carne teria que ser enviada de avião. Este fato não é estranho ao contexto da cidade na época, tendo em vista que muitos daqueles que iniciaram seus negócios agropecuários nos primeiros anos do município e enriqueceram, começaram a expandir seus investimentos para o centro-oeste do país que, a partir das décadas de 60 e 70, começava a despontar como nova e promissora fronteira agrícola. O envio aéreo de todo tipo de encomenda era costume, pois o avião monomotor firmou-se como meio de transporte por excelência dos fazendeiros, tendo em vista a precariedade das vias terrestres e a razão

custo/benefício proporcionada pelos pequenos aviões particulares a seus proprietários<sup>8</sup>.

Ao lembrar este fato, D. Adelaide valoriza-se no mercado de serviços de assistência ao parto e ao mesmo tempo aponta para a manutenção de um costume que permaneceu entre as famílias de origem rural que passaram a morar nos centros urbanos. Demonstra a força de concepção do evento do parto como ocasião familiar e social, portanto, destinada ao ambiente privado, bem como a desconfiança em relação ao ambiente público, no caso o hospital e seu tratamento mais impessoal e, também, a permanência da idéia de que apenas partos com complicações eram destinados ao médico e ao hospital.

Estas idéias estão de acordo com o que Kobrin (1984, p. 361) aponta em seu artigo, já discutido anteriormente, no que diz respeito a essas mudanças nos centros urbanos dos Estados Unidos ocorridas no início do século XX. As famílias de elite já haviam absorvido o hábito de contratar serviços médicos e realizar o parto no hospital como forma de distinção social e demonstração de poder econômico, o que, no caso de Londrina, está de acordo com a repetida afirmação de que parto com médico em hospital era só para rico. Afinal, mesmo que parte da população com capital suficiente para arcar com os custos da assistência hospitalar não mantivesse este hábito, é possível perceber que a opção por este tipo de atendimento estava estreitamente associada ao aspecto de distinção social. O fato de apenas ter dinheiro não distinguia a família (como já discutido quando da apresentação de D. Maria Tan), era necessário ter prestígio e outros símbolos de diferenciação, como formação educacional avançada, fazer parte da alta burocracia estatal, ser de família pioneira e possuir hábitos e costumes que distinguissem estes grupos.

No mesmo artigo, Kobrin (1984, p. 361) explica que o costume de se contratar uma parteira persistiu por mais tempo entre os imigrantes de origem rural, pois a parteira tinha migrado junto com o grupo.

De acordo com esta lógica, em Londrina, o parto hospitalar com médico podia figurar como sinal de distinção social, de status e possuir dinheiro suficiente

---

<sup>8</sup> Segundo informações contidas na homepage do aeroporto de Londrina, administrado pela INFRAERO, o aeroporto local foi durante as décadas de 50, 60 e ainda nos anos iniciais da década de 70, o terceiro com maior tráfego aéreo do país. Perdia apenas para Rio de Janeiro e São Paulo.

para pagá-lo não garantia que a família preferisse tal assistência, pois todas as entrevistadas alegaram que o atendimento no hospital era só para ricos. Se fazendeiros proprietários de aviões particulares, terras no Mato-Grosso e gado eram seus clientes e, com certeza, tinham muito dinheiro, os *ricos* que preferiam pagar mais caro no hospital eram, provavelmente, famílias ligadas a atividades urbanas, as quais faziam questão de se diferenciar daqueles que ainda guardavam hábitos rurais.

Para as famílias de origem rural, era comum o evento do parto ser encarado como um acontecimento social de importância para a comunidade e, por este motivo, deveria ser realizado em condições que permitissem facilidades de controle por parte dos familiares.

Outro exemplo de comunidade que entendia o evento do parto como um momento que necessitava do controle do grupo pode ser verificado entre os imigrantes japoneses. Estes tinham um comportamento que demonstrava a relevância do nascimento para toda a colônia. Isto fica claro no relato de D. Adelaide, a respeito do desfecho dramático de um parto para o qual foi chamada para auxiliar outra parteira menos experiente:

Eles foram me buscar, eu a Adelaide. E ela desesperada, porque ela pensou que os japoneses iam linchar ela ali. E eu cheguei e fui..e chamei a japonesada. Japonês tudo de terno. Porque quando um japonês ia ganhar neném, até nisso era bonito. Vinha tudo, tudo de terno. Tava ali, já tava aquele mundão. Tinha uns dez japoneses ali de terno. E a mulher ali.

Este trecho dá a entender que existia grande solenidade no comportamento da comunidade japonesa<sup>9</sup>, por ocasião do parto.

As parteiras urbanas em Londrina atendiam todos os estratos sociais, se levarmos em conta a narrativa de D. Adelaide e a biografia de D. Maria Tan, duas das poucas fontes locais a respeito de parteiras urbanas.

No caso das parteiras que atuavam no distrito rural, a clientela era composta de parentes, amigos e vizinhos. E de acordo com D. Tereza, “*Era tudo pobre por lá*”. D. Alexina atendeu, sobretudo, parentes. Realizou praticamente o parto de todos os sobrinhos e netos. Como discutido anteriormente, os produtores



rurais em melhores condições econômicas migraram para o distrito urbano. Estes buscavam na cidade conforto para a família. Os que ficaram nos distritos rurais, em sua maioria, foram trabalhadores agrícolas assalariados, pequenos proprietários e arrendatários. Como dispunham de pouco excedentes, remuneravam a parteira com pequenas quantias quando dispunham de dinheiro ou, o que era mais comum, presenteavam-nas com alimentos.

### 3.7 Treinamentos: recrutamento, motivações e interesses

Um aspecto interessante que surgiu espontaneamente durante o relato das parteiras diz respeito ao medo que algumas parteiras sentiam de se apresentarem para registro e treinamento nos postos de saúde. O tema por si já é suficiente para a elaboração de outras pesquisas. Entretanto, ele está focado neste capítulo por ter surgido em função da valorização da coragem como forma de diferenciação daquelas que aceitaram, por interesse próprio, participar dos treinamentos.

#### D. Adelaide relatou como foi convocada para os treinamentos:

É 78 esse curso...O primeiro curso não foi, como é que se diz, notificado? Foi uma coisa assim: ia de uma em uma, individual. Uma coisa assim, cheia de dificuldade. Mandava chamar e ela vinha. E eles falavam, falavam sobre. Aí, foi quando o chefe de Saúde do Paraná deu essa opção de coisa (curso) (Adelaide).

Por estar cadastrada no Centro de Saúde, recebeu uma correspondência que a notificou para a realização do treinamento, assim como as outras que faziam parte do mesmo cadastro. Ela atuava, por iniciativa própria, no recrutamento daquelas que tinham medo, ou seja, ela se preocupava em ampliar o serviço, como se fosse também responsável por ele.

Eu as levava, pergunta pra'quela alemã (Sigrid). Eu ia buscar as mulheres, porque não vinha...Eu ia atrás buscar.  
-Por que elas não vinham?

---

<sup>9</sup> Uma das maiores colônias japonesas existentes no Brasil fica a 20 km de Londrina, no município de Assaí.

- Olha, tem pessoa humilde que tem medo das pessoas. Não sabe se as pessoas vão fazer mal. Mas, não...Lidar com o povo..
- Elas estranhavam as pessoas diferentes?
- É, é ...Tinha vergonha de falar...
- D. Laurinda era parteira?
- D. Laurinda fez curso. Ela trabalhou comigo dezesseis anos.
- Então, ela foi junto?
- A minha vida toda. Ela era meu braço direito! Eu saí pra atender fora, e ela ficava com a parturiente lá em casa, dando banho no nenozinho. Eu falei assim: "D. Laurinda, melhor...'Mas eu sou analfabeta'....Não importa!"
- D. Laurinda ainda é viva?
- D. Laurinda é viva, ela tá velhinha. Ela não vai dar esta entrevista pra você. Não vai dar. Ela é cismada.Vai pensar "Sei lá o que vão fazer..Imagine eu contar que fiz tanta criança nascer" (D. Adelaide)

Na época que eu fiz o curso no Paiquerê, tinha a D. Henriqueta. Ela era parteira. Ela fez o curso junto comigo, esse curso. Ela tava doente, ela morreu. Aí, fiquei eu.

- Só lembra de uma que fez o curso?
- Fez mais duas, mas não me lembro o nome.
- Mas, poderiam existir outras parteiras no lugar?
- Podia. Porque eu não tinha medo, não. Medo "deles" sabe? Eu interessava fazer o curso.
- E a senhora acha que elas tinham medo de fazer o curso?
- Não são todas que tinham coragem não. Não eram todas. Eles chamaram mais. Mas não tiveram coragem.
- Medo do que?
- Tem medo de ocorrer da criança nascer morta. Tudo. Acho que isso, elas tem medo. Não precisa ter medo. Não precisa ter. E ali elas ensinam tudo (D. Tereza)

Como apontado no início deste capítulo, um dos maiores méritos dos treinamentos foi a harmonização das relações entre parteiras e médico e com isso diminuir as conseqüências negativas desta relação conflituosa. Nos depoimentos das parteiras, os motivos do medo não ficam explícitos. Porém, se lembrarmos das palavras tanto do Dr. Ayres, como de Sigrid Feliciano é completamente compreensível o medo que algumas parteiras tinham. Afinal, alguns médicos tinham até ódio delas. De acordo com o Dr. Ayres, o recrutamento era realizado enviando-se as enfermeiras de Saúde Pública a campo na tentativa de localizar as parteiras. Como pode ser visto no trecho a seguir:

Fizemos o cadastro das atendentes. É difícil fazer o cadastro das atendentes. As coitadas têm medo. Então tínhamos uma equipe de enfermeiras da Saúde Pública dos distritos e uma da supervisão da Secretaria da Saúde (Dr. João Dias Ayres).

Entretanto, a resistência das parteiras tinha que ser quebrada. Então, as estratégias de recrutamento tinham que estar voltadas para este objetivo. Daí o convite em tom festivo e confraternizador:

Então Dr. Arnaldo localizou e fez um cadastro. O que era fácil fazer, em um lugar pequeno. O chefe do distrito...Se eu mandasse uma visitadora sanitária: “ Você vai lá falar com o chefe do distrito. Ele mandava o prefeito arranjar pra você um jipe, você vai percorrer porque nós precisamos conhecer as pessoas que atendem os partos em casa. Aí nós unimos esse pessoal e: “Tá convidado, tal dia vai ter uma aula , vai ter um almoço...” (Dr. João Dias Ayres).

O discurso dos realizadores dos treinamentos de parteiras tradicionais focalizados neste estudo está dividido entre a valorização do potencial e do saber tradicional dessas mulheres, no caso de Sigrid Feliciano e a negação do mesmo no caso do Dr. João Ayres, como foi possível observar no início do capítulo. A bibliografia consultada aponta para esta heterogeneidade de opiniões em meio aos profissionais de saúde. As parteiras constituíam assunto de polêmica dentro da classe médica e entre outros profissionais de saúde com treinamento superior ao delas. Kobrin (1984), Pereira Neto (2001) e Proganti (2002), Smith (1996), como também Mott (1998), entre outros trabalhos que estudaram as parteiras, descreveram a divisão da classe médica, quanto ao aproveitamento do potencial dos serviços da parteira. Apesar da discussão destes trabalhos se concentrarem no período da passagem do século XIX para o XX, é possível entender, em parte através deles, o medo que algumas parteiras sentiam ao se apresentarem ao posto de saúde para o treinamento.

Os estudos acima mencionados explicam que, ao longo do século XIX e início do século XX, a obstetrícia buscava se firmar como ramo da medicina científica de então. Mesmo que parte da classe médica entendesse que a prática das parteiras era imprescindível diante dos poucos recursos materiais e de pessoal para o atendimento da população e que o treinamento destas mulheres, com conhecimentos básicos de higiene e técnicas para a realização de partos, resolveria de forma rápida e econômica muitos problemas de infecção pós-parto e mortalidade perinatal, uma parte significativa dos profissionais era a favor da eliminação completa das parteiras leigas.

Os autores destacam que, para convencer o restante dos colegas de profissão, estes grupos e, principalmente os obstetras, utilizaram como estratégia a desqualificação da “concorrente” e a limitação clara das atividades das obstetras, parteiras formadas pelas faculdades de medicina. Estes procedimentos tinham como objetivo definir o monopólio do atendimento aos partos para aqueles especialistas.

Aproximando-se mais do período focado nesta dissertação, Nóbrega (1987) relata as dificuldades enfrentadas em seu trabalho de enfermeira de saúde pública para implantar um programa de treinamento de parteiras tradicionais em Recife, nas décadas de 60 e 70 do século XX:

Embora essas parteiras tenham sido bem aceitas pela clientela, o mesmo não acontecia em relação aos profissionais de saúde. Pelo fato de algumas delas, por falta de preparo, cometerem erros, alguns até graves. Médicos, obstetras, enfermeiros e autoridades ligadas à saúde pública perseguiam-nas como se fossem criminosas propositais e as faziam sentirem-se indesejáveis à sociedade (NOBREGA, 1987, P. 02).

...em observância ao Decreto-Lei n ° 8778/1946 e à Lei n ° 3640/1959, a autora deste trabalho comprometeu-se a orientar as parteiras “curiosas” de Pernambuco. Porém, somente em 1964, conseguiu tal atividade, apesar de ter que enfrentar insatisfação dos médicos, de obstetras formadas por faculdades de medicina e até de algumas enfermeiras. Sua pretensão teve prosseguimento graças ao apoio da então diretora do centro de Saúde Amaury de Medeiros, no Recife, do secretário de saúde e do então do Governador de Pernambuco, que acreditaram e permitiram a implantação do programa de Parteiras Tradicionais. (NOBREGA, 1987, p.03).

Recife não é Londrina. As duas, além de separadas por distâncias geográficas consideráveis, possuem contextos histórico-culturais diversos. Entretanto, a pesquisa de Nóbrega (1987) abarca um período histórico praticamente contemporâneo ao qual os treinamentos de Londrina se realizaram e, trata-se de um estudo no mesmo país. O estudo de Nóbrega vai de 1965 a 1976. O cadastro e controle das parteiras pelo Centro de Saúde em Londrina existiram, segundo D. Adelaide, pelo menos desde 1962, quando ela se registrou na instituição e, constatou-se que estes serviços terminaram após 1978, ano do último treinamento.

No trecho acima, verifica-se que houve um longo período de tempo decorrido entre a data da edição da legislação específica para o treinamento de

parteiras e o início efetivo do programa liderado pela enfermeira. Este lapso de tempo aponta para um aspecto importante.

A documentação citada acima é o exemplo da dificuldade de implantação destes programas de treinamento no Brasil. Ao somarmos ao relato de Sigrid Feliciano acerca da resistência dos médicos em Londrina constatamos a permanência, em longo prazo, da rejeição do diálogo por parte da classe médica com os saberes tradicionais de cura. O medo das parteiras, ao evitar o contato com as autoridades médicas e participar dos cursos, não sem razão, está fundamentado em longos anos de desqualificação de sua assistência.

A realização dos treinamentos em boa parte do território nacional intensificada nos meados da década de 70, como já falado anteriormente, demonstra o fortalecimento político de grupos dentro da classe médica mais afeitos ao diálogo com outras formas de saberes de cura, que não apenas o da medicina alopata e científica (NOBREGA, 1987, p. 04).

Uma das acusações freqüentemente feita às parteiras é de que elas realizavam abortos. Tão repetidamente encontra-se esta acusação na bibliografia sobre o assunto que, às vezes, a repetição exaustiva parece querer, sutilmente, imputar esta prática somente às parteiras, esquecendo-se que isto não é um procedimento exclusivo do grupo. Apesar de o aborto ser um assunto polêmico e, por si só, constituir-se alvo de inúmeras discussões e trabalhos, aqui serão apenas apresentadas algumas ponderações sobre a questão, no que diz respeito ao objeto deste trabalho.

Apenas uma vez os funcionários da secretaria de saúde mencionaram o assunto. Sigrid Feliciano explicou que, ao iniciar o controle das parteiras, as que se cadastravam, se faziam aborto, paravam com a prática, pois passavam a estar sob vigilância e tinham o reconhecimento das autoridades para o partejamento.

A esse respeito foi possível constatar, ao realizar-se uma consulta aos Autos do Fórum da Comarca de Londrina<sup>10</sup>, entre os anos de 1934 e 1979, pelo termo de pesquisa “parteira” que, dos oito processos encontrados, três eram

---

<sup>10</sup> Processos Criminais da 1ª vara da Comarca de Londrina: Pc. 18, A C n° 161/5, Pc. 14, A C n° 41/40. Processos Criminais da 2ª vara da comarca de Londrina: Pc. 82, A C. n° 128/69, Pc. 94, A C. n° 36/65, Pc. 35, A. C. n° 9862/61, Pc. 01, A C n° 38/40, Pc. 73, A C n° 107/6, Pc.62, A C n° 8575.

referentes à acusação de aborto. Nenhum dos processos referentes a aborto era contra uma das parteiras treinadas. Os processos restantes constam como “exercício ilegal da medicina”. Provavelmente, por terem as acusadas saído dos limites estipulados pela legislação para a assistência feita por parteiras. Também esses processos não tinham como réis as participantes dos treinamentos. Ou seja, as acusadas eram parteiras que se consideravam como tal, mas não desejaram participar dos cursos, por razões que podem parecer rima fácil, entretanto, muito provavelmente nunca serão conhecidas.

Durante as entrevistas com as parteiras, apenas D. Adelaide falou espontaneamente sobre o assunto. Porém, pediu para desligar o gravador. Ela contou que ficou sabendo de uma parteira que realizava abortos em Londrina, por ter cuidado de mulheres que a procuravam com complicações decorrentes do procedimento. Da parte das parteiras, a sempre lembrada formação religiosa dessas mulheres vê o aborto como um pecado grave. Um momento no qual a parteira deixa transparecer o controle e preconceito exercidos sobre as parteiras e suas práticas, por parte das instituições religiosas, era quando elas internavam as parturientes em situação de emergência na Santa Casa, conforme o trecho a seguir:

A Irmã Tereza, ela sempre tava ali (Santa Casa). Ela sempre recebia a gente e encaminhava. Só que nós entregava (a parturiente de risco), ela examinava e via como tava a situação, pra vê se nós tinha culpa. Você entendeu, né? Mas dali, elas (as irmãs) tomavam conhecimento e tudo. E sem cerimônia: “A senhora dá licença, pode ir, já tá entregue” (Adelaide).

Como pode ser visto, a maior preocupação das religiosas que atuavam na Santa Casa, quando da internação de uma gestante, situação esta que ocorria apenas em casos de complicação, era verificar se as condições de risco da pacientes não tinham sido causadas pela parteira, isto é, imperícia ou aborto provocado. E não permitiam que a parteira acompanhasse a gestante durante a internação.

Apenas isto talvez não impedisse que uma ou outra realizasse abortos. Entretanto, a religiosidade constituía-se em uma restrição significativa. No caso da legislação brasileira, aborto é crime. Só por este fato é bastante constrangedor para essas mulheres tocarem no assunto.

Como diria Smith (1996, p.132), sobre o silêncio “gritante” a respeito do assunto por parte dos funcionários do Quadro Estatal de Saúde do Mississippi, o medo das parteiras de perderem suas permissões de prática, ao serem flagradas realizando aborto, impediu que as parteiras negras das áreas rurais do Estado atuassem desta forma. Parece que aqui, mesmo não havendo exigência de uma permissão para o atendimento, os treinamentos acabaram por surtir um efeito similar, pois, ao estarem ligadas ao posto de saúde, estas mulheres tinha o respaldo do Estado para atuarem, o que significava maior tranquilidade para seguirem no atendimento. Neste sentido, o depoimento de D. Tereza é significativo. De acordo com o seu relato, o convite para o treinamento foi feito por conta de uma parturiente que ela enviou para o Hospital Universitário, de acordo como trecho a seguir:

E aí quando foi um dia, um senhor veio me buscar pra mulher dele. Aí eu fui. O hospital HU (Hospital Universitário) ainda não sabia que eu trabalhava de parto. Que eu ainda não tinha feito curso. Aí chegou lá, o parto tava difícil, precisava cesárea e, eu mandei pro hospital. E lá o marido dela falou que a parteira tinha mandado pro hospital. Porque era preciso cesárea. E lá no H. U. foram atrás. Quando eu os vi chegando, me chamando pra fazer o curso, aí eu topei, já fui fazer. Eu gostava de trabalhar de parto (risos). Aí eu fui fazer o curso. Fiz um, fui trabalhando. Aí, chamaram novamente. Aí eu fiz outro. Depois fui trabalhando.  
Eu deixei o nome lá. Eu tinha carta assinada. Porque o médico assinou. Eu trabalhei, assim, com mais confiança. Porque o médico assinou pra eu trabalhar. Ai ele deu ordem pra eu sair. (Tereza).

É quando surge novamente o assunto medo:

Eu não tinha medo deles, sabe? Eu interessava fazer o curso. Não precisa ter medo. E ali eles ensinam tudo, tudo certinho. Era só a gente acompanhar. E porque a gente tá aprendendo ali, a gente não esquece o que precisa fazer.

Os depoimentos acima expressam interesses por parte de D. Tereza de duas ordens. Primeiro, a segurança para continuar partejando tendo o apoio e reconhecimento dos serviços de saúde e, segundo, atender a curiosidade, a vontade de saber mais a respeito do assunto, o que, conseqüentemente para D. Tereza, significava melhor desempenho e êxito no partejamento.

Neste caso, o Hospital Universitário, por concentrar o atendimento às parturientes pobres em situação de risco enviadas pelas parteiras e por sediar as atividades do curso de medicina, utilizou outra estratégia de recrutamento. Através destas parturientes, consegui encontrar D. Tereza na região onde a instituição mantinha um centro de treinamento, o CRUTAC – Ld. (Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária de Londrina). Foi neste local, sediado no distrito rural do Paiquerê, onde D. Tereza participou dos dois cursos, anteriormente mencionados.

### 3.8 Saber tradicional e saber adquirido nos treinamentos

Ver-se-á a seguir como as parteiras entendiam o conhecimento que adquiriram com a experiência de suas vidas e a relação deste com o saber recebido nos treinamentos.

Eu adorava fazer parto. Adorava assistir... Já tinha aquele negócio pra mim. Era uma coisa da minha cabeça, não era ninguém que me instrua. Era eu que tinha aquela coisa de saber...isso não pode ser assim, isso não pode ser assado.”

Eu aprendi a fazer o ponto de curiosa. Eu picava e fazia o ponto. A coisa mais linda!

Eu nunca deixei de fazer exame para saber se era homem ou mulher. Só apalpando a barriga da mulher eu sabia se era homem, se era mulher. E Deus nunca deixou o diabo cegar a minha mente ou a minha mão.

O treinamento que elas davam pra gente era muito bom. Era..era de prática, de higiene. E tanto que a gente dava palestrinha pra aquelas mulheres que tava esperando nenê. Elas vinha e falava: “D. Adelaide, a senhora vai ter meu filho?” e eu: “ Que dia teve a menstruação? Quando? Aí eu contava e dizia: “ A senhora vai ter o filho em tal tempo. Mas não foi médico que me ensinou. Os médicos disse pra mim que era mentira a minha conta. Mas aí os médicos foram... Eu fui fazendo calo neles. Daí eles aprenderam que eu tava certa. Que a Ciência é uma coisa perfeita! Nunca errei. Então, e daí elas ensinavam ou aprendiam. Isso eu não aprendi no posto de saúde não, eu aprendi com a minha vida, trabalhando. Então, elas vinha e daí, eu ia dá aula de higiene pra elas. Eu ia ensinar como elas ia ser limpa...(D. Adelaide)

A coragem que Deus me deu e o ensino que o médico tinha dado... Eu sofri muito aqui nesse lugar. Aplicava injeção, cuidava de feridas e outros problemas de saúde. Coragem, fé, privilégio da graça de Deus de nunca ter perdido uma mulher nas minhas mãos e nenhum nenê.

O Dr. Fernando Motinho, do Rio de Janeiro, chegou na minha cidade (Presidente Bernardes) e abriu um consultório e, não tinha enfermeira. Eu, como toda vida fui uma pessoa de muita coragem, enfrentei de trabalhar com ele de enfermeira. E trabalhei e me formei na situação de chegar até aqui em Lupionópolis.



Nos primeiros anos, não tinha ninguém que trabalhasse no posto. Eu saía do hospital e ia trabalhar no posto e não tinha médico. A população me deu muito valor. Mas infelizmente os médicos que vinham no hospital, pelo estudo deles, eles achava, de como eu não tinha estudo, e eu não tinha mesmo, só tinha o primário. Então, eles achavam que pelo estudo deles eles eram grande coisa. E eu pela minha fraqueza, eu era pouca coisa.. Mas no serviço eu era grande coisa! (D. Inácia).

E eu, desde lá de Minas, já comecei a trabalhar de parto. A vizinha chamava eu pra companhia e ..ela ia ficando cada vez mais ruim. Quando ia ver, eu fazia o parto. E aí, já começaram a me chamar de parteira e lá vou eu. E eu tava vindo tudo..porque minha mãe foi parteira.

-Qual o nome dela?

-Ana Cândida Mendes. Então, eu via que vinha tudo bem com a criança, aí eu fazia o parto. E pra ali começou. E quando eu vim pro Paraná, eu prosequia a mesma. Quando foi um dia, foi um senhor me buscar pra mulher dele. Aí eu fui. O hospital HU (Hospital Universitário de Londrina) ainda não sabia que eu trabalhava em parto, né? Que eu ainda não tinha feito curso. Aí chego lá, o parto tava difícil, precisava de cesárea. E eu mandei pro hospital. E lá o marido dela falou, né, que a parteira tinha mandado pro hospital. Porque era preciso cesárea. E aí, foi preciso cesárea. E aí, lá no HU foram atrás de mim. Quando eu vi eles chegando, me chamando pra fazer o curso. Aí eu topei, já fui fazer. Eu gostava de trabalhar de parto...gostava...(risos) Aí fui fazer o curso. Fiz um, fui trabalhando. Aí chamaram novamente. Aí fiz outro.

Aquele parto que eu via que não era pra mim, aí então, já ia junto no carro. Eu mesma internava, lá. Levava ali, no Pronto-socorro. Eu já falava: assim, assim, assim. E explicava tudo como é que tava e internava a mulher. Já tinha aquela inteligência. Quando a mãe atendia a mulher, também tinha aquela inteligência.

-E sua mãe chegou a ensinar?

-Ensinava. Depois que eu casei. Ela pegava eu pra explicar tudo como é que era, como é que não era. E então, me deu aquela idéia. E a mulher topava, né?

Eu tinha uma carta assinada. Porque o médico assinou. Eu trabalhei com mais confiança, porque o médico assinou, pra eu trabalhar, depois do curso, pra eu trabalhar. Aí ele deu a ordem pra eu sair, mas eu perdi o papel.

E ali, elas ensinavam tudo, tudo certinho. Era só a gente acompanhar tudo certinho. E porque, se a gente ta aprendendo ali, a gente na vai por sentido. A gente não esquece o que precisa fazer. E ali, a gente fazia junto o que elas ensinou. E a gente fazia, e quando via que não dava para ter em casa, eu punha no carro junto com o pai e mãe e levava pra lá, pro pronto-socorro. E eu chegava e falava...Aquilo é muito conhecido quando vem bem. Quando não vem, é que não é pra gente, aí vai pro hospital. Porque foi assim, quando eu saí do curso foi com mais segurança, né?! (D. Tereza de Souza Vati)

As parteiras tinham clareza do quanto elas se diferenciavam das outras mulheres por terem coragem de fazer partos. Além disso, a vontade de saber era um motor que as impulsionava no caminho do conhecimento. Para aquelas mulheres, as curiosas, o auxílio a outras mulheres no momento do parto, canalizou a vontade de conhecer o mundo, as pessoas e propiciou meios para atingir-se o conhecimento formal, valorizado por elas, mas com o qual, muito

provavelmente, por suas condições sociais e familiares, seria praticamente impossível ter contato. O saber escolar para a realidade dessas mulheres era um luxo e também uma maneira de ascensão social. Realizar o treinamento foi um meio de se valorizar como parteira, perante a comunidade, e oportunidade de estudo que elas não tiveram durante suas vidas. Além disso, o reconhecimento da capacitação realizada pela parteira pelas autoridades constituídas era um fator que tranqüilizava D. Tereza. Afinal, ela estava amparada legalmente para o exercício da prática quando recebeu o certificado de conclusão de curso e a carteira de trabalho.

Daí que Deus mandou um homem inteligente, que eu não sei aonde que esse homem tava. Daí esse homem orientou o posto de saúde e, foi daí que nasceu estudar.

Eles ensinavam, eles orientavam (no treinamento). Olha foi uma aula assim (boa). Eu só não sou médica por que Deus não quis mesmo. Porque eu nunca sentei num banco de escola. O que Deus me deu nessa vida, ah se você soubesse o que Deus me deu...(D. Adelaide)

Segundo a opinião das depoentes, se Deus não deu oportunidade delas adquirirem saber escolar, pelo menos, coragem e inteligência sobravam para obter aquilo que elas não tinham conseguido por intermédio divino. E as entrevistadas tinham plena consciência destas qualidades.

Apesar da valorização do saber escolar e do conhecimento da ciência médica por parte das parteiras, em alguns momentos, o saber tradicional prevalecia, ou seja, os conhecimentos e técnicas contidas nas orientações dos treinamentos eram apropriados e, em alguns casos, reelaborados à luz da experiência de cada uma. Assim, como se referiu D. Adelaide, “elas ensinavam ou aprendiam”, acabando por se dar uma relação *dialética*. Da parte dos realizadores do treinamento este relacionamento era esperado<sup>11</sup>. Pelo menos, por aqueles funcionários da secretaria de saúde e profissionais médicos ligados à Universidade que defendiam posturas alinhadas com os ideais da reforma sanitária e entendiam que o serviço das parteiras podia contribuir para o conhecimento médico e era relevante e necessário, diante da precariedade dos serviços médicos existentes.

---

<sup>11</sup> Conforme a documentação apresentada no capítulo 1.

Contudo, os limites estabelecidos para a prática das parteiras nem sempre eram tão dialéticos.

Eles não sabia que eu dava ponto. Dava ponto. Eles não gostavam que eu sei. É claro que não podia.

“-Você faz?” e eu:

“-Ah, Ah, Não.” E eles:

“-Mas?” e eu:

“-Não.”

“-Tadinha, não pode fazer nada disso.” Eu não ia deixar as mulheres assim. Eu picava e depois dava os pontos. Mas ficava bonitinho, ninguém ficava...Eu não ia deixar ir até lá embaixo, não.(D. Adelaide)

O comportamento descrito por D. Adelaide demonstra resistência aos limites impostos pelo controle dos funcionários do posto de saúde. A decisão de desobedecer às determinações das enfermeiras e médicos de Saúde Pública está relacionada a um ideal de atendimento pretendido pela parteira. Demonstra a elaboração de uma estratégia que incluía a cumplicidade e gratidão da parturiente pelo bom resultado do atendimento. Afinal, era determinado que estes procedimentos estavam restritos ao médico. A parturiente deveria providenciar os serviços de um profissional médico para restaurar o períneo, caso ocorressem lacerações durante o parto, o que deveria ser bastante complicado, além de demorado, no contexto em questão. A cumplicidade das clientes com as parteiras fica evidente quando da ocasião da rotina de visitas realizadas pelas funcionárias do posto às puérperas, como parte do controle do atendimento realizado pelas parteiras.

Eu não me lembro se tinha alguém que visitava alguma dessas mulheres. Eu não tenho certeza se alguém do posto, depois de pegar aquelas fichas, elas visitavam. Porque elas enaltecia você, sabe? Engrandecia do teu serviço.(D. Adelaide)

Em outras ocasiões:

Eles iam dar batida em casa, sem você esperando. Vinha e abria tudo, a frásqueira. Pra ver se tava tudo, se terminava o parto, é lógico, você tinha que tá em ordem pro próximo. Então, ele vinha sem esperar. E daí ele chegou e eu tava com as minhas fraldas no celofane. Seis fraldas, dois avental e o pano grande. Aí ele pegou e falou:

- “Pra que isso?” Bruto, Que era um polaco, um..um bruto, um médico bruto mesmo. Como era o nome desse homem? Não tinha nome de tanto que ele era indecente. (risos). Aí eu falei: “Mesmo que a cama esteja limpa, eu ponho o pano, que esse pano é meu. Então, a cama da minha parturiente não se sujava”. (D. Adelaide)

Mas também havia o reconhecimento por parte de D. Adelaide, de que o controle da prática se dava, também, de maneira respeitosa.

Nunca me chamaram numa delegacia ou numa coisa da Saúde Pública. Porque a Saúde Pública dava carão nas mulheres na reunião. Porque o aviso ia lá. Então, aquelas eles chamava atenção. “D. Fulana, eu preciso falar com a senhora na saída”. E agora, aquelas que era pra elogiar, elas elogiavam ali no meio. Quando a gente via que era uma coisa mais sigilosa. Então, elas pediam, com educação, com delicadeza, pra ficar. Daí, a gente ficava sabendo o que que era. Mas não era um bicho-de –sete-cabeças não. Era com muito conforto.

### 3.9 Novos saberes: novos comportamentos

As orientações contidas nos manuais dos treinamentos, conforme apresentado no primeiro capítulo, dão conta de procedimentos, baseados no saber médico, que deveriam ser realizados pelas parteiras visando à transmissão de uma nova imagem da parteira para as famílias, além da educação para a saúde da população, enfatizando os cuidados de higiene. A seguir, verifica-se como as parteiras podem ter assimilado e, provavelmente, transmitido estes conhecimentos para as famílias atendidas por elas.

E aí eles deram a frasqueira. Ela dava o curso e já vinha a frasqueira. Você vê, aquele tempo não era pobre. O posto de saúde dava a frasqueira, uma tesoura, duas pinças, a escova de higiene, e daí, o papelzinho que nós tinha que usar. Vinha um papelzinho dentro da frasqueira. Elas ensinavam dentro da sala, mas individual vinha aquilo: “A senhora tem que usar avental, tem que usar luvas”. A instrução de como a gente tinha que se apresentar perante as nossas parturientes. Então, a higiene era importante. E a gente se atualizava com os avental, que a gente queria ser cada uma mais bonitinha que a outra...Era muita gente...Era uma sala cheia de mulheres....Slide, mostrando tudo pra’s mulher. Só as que não entendia, muito depois, perguntava pra’ aquelas que entendiam mais. Ou então, ela ia lá, escondidinha e perguntava se tava certo. Porque tinha vergonha de perguntar. Eles ensinavam e davam orientação. Como a gente tinha que fazer, como nós tinha que agir na limpeza e tudo. E falar sobre higiene com as mulher. Mas isso é que matava. E as outras tinha vergonha. Eu ia e falava: “Eu vim aqui falar pra senhora, agora, que a senhora vai ter nenê. A

roupa, como a senhora vai ter que lavar”. Até isso ensinava! Porque precisa. **A limpeza é saúde, é vida.** Eles ensinava com slide, com história que eles falava muito. Tudo eles orientava. Se o nenê vinha **transversal**, se vinha de pé. Como a gente tinha que agir. Nós tinha porta aberta nos hospitais (para internar parto de urgência), porque nós podia fazer isso.

Porque pra mim, a limpeza era o “X” da questão. Porque, quantas e quantas vezes, de ter que ir pra atender e ter que trazer a mulher pra minha casa. Porque tinha que dar banho. Porque elas tinham mantido relação, tava imunda, fedendo na cama. Imunda. Por ser porca, e não porque não tivesse. Porque tem porco pobre e tem os porco que tem (dinheiro) e, que é porco. E era falta de querer tomar banho! Eu trazia pra minha casa, lavava, cuidava com carinho. Nunca molestei, não. Nunca dizia: “Você é porca!” Não! “Olha, é assim mesmo, eu vou trazer você...porque eu acho que você merece um tratamento especial. É porque te amei!” Então, elas se tornava minhas amigas. Era demais, trazia as crianças quando fazia aniversário, sabe?

E daí, eu saí da sala de reunião pra atender D. Laurinda. Eu chegava toda de jóia, toda cheia de coisa e tirava. E botava minhas luvas, que eu era muito...Nunca deixei minha unha crescer. E você sabe que era uma coisa da minha cabeça. Quando ela ia crescendo, eu tinha uma cisma. “Assim não pode! Que aqui vai juntar **bactéria**.” (D. Adelaide)

Então, aqueles que queria que fizesse parto, já me avisava antes. Eu já ficava sempre preparada. Tudo de jeito, já. Da unha, sempre cortada, sempre limpinha. As coisas na bolsa, tudo o que o posto dava. Dava algodãozinho, dava remédio de gota de pingar no olhinho da criança. Então, já tinha sempre de jeito. Tinha sempre aqueles paninhos passadinhos, bem preparadinho pra forrar, na hora que a criança vinha, né? Aquele pano limpinho, que não podia ser sujo. Aquele cuidado, né? E depois, fervia a tesoura, aí cortava o umbiguinho com a tesoura, né? Amarrava o cordãozinho, ele era bem fervido também. Amarrava bem amarradinho, cortava a pontinha. E depois, acendia uma vela e queimava bem queimadinho o umbiguinho do nenê. Bem queimadinho mesmo. Aí depois, dava o banho no nenezinho, deitava e ia cuidar da mãe. Já a placenta e tudo. **E quando demorava, eu tirava a placenta.** Porque eu tinha até o jeito com braço e tudo, né. Que o posto dava o preparado pra passar no braço. Eu tirava a placenta, depois que eu arrumava a mãe. Ali, eu aguardava um tempinho pra ver como tava passando a mãe e o bebê, pra depois eu ir embora. Tinha vez que eu chegava em casa, já chamava outro, pra fazer outro parto. (D. Tereza de Souza Vati).

É importante lembrar, que este trabalho tem interesse em evidenciar como as parteiras se apropriaram dos novos saberes proporcionados pelos treinamentos e como elas transmitiam os mesmos para aqueles que atendiam. No depoimento de D. Adelaide é possível perceber frases e expressões repetidas literalmente ou, pelo menos, muito aproximadas das formas utilizadas nos manuais. Como por exemplo: “**A limpeza é saúde, é vida**”. No documento já analisado no capítulo 1, o *Álbum Visual da Parteira Leiga*, estas expressões aparecem da seguinte forma: “Para se ter saúde, é preciso que sejam observadas certas regras de higiene. HIGIENE é igual à limpeza. LIMPEZA é igual à SAÚDE”. (grifo do autor). (ERTHAL, MICHAUD, 1976, p. 03).

D. Adelaide pode ter juntado à frase a conclusão de que higiene, limpeza e saúde resultam em *vida*, tanto por conta própria, como por ter ouvido a fórmula repetidamente nas reuniões mensais das parteiras. Diante do que foi apresentado, é válido pensar que estas apropriações e reelaborações por parte das parteiras do saber médico transmitido pelos treinamentos estão condicionadas, como diria Ginzburg (1998, p. 27) a respeito da singularidade de Menocchio, pelos limites da cultura do seu próprio tempo e de sua classe social.

Assim, tanto D. Adelaide pôde concluir que *higiene, limpeza e saúde resultam em vida*, como para ela, a idéia sobre "círculo vicioso de doença e pobreza" presentes nos manuais dos treinamentos, não condizia com a prática do seu dia-a-dia. Mais do que isso, a constatação feita por D. Adelaide aponta para questões que dizem respeito aos limites dos projetos institucionais de "Educação para a Saúde" e, em última instância, para os processos de higienização da sociedade, ou seja, não bastam verdadeiras campanhas, treinamentos, técnicas de educação específicas para a realidade cultural das comunidades a serem atendidas.

Do ponto de vista da parteira, o limite de todos estes projetos é justamente a vontade que cada um tem de aceitar as inovações propostas e abrir mão de antigos hábitos, pois, segundo a avaliação de D. Adelaide: "*E era falta de querer tomar banho!*", tanto para quem tinha dinheiro, como para quem não tinha.

Outras duas expressões surgem no relato, as quais demonstram contato com o saber médico que vão além do conteúdo dos manuais. De acordo com as funcionárias da Secretaria Estadual de Saúde responsáveis pela idealização dos treinamentos, a linguagem empregada nos textos e aulas era simples para facilitar a compreensão. Este fato não elimina a possibilidade da utilização, por parte das autoridades médicas que, vez por outra participavam das atividades (tais como secretários estaduais, médicos inseridos na política local), de utilizarem expressões como: *transversal* ou *bactéria*, termos que não constam da redação dos manuais destinados ao uso das parteiras.

Desta forma, pode-se perceber o entrelaçamento de várias vias de influência deste saber, neste caso, coincidentes com a trama de relações da qual a parteira fazia parte, ou seja, o tecido social do qual D. Adelaide fazia parte, isto sem levar em conta outras possibilidades do contexto em foco.

No caso do relato de D. Tereza, a descrição de como ela desempenhava suas atividades revela outros aspectos. Ao contar como ela atuava durante a eliminação da placenta, dois problemas se colocam. O primeiro, de que poderiam existir divergências quanto às instruções e procedimentos passados para as parteiras no atendimento das parturientes, de acordo com a instituição que realizou o curso. Como já assinalado, D. Tereza foi treinada pela Universidade e pela rede municipal de postos de saúde. Diferente da instituição que está sendo enfocada nesta dissertação. Conforme as instruções dadas pelos postos de saúde da rede estadual, não era permitido à parteira retirar manualmente a placenta. Se ocorresse demora ou se a placenta fosse expelida incompleta, o médico deveria ser chamado rapidamente, pois estes eram considerados sinais de hemorragia ou complicações. E em segundo, como fazia D. Adelaide, D. Tereza por conta própria e, motivada por um ideal de atendimento, podia tomar a iniciativa de retirar manualmente a placenta do interior do útero da parturiente, como relatou, em caso de demora. Como não foi possível localizar a documentação referente a esse treinamento e tendo D. Tereza perdido todo seu material e documentação na mudança do distrito rural para o distrito urbano, não foi possível verificar quais as orientações indicadas para estes casos. Contudo, um detalhe pode apontar para a existência de permissão para este tipo de procedimento por parte dos funcionários do posto de saúde, no qual ela estava registrada - o fornecimento de um preparado para higienização do braço a ser introduzido no interior do útero da parturiente.

### 3.10 Reconhecimento social e realização pessoal

A bibliografia sobre parteiras (MOTT, 1998) concentra parte da discussão sobre o papel social desempenhado por estas mulheres na capacidade de conceder favores e intermediar conflitos em função de poderes adquiridos, tanto pela confiança conquistada pelos bons atendimentos, como por conhecerem segredos íntimos de sua clientela, muitas vezes importantes membros da sociedade, no Rio de Janeiro do século XIX.

Em Londrina, o amparo tanto à parturiente como à família e o atendimento eficiente constituíam aspectos importantes das funções desempenhadas pelas parteiras. Conseqüentemente, o reconhecimento da sociedade e a confiança que a comunidade depositava nestas mulheres faziam delas intermediárias de conflitos e conselheiras, não só quanto a aspectos relacionados à saúde física, mas também a questões familiares e situações que eram reprovadas pela moral da sociedade na época, como por exemplo:

Veja bem, a mãe dela era muito brava. Ela engravidou. Eles eram inquilinos meus. Aí eu salvei a situação deles lá. Ajudei ela, o rapaz. Nós fomos padrinhos do casamento. Eu com o meu marido. E a Madalena (a avó) queria matar a criança. Que ela (mãe) ia morrer. Que era um bicho que tava ali, não era um neto. E tudo bem. E eu acudi. Qual era o meu serviço? Eu fiz o parto dela. Porque a Madalena disse que ela ia morrer no parto. Antes de entrar no quarto eu orei ao Senhor e disse: "Marilda, Jesus está aqui com nós. Seu filho vai nascer bonito, lindo, lindo!" Minha filha Alaíde assistiu o parto, porque eram muito amigas. Assistiu o parto comigo. E eu fiz tudo bonitinho.

E nessa vida eu tive seis filhos adotivos...Era uma coisa assim...vinha aquelas moças...que nem a mãe de uma filha minha...A mãe dela veio que ela queria fazer um aborto. Eu digo: "Não faça..." ...."Mas eu não posso...." Mas isso era gente que falava: "Vá lá que D. Adelaide cuida de você, você tem o nenê..." E infelizmente minha filha, minha casa...meu marido..."Essa casa aqui é um hospital!" Onde você entrava, minha filha, tinha uma mulher dando cria. Era uma lindeza, era uma lindeza!" (D. Adelaide).

D. Inácia Contreiras relata uma situação similar:

la na zona, fazia o parto. A mãe dizia: "Leva essa criança pra lá que eu não quero" e eu dizia: "Olha pra ela, ela não tem culpa do erro da tua vida". E a



mulher respondia: “Não quero, leva embora.” Assim eu criei cinco filhos adotivos e dez filhos legítimos (D. Inácia)

Para as parteiras, além de realizar bons atendimentos, no que diz respeito à saúde e segurança da mãe e do bebê, era fundamental o amparo e o bem estar emocional, espiritual e material das famílias assistidas por elas, indo muito além do papel definido para elas nos manuais de treinamento, os quais as restringiam aos limites dos procedimentos técnicos desempenhados para o atendimento do parto, exclusivamente.

Além disso, alguns setores da classe médica apresentavam resistências quanto a atuação das parteiras, o que dificultava um reconhecimento mais amplo por parte do sistema estatal. As parteiras entrevistadas tinham consciência do valor do seu trabalho. O estímulo para continuar vinha do reconhecimento da população e da satisfação com os resultados do trabalho bem feito.

Cada criança que nascia, eu chorava junto de felicidade daquela vida que eu dei. Era muito lindo! Eu tinha orgulho quando eles vinham me chamar. Eu não me importava de deixar aquela filharada nas mãos das empregadas, pra mim ir. Eu não queria saber se tinha dinheiro, se não tinha dinheiro. O marido tinha um salário e meus porcos davam dinheiro, e eu não queria saber. (D. Adelaide)

Quando era o dia do meu aniversário, eles procuravam saber com D. Laurinda. Quando era meu aniversário eu ganhava flor daquela criança. Eu ganhava perfuminho fedidinho que eu não podia usar, que eu sou alérgica. Mas ali vinha coisa. Ali era o fruto que tava dando. Eu tava colhendo ali. Era minha colheita (Adelaide).

Foi por causa deste afastamento que eu me dediquei a criar porco. Ganhava milhões e milhões de vezes mais ali do que...mas eu queria ta lá, atendendo parto, fazendo aquilo que eu gostava. Mas, eu tava fazendo o parto das porcas, era tão bonito, mas elas não falavam comigo. Eu falava como elas só, né? Eu dizia que tudo ia passar. Passava a mão na barriga delas...Foi muito gratificante a minha vida (Adelaide).

Era você que via aquela carinha pela primeira vez.. Era muito gratificante! É lindo. Quando eu vejo qualquer coisa na televisão, que o nenê vai nascer e tudo. Já fico sentindo tudo dentro de mim (Adelaide).

No ano que o Brasil perdeu a copa, no dia que ele perdeu, estavam todas minhas filhas reunidas. E o prefeito da cidade me fez uma surpresa. Ele me deu o título de Benemérita da Cidade, em homenagem aos meus anos de trabalho, por ter ajudado a nascer a maior parte da população desta cidade (Inácia).

Eu já tinha um caderno cheio de nomes de crianças que tinham nascido em minhas mãos e continuei marcando. Eu não desanimei. Faz dez anos que eu parei de fazer partos. Eu fiz mais de cinco mil partos em cinquenta e

tantos anos de trabalho, né, o que não é pouca coisa. Quando o Ney Braga, o governador do Estado veio, que ele fez uma pesquisa aqui em Lupionópolis, ele me viu eu trabalhando no hospital. E ele informou de mim, de onde eu tinha vindo e como é que eu trabalhava. Nós conversando, assim, amigavelmente, aí ele me entregou este documento, o certificado de “Socorrista rural” e o certificado de “Parteira Leiga e Socorrista Rural”.

Se eu te falar, que eu fui uma pessoa que tive o privilégio de Deus de nunca ter perdido uma mulher em minhas mãos, de nunca ter perdido um nenê nas minhas mãos. Aqui tá os pais de família, prova desta cidade, que esta cidade inteira nasceu nas minhas mãos. Então, estão os filhos deles aí de prova. Quando nasceram bem e os que nasceram mal. Mas não deixei morrer. Socorri eles, apliquei os meios, lutei, clamei. Orei a Deus. Deus me entregou a vida deles e eu entreguei eles vivos pras famílias. Estão aí, graças a Deus! Os pais estão vivos e os filhos estão vivos, são provas do meu serviço (Inácia)

-Do que a senhora mais gostava?

-Eu ficava contente quando corria tudo bem. Acontecia... Muito parto tem que ser cesárea ou, tinha que tirar de ferros.

-Nunca nasceu nenhum nenezinho morto?

-Não, nunca! Eu tinha muita fé também. Quando eu já ia fazer o parto, eu ia pedindo com fé para Nossa Senhora do Parto. Parece que ela me ajudava, que eu era feliz, tanto a mulher quanto eu. Era tudo feliz, porque pra mim era uma felicidade. Aquele nenê vinha com saúde, a mãe com saúde, bem. Para mim aquilo era uma felicidade. Então pra ali eu gostava. Se eu estivesse no Paiquerê eu ainda fazia. Eu tenho bastante criança que eu aparei. Afilhado então, não tenho quantia (Tereza)

-A senhora se sentia uma pessoa feliz pelo que fazia?

-Graças a Deus! Eu ficava toda contente quando fazia e via que tava tudo bem.

-E a senhora era reconhecida no lugar onde morava como parteira, as pessoas sabiam o que a senhora fazia?

- Sabia, eu era muito conhecida. Apontava e dizia: “Lá vai Comadre Alexina.” Marcava com antecedência pra eu ir olhar elas. Eu dizia, se eu estivesse boa, que podia me chamar que eu ia olhar ela (Alexina).

Qualquer que fosse o caminho percorrido por estas mulheres para se tornarem parteiras, tanto por escolha da comunidade, como desejo pessoal, o fato é que, sem sombra de dúvida, o partejamento proporcionou-lhes reconhecimento e realização pessoal. Mesmo para D. Alexina, que não procurou ser parteira, mas foi requisitada para a prática, e via nisso algo natural, é perceptível a satisfação pessoal através da ajuda prestada a outras mulheres. No caso desta parteira, a maioria da clientela consistia em familiares.

Já para D. Adelaide, D. Inácia e D. Tereza, que atenderam um universo maior de partos, a satisfação pessoal reside na possibilidade de participar de um momento singular e emocionante como o nascimento de um novo ser, auxiliar o próximo e as demonstrações de gratidão daqueles que foram atendidos por elas

(o que se aplica também ao caso de D. Alexina). Estas são as principais recompensas pelos sacrifícios impostos pelo partejamento.

O reconhecimento dos órgãos de saúde estatais ficou marcado na memória de D. Inácia. Ao falar da conversa amigável com o governador, a parteira tenta demonstrar sua importância através da proximidade como o político e o interesse deste pela situação de D. Inácia. Enfim, o título de Benemérita da Cidade veio reconhecer os anos de dedicação à população da cidade.

D. Adelaide demonstra a satisfação de realizar-se fazendo o que gosta. O simples fato de realizar os partos das porcas já a deixava feliz, mas não significava o mesmo prazer que estar atendendo suas *freguesas*. Ela colhia os frutos de um trabalho bem feito, de dedicação, como ela fala: “*Eu dediquei a minha vida*”.

Pelo que foi possível constatar através das entrevistas é que o atendimento realizado pelas parteiras exigia muita dedicação e desprendimento. Contudo, estas mulheres conseguiram criar seus filhos, cuidar da casa e manterem a si e à família, mesmo diante dos atendimentos constantes. Voltamos novamente ao que foi discutido no início do capítulo. O desprendimento e a dedicação são também atributos do “*espírito de parteira*” e, este espírito é alimentado pelo reconhecimento, pela sensação do dever cumprido e pela satisfação de fazer bem feito.

A outra face da moeda está no reconhecimento e no relacionamento com os médicos e profissionais de saúde. As entrevistas destes apontam a urgência que estes programas passaram a ter em um contexto de atendimento médico insuficiente e ao ambiente de perseguição imposto às parteiras por parte de algumas autoridades locais. Daí o medo de boa parte delas.

Cada uma das entrevistadas demonstrou as variações de relacionamentos com estes profissionais, conforme pode ser visto nos trechos a seguir:

Eu queria dar um abraço nele muito grande (Dr. João Dias Ayres). Porque eles achavam eu muito limpa e muito despachada, porque eu resolvia....Todo mundo me ajudava (profissionais de saúde), dava mão prá mim. Porque eu toda vida fui uma pessoa muito fogosa pra trabalhar e curiosa, parteira mesmo. Minha mãe dizia que eu era parteira. Porque eu deixei cair muita oportunidade, mesmo tendo a inteligência que eu tinha. Muita oportunidade foi embora. Eu queria estar hoje dentro de um hospital (Adelaide)

O caso de D. Inácia ilustra as relações conflituosas entre médicos e parteiras concentradas no interior do espaço hospitalar, que acaba por transbordar deste ambiente para todo o espaço da cidade.

A população me deu muito valor, mas, infelizmente, os médicos que vinham no hospital, pelo estudo deles, eles achavam de como eu não tinha estudo, e eu não tinha mesmo, só o primário. Então, eles achavam que pelo estudo deles, eles eram grande coisa! Eu pela minha fraqueza, eu era pouca coisa, mas no serviço eu era grande coisa. Porque o que eu fazia lá, quantas vezes eu fiz serviços que médico não fazia. Quantas vezes eu vim fazer e o médico querer operar uma mãe de família e eu: "Não espera um pouco." E ficava brabo com a gente né. "Então, fica por tua conta!" E eu com a graça de Deus! Quando ia ver, escutava o nenê chorar. Pra você ver a satisfação, né. Você recebe uma hoje, outra depois, mais um dia e fica cansada. Saí do hospital e passei a fazer partos em casa. Mesmo castigada, mesmo insultada, prometendo dar parte de mim. Mesmo assim, com tudo isso eu ainda servi.

Podemos constatar as várias faces do relacionamento entre parteiras e profissionais de saúde. Apesar de pessoalmente o Dr Ayres externar em sua entrevista opiniões não muito positivas a respeito das parteiras, o depoimento de D. Adelaide aponta para uma relação, à primeira vista, amistosa. Ao longo desta unidade foram expostos vários trechos que demonstram a complexidade destas relações. Vejamos, então, o que podemos isolar destes exemplos.

Existiam profissionais, como Dr. Ayres, que possuíam uma opinião pessoal não muito positiva em relação à parteira. Entretanto, ele, por força de suas obrigações profissionais, teve que ajudar a elaborar uma convivência harmoniosa entre médicos e parteiras. Para atingir este objetivo era necessário manter uma postura condizente com o mesmo, pois era importante para a melhoria das condições de saúde da população que as resistências fossem desfeitas. Assim, não divulgar sua opinião mas, pelo contrário, tentar divulgar entre os médicos como as parteiras poderiam contribuir para a melhoria da saúde da população era fundamental. Mesmo a contragosto, Dr. Ayres teve que proteger as parteiras ou flexibilizar posturas para impedir que os ânimos se acirrassem, pois isso poderia pôr a perder todo o esforço dos treinamentos. O trecho a seguir aponta para uma situação como esta:

Lá no ano 82, 83, daí já não tinha mais mesmo. Aí fazia um durante o ano, mais aí tinha que participar lá no posto e eles ficavam *brabos*, porque tem que ir pro hospital e as pessoas não queriam. Aí quando foi um dia, eu fui lá falar com esse médico.(Dr. Ayres) Um dia ele chegou e eu disse: “Eu não sei como escapar das mulheres, o que que o senhor diz, o que que o senhor acha? E ele disse: “Atenda que eu garanto! Pode atender que eu resolvo. Olhe você fale que o parto, que chamaram você e não deu tempo.”(Adelaide)

Mesmo diante de uma situação que ia contra as orientações vigentes, o profissional não tinha maneira mais apropriada para resolver o conflito apresentado pela parteira, a não ser contornar a situação com a estratégia acima apresentada.

### 3.11 Renovação e continuidade da tradição

O presente trabalho tem, entre seus objetivos, pensar os treinamentos como meio de transformação das práticas das parteiras tradicionais e, conseqüentemente, de seu papel social. A idealização da parteira como “agente de saúde estatal” fica clara no discurso do maior defensor dos cursos ocorridos no interior do Paraná, o secretário de Estado da Saúde Arnaldo Busato. Ao falar em mais uma solenidade de encerramento dos treinamentos ocorridos nas cidades de Cambé, Rolândia e Ibiporã, municípios ligados à 17<sup>o</sup> Regional Estadual de Saúde, sediada em Londrina, enaltece a contribuição da parteira como integrante de importância no sistema público de saúde:

“Na maleta entregue à parteira, está entre outras coisas, um calendário para imunização da gestante e da criança. São sete vacinas, facilmente aplicáveis, que resultam na redução do índice de mortalidade infantil”.(FOLHA DE LONDRINA, 12/05/1977, p. 4)

No Brasil, os elementos mínimos para o sucesso dos programas seriam as contrapartidas oferecidas às parteiras, ou seja, segurança e reconhecimento. Estes elementos se concretizaram no fornecimento de material, orientação constante e possibilidade de aposentadoria no sistema previdenciário brasileiro com a doação da carteira de trabalho, aproximando a parteira da estrutura do serviço estatal de saúde pública.

No mesmo discurso, o Secretário de Saúde lembra que os treinamentos foram organizados em convênio com o Ministério do Trabalho, através do Programa Intensivo de Preparo de Mão-de-obra (PIPMO), que tinha intenção de qualificar os trabalhadores informais, nas atividades que já desenvolviam, para inseri-los como contribuintes no sistema previdenciário e, assim, estender-lhes as garantias conferidas aos trabalhadores formalizados, ao dotá-los dos documentos necessários, no caso, carteira de trabalho<sup>12</sup> e um certificado de qualificação de mão-de-obra.

Estas solenidades, grandes eventos com almoços em hotéis e a participação da comunidade, eram os momentos nos quais ocorriam as maiores homenagens às parteiras por parte do Estado. Contudo, muitos políticos aproveitavam a ocasião para fins eleitorais, conforme relatou D. Terezinha Erthal\*. Nestas ocasiões, prefeitos, secretários de estado, vereadores e deputados compareciam, às vezes, até o governador, como relatado por D. Inácia. D. Adelaide lembra que os encontros mensais, com a presença do secretário estadual de saúde, eram filmados e fotografados fartamente.

E aí o chefe da saúde daqui (Curitiba), toda última sexta-feira do mês, eles vinham à Londrina dar curso pra nós. Vinha uns dois médicos e mais duas moças, que era enfermeira. Não sei se era médica. E eles tiravam fotografia da sala. Mas, não dá pra ver cara-a-cara. Ele ficava gravando, dava impressão que era pra televisão e tudo, mas eu não entendia para que era aquilo. Não saia no rádio!?”(Adelaide)

Apesar disto, esta documentação parece não existir, nem no Arquivo Público do Paraná, nem na Secretaria Estadual de Saúde, quando da ocasião do levantamento documental.

Os resultados relatados por Nóbrega dão conta da organização das parteiras em associações (que existem até hoje naquele estado) e dos bons resultados em termos de cobertura vacinal, queda da taxa de mortalidade infantil e materna, bem como a diminuição drástica dos casos de tétano neonatal. Como

---

<sup>12</sup> Estas informações foram dadas por D. Terezinha Erthal, auxiliar-técnica em enfermagem, responsável pela elaboração dos manuais utilizados nos treinamentos alvo desta pesquisa. Ela mesma não sabia dizer se alguma das parteiras treinadas conseguiu receber o benefício, de acordo com o planejado pelos treinamentos.

\* Em entrevista à autora, por telefone, em julho de 2002.

a autora foi a responsável pelo programa, os dados destes resultados estavam disponíveis para a pesquisa.

No caso de Londrina, estes dados não foram disponibilizados para a realização do presente trabalho. Apenas foi possível verificar os registros epidemiológicos do período de 1962 a 1974, ou seja, período no qual já ocorria o controle das parteiras e o treinamento individual, mas não o treinamento em formato de curso. Nestes dados aparece uma proporção bastante diminuta de óbitos de até um mês de vida causados por tétano. Para exemplificar-se, no ano de 1964, registraram-se 3837 nascidos vivos e 315 óbitos até um ano de vida no distrito urbano, sendo que o registro de óbitos de até um mês por tétano foi de apenas quatro ocorrências (SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE E BEM-ESTAR DO PARANÁ, s/d).

A dificuldade de visualização dos dados ainda é maior pelo fato de o quadro de registro não especificar onde os óbitos ocorreram, se no setor rural ou urbano. Outras fontes dos resultados são os depoimentos do chefe do Distrito Sanitário, Dr João Dias Ayres e das auxiliares de enfermagem, Sigrid Felicio e Terezinha Erthal. De acordo com os relatos, os índices de tétano neonatal e de oftalmia do recém-nascido caíram consideravelmente após o início do treinamento das parteiras.

O reconhecimento das parteiras como parte do sistema de saúde pública parece ter sofrido um revés quando, com o gravador já desligado, D. Adelaide relatou não ter recebido a tão festejada carteira de trabalho após o término dos treinamentos. E que em momento nenhum houve facilidade para que ela pudesse anotar na carteira que era parteira e, muito menos, em função deste reconhecimento por parte do Estado, contribuir como autônoma para o INSS, para posterior aposentadoria. D. Tereza Vati, que participou dos treinamentos promovidos pela secretaria municipal, em convênio com a Universidade Estadual de Londrina, recebeu a carteira. Contudo, nunca recolheu a contribuição para a previdência porque:

Não cheguei a contribuir não. Eu não paguei porque eu não fazia para ganhar. Só mesmo por caridade. Porque o povo era tudo pobre, pra lá das aquelas bandas. Era por caridade, não era por ganhar. (D. Tereza)

D. Tereza perdeu toda a documentação. Hoje ela poderia estar recebendo a aposentadoria pela comprovação da prática pela carteira de trabalho. Seu marido era agricultor. Os dois sobrevivem com a aposentadoria que o esposo recebe e a ajuda dos filhos.

Lembramos novamente que D. Tereza atuou no distrito rural. A clientela não tinha o poder aquisitivo da população do setor urbano de Londrina. Os agricultores em melhor situação econômica já haviam migrado para a cidade. Os que ficaram dispunham de poucos recursos no período de atuação de D. Tereza, mais concentrado na década de 70. Neste período as quebras de safra foram grandes e os produtores não possuíam mais a propriedade da terra. Eram, na maioria, arrendatários. Este fato diminuía em muito o excedente disponível para despesas com a saúde. As dificuldades de acesso ao distrito urbano, por falta de transporte coletivo freqüente e rápido, também faziam da parteira, naquele contexto, praticamente a única opção de atendimento ao parto.

D. Inácia Contreiras relatou que recebia aposentadoria por conta do benefício do marido, ex-trabalhador rural, já falecido. Ela também contou que, durante os anos em que trabalhou no hospital, nunca foi registrada. Quando do momento de uma fiscalização, os responsáveis pelo estabelecimento faziam com que ela e outras funcionárias, na mesma situação, se escondessem. Cansada da situação, D. Inácia pediu demissão. Esta situação ocorreu há 23 anos. Por este motivo e sem ter como comprovar a ocupação, D. Inácia não pôde se aposentar como parteira pelo INSS.

Em Londrina, passos importantes foram dados no sentido de se consolidarem elos de uma cadeia de serviços de saúde pública, aproveitando o potencial das parteiras tradicionais. A ligação entre as parteiras e a comunidade parecia mais viva. D. Terezinha Erthal e Sigríd Feliciano (como apontado no início do capítulo) lembram a época dos treinamentos e do trabalho sistemático com as parteiras tradicionais como um período no qual vivenciaram um momento de grande humanização dos serviços públicos de saúde. As famílias eram atendidas de acordo com suas condições financeiras, atitudes afetivas e culturais. Conhecimentos básicos de higiene e limpeza foram divulgados, atuando na melhoria do nível de bem-estar da população.



Mas a modificação das técnicas de atendimento, a forma de se preparar para o parto, com roupas e utensílios similares usados por médicos e enfermeiras e os conhecimentos transmitidos à clientela assistida pelas parteiras alteraram consideravelmente o costume do parto domiciliar entre as famílias? Será que, para a população, ou pelo menos, aqueles atendidos por D. Adelaide, estas mudanças significaram também entender que o parto deveria, preferencialmente, ser realizado apenas por pessoal médico em ambiente hospitalar?

Pro pai receber, receber. Nós assinávamos. É, nó assinávamos isso minha filha. Nós assinávamos aquele papel e o pai recebia.

-O auxílio-maternidade?

-É isso mesmo. Depois 1976, 1977, depois, só os médicos podiam assinar (Adelaide).

Os homens estudaram tanto...Eu...As parteiras ficaram revoltadas. Muitas foram brigar, discutir, falar. Eu não! Eu dei a minha opinião. Eles estavam certos. No ato a gente chorou. Não vou dizer que foi risada. Chorei. Pedi pra Deus. Por quê aquilo? Até que eu entendesse. Mas aí a gente ia lá no posto pedir informação, o quê? Não, não foi o posto de Saúde. Foram os médicos do Paraná. Os médicos do Paraná que tiraram essa oportunidade de nós trabalharmos. Porque a higiene de um parto em casa é muito acima. Pode até dizer que no hospital é limpo. No hospital é limpo sim, mas e o amor? Onde está o amor? Ali, aquela criança é atendida três dias, com muito carinho, com muito amor. A gente acompanhava aquela criança. Você sabia quando aquela criança fazia aniversário. Aquela criança acompanhava você. Vinha pra você vê ele. O fruto tava ali. (D. Adelaide)

Este desabafo de D. Adelaide parece descrever “o começo do fim” das parteiras urbanas em Londrina. E exprime o rompimento de uma cadeia feita de muitos elos que avançava na direção de um serviço de saúde materno-infantil público e humanizado, com vaga para todas as usuárias, sem discriminação de classe social. O maior risco que as parturientes podiam correr era de, no caso de alguma complicação, demorar para conseguir vaga na rede conveniada do INAMPS. Mas este risco é inerente ao sistema, pois as parteiras eram bem treinadas durante os programas e conscientizadas dos limites de suas práticas, ou seja, atender aos partos normais com atestados dos médicos da saúde pública que prognosticassem estas condições. Para se manterem dentro destes limites de segurança, elas aconselhavam as parturientes a fazerem exames de pré-natal para ter certeza se estava tudo bem. Além disso, as parteiras, ao fazerem as visitas de aconselhamento durante a gravidez, estavam treinadas para perceber

qualquer sinal de risco e, assim, enviar a gestante para o atendimento médico necessário.

D. Inácia, já com o gravador desligado, relatou que, quando a cidade já contava com um médico, ela, ao ser solicitada para um parto ainda no início de uma gestação, aconselhava a futura parturiente que fosse fazer uma consulta médica. Caso o médico constatasse qualquer problema que indicasse a necessidade de uma cesariana, as providências cabíveis deveriam ser tomadas, ou seja, providenciar o acompanhamento médico e o internamento para o parto.

Assim, como já dito anteriormente, consolidava-se um sistema público de atendimento materno-infantil humanizado, com inserção da comunidade, ou seja, toda uma corrente, feita de muitos elos, estava se consolidando.

De acordo com o relato de D. Adelaide, a classe médica do Paraná conseguiu que apenas médicos assinassem as notificações de parto. Antes disto, as parteiras podiam assinar o documento, pois todo parto que realizavam, além de ser verificado pelo posto em visitas domiciliares, ficava registrado nas fichas de controle de cada parteira.

A notificação de nascimento era a documentação exigida para que os contribuintes do INPS recebessem o “Auxílio-Natalidade”. Este era um benefício assistencial pago em parcela única, na ocasião do nascimento de um filho do segurado ou segurada, após doze meses de contribuição, e tinha a finalidade de minimizar o impacto dos gastos com o parto e registro civil no orçamento familiar.

O Auxílio-Natalidade não é mais concedido como antes. Quando o braço assistencial da previdência transferiu-se para as esferas estadual e municipal e, após a Constituição de 1988, este benefício passou a ser pago a famílias com renda de até três salários mínimos. Se o valor já era reduzido, no momento, ele é concedido como a gratuidade do registro civil, para famílias que provem estar impossibilitadas de arcar com o custo. Um dado importante é que o benefício era pago diretamente pela empresa do segurado e depois reembolsado pelo INPS ao empregador (Ministério da Previdência Social, 1993, p. 84).

Ao se verificar o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, Decreto n.º 83.080 de 24 de janeiro de 1979, não há nenhuma especificação quanto à documentação exigida para se comprovar o direito ao benefício. O Regulamento apenas prevê a quem é devido, segurado ou segurada em caso de

nascimento de filho, a carência para fazer jus ao benefício, em caso de nascimento múltiplo e que cumprido o período de carência, o auxílio poderia ser pago antecipadamente, a partir do oitavo mês de gestação.

No programa realizado em Recife o caminho foi inverso. Nóbrega (1987, p. 41) explica que, lá, o esforço dos envolvidos com os treinamentos conseguiu que as notificações de parto, assinadas pelas parteiras ou com suas impressões digitais, acompanhadas da assinatura da Diretora do Centro de Saúde onde se realizava o programa, fossem aceitas pelo INPS para fins de concessão do benefício. Antes, no Recife, o cliente, para receber o valor que lhe era de direito, tinha que “comprar” a assinatura do médico.

É importante ressaltar que, ao fazer os levantamentos para a pesquisa, o assunto causava um certo desconforto aos profissionais de saúde. Não foi possível conseguir documentação que contradiga, ou mesmo, confirme as declarações de D. Adelaide a respeito deste fato. Não existe, segundo os funcionários da Secretaria da Saúde, sequer a documentação produzida pelos treinamentos. Acreditasse que a documentação tenha sido descartada, dentro da sistemática administrativa da Secretaria de Saúde.

Questionada quanto aos procedimentos referentes ao preenchimento das guias de notificação de partos, a auxiliar-técnica de enfermagem Sigrid Feliciano informou que o documento tinha apenas finalidade de registro epidemiológico, desconhecendo que ele poderia ser usado para fins de comprovação do nascimento, junto ao INPS, para retirada do benefício.

Diante do que foi apresentado, tudo leva a crer que não havia procedimento uniformizado e previsto na lei para a concessão do Auxílio-Natalidade, no que se refere à documentação exigida ao segurado para comprovação, junto ao INPS, do direito ao recebimento do benefício. Também não há registro de como se definiam tais procedimentos burocráticos, na época. Tendo em vista que, a legislação relacionada ao assunto não era específica no que diz respeito à questão, tais exigências e procedimentos podiam variar de local para local, principalmente se levarmos em consideração o relato produzido por Nóbrega (1986).

Sendo assim, torna-se possível pensar que parte da classe médica, que não aceitava a assistência das parteiras ao parto normal na cidade, diante da

legislação que não definia quais deveriam ser as formas de comprovação perante o INPS para o recebimento do benefício e, baseada na autoridade médica reconhecida socialmente, tomou para os médicos a exclusividade de assinar as notificações de parto. Levando-se em conta o poder de pressão político da classe médica e, tendo em vista que este documento faz parte da burocracia sanitária, a exclusividade de assinatura poderia ser facilmente requerida perante as novas lideranças políticas como da alçada dos profissionais de saúde. Entretanto, fica difícil verificar se de fato a exclusividade da assinatura nas notificações foi o fator decisivo para a queda na procura dos serviços das parteiras.

Entretanto, ao contar que as parteiras já não podiam mais assinar as notificações, a parteira apontou para um detalhe importante: a resistência da população às novas formas de atendimentos.

Ocorre que os programas de treinamentos, influenciados na época por uma visão renovada do que seria saúde, reforçaram o ideal de atendimento das parteiras (bem-estar físico, mental, espiritual e material) baseado nos valores religiosos das mesmas, acabando por enfatizar, ainda mais, os laços tradicionais existentes entre estas mulheres e a população local. Estes laços eram transmitidos de geração em geração, como pode ser visto no trecho a seguir:

Veja como a vida é tão bonita! Os anos passou. Chegou um dia, aquele moço no quintal: “Eu queria que a senhora fosse vê a minha esposa” Ele era novo. Eu falei: “quantos anos você tem?” Me parecia que ele tinha uns vinte anos. “Nossa! Já é casado? ‘Já!’” Mas a mãe dele falou pra ele calar a boca. Não falar nada. Quando eu fui chegando lá, que ele me levou, parecia que eu conhecia. “Parece que eu conheço essa rua, essa casa. Engraçado...Parece que eu conheço” Conversei, tomei café e tudo. Aí ela (mãe do rapaz) foi buscar uma fotografia. Fotografia de eu lavando o menino. Eu falei: Credo! Onde que a senhora arrumou essa fotografia? Ela apontou na foto. “Dessa senhora que tá deitada aqui” Era ela. Era o primeiro filho dela. Mas eu tive uma emoção tão grande!  
 -Ele só falou que era um parto e te levou pra tomar um café e mostrar a foto?  
 -É minha filha, mas a moça tava esperando nenê, o netinho. Mas eu disse pra ele: “Não..agora você precisa ir no..na...no hospital, agora tem.” Ele disse: Am, Am. A senhora vai fazer o parto dela” E isso foi lá no 79, quase 80. Já tava moço o rapaz. Aí eu fiz o parto da moça.  
 -Ela não quis o hospital?  
 -Não, e ela falou: “Tudo, tudo...” Mas eu falei: Vocês têm que...Depois o médico tem que assinar...aí a gente não assinava mais.”

Entretanto, a situação dos serviços de atendimento médicos na cidade não tinha melhorado muito nos anos finais da década de 1970, como foi visto no

capítulo anterior. O impacto que uma decisão como essa deve ter causado no sobrecarregado sistema de serviços médicos locais deve ter sido considerável. A começar pela inexistência de um pronto-socorro municipal, que iniciou seus serviços em 1970 apenas com ambulatório de urgência, sem condição de internações. O serviço dependia da rede de hospitais particulares para isso. Após 1972, o Hospital Universitário acumulou, ao seu serviço de pronto-socorro, o serviço do pronto-socorro municipal, sobrecarregando ainda mais aquele estabelecimento (ALMEIDA, 1979, p. 56-57).

A clientela atendida pelas parteiras teve que, obrigatoriamente, submeter-se ao atendimento em um sistema sobrecarregado, Hospital Universitário ou leitos destinados a convênio com o INAMPS da rede particular, pagar por um leito particular ou realizar o parto domiciliar com médico, o que era cada vez mais raro e que nem sempre estava ao alcance da população, em particular a parcela que mais necessitava do “Auxílio-Natalidade”.

Porém, para os clientes da classe média baixa urbana que se formava em Londrina, preponderantemente, os clientes “pagantes” das parteiras, nem sempre estavam dispostos a submeter-se ao sistema médico existente. Segundo D. Adelaide:

Tinha uma turma de soldados (policiais civis) que preferia que eu fizesse o parto deles. Eles: “Não, nós paga, o médico assina, a senhora não vai fazer?” Mas aí, a gente levava na Saúde... que eles preferia que eu fizesse. Mesmo na época. Então, já vinha uma irmã, outra irmã, outro sobrinho. Então, preferiam que eu fizesse. Eu era muito limpa. Meu Deus! Eu era caprichosa!

A intransponível dificuldade de acesso à documentação referente ao fato relatado por D. Adelaide impede de apurar-se, com mais clareza, o que realmente pode ter acontecido no caso das assinaturas das notificações de parto.

Se se lembrar que as certidões de nascimentos eram lavradas apenas mediante testemunhas, sem maiores exigências burocráticas até a década de 1990 e que o auxílio-natalidade possibilitava o pagamento do registro civil, entre outros gastos, decorrentes do nascimento e, tendo em vista ser a gratuidade do

registro um direito recente, que muitos ainda desconhecem<sup>13</sup>, é provável que este documento fosse a única, ou uma das poucas formas de comprovação do nascimento para fazer jus ao benefício.

É interessante ressaltar que, no caso das parteiras que atuavam na zona rural, o fato de a assinatura das notificações não ser mais permitida às parteiras não interferiu na continuidade dos atendimentos nas proporções que vinham ocorrendo. É que na zona rural, ou em cidades com atividade econômica predominantemente agrícola, como Lupionópolis, os trabalhadores, em sua grande maioria, não contribuía para a previdência social, pois os arranjos de trabalho eram por conta própria, ou seja, rendeiros, pequenos proprietários rurais e outros acordos informais.

Outra particularidade das áreas rurais diz respeito às diferenças entre Previdência Social Urbana e Rural. Os segurados da previdência rural não tinham direito ao Auxílio-Natalidade, mesmo porque a os direitos trabalhistas de e previdência rural era recentes e ainda começavam a ser estabelecidos por lei no período. Desta forma, os segurados rurais não faziam jus ao auxílio-natalidade.

Isto leva a crer que esta medida pode ter atingido mais especificamente as parteiras que atuavam no distrito urbano e atendiam as famílias de trabalhadores do sistema formal de trabalho. Pelo que o relato de D. Adelaide deixou a entender, no espaço de pouco mais de três a quatro anos, a solicitação para partos caiu praticamente a zero no distrito urbano. Mesmo contra a vontade de seus clientes, progressivamente, mais famílias foram impelidas a buscar atendimento em hospitais públicos ou da rede conveniada do INAMPS, no intuito de garantir o recebimento do auxílio-natalidade.

Enfim, esta foi a versão de D. Adelaide para o fim do atendimento, regular e predominante, feito por parteiras no distrito urbano de Londrina.

Era a minha colheita. E ninguém parou pra dizer: “Vamos fazer uma festa pras parteiras. Elas encerraram, mas nós vamos encerrar a vida delas, aqui esse trabalho. Vamos encerrar agradecendo elas.”

Então, elas foram desmamando com dor. Todo mundo foi desmamado com sofrimento. Não foi bonito não. Foi tirada aquela planta que tava crescendo e dando frutos. Mas nós não podíamos poder com os médicos, não podia teimar com eles. Eles estudaram tanto. (D. Adelaide)

---

<sup>13</sup> “Segundo o IBGE, no Paraná das 186 mil crianças nascidas em 2001, cerca de 34 mil, aproximadamente 19% , não foram registradas”.(FOLHA DE LONDRINA, 2003)

D. Adelaide parou de partejar em 1983. Segundo suas palavras, as parteiras eram muitas e realizavam a maioria esmagadora de partos. Sua narrativa figurou neste trabalho como um dos últimos vestígios “vivos” das parteiras do distrito urbano de Londrina. Assim, através de sua fala, foi possível conhecer um pouco quem eram, qual o papel social e a quem atendiam no distrito urbano.

Além disso, ao longo dos levantamentos feitos para a elaboração da dissertação, ficou perceptível, em conversa com pessoas da mesma faixa etária de D. Adelaide e moradoras em Londrina no referido período, que a regra era o parto normal domiciliar. Vinte anos foram suficientes para varrer boa parte dos registros da prática das parteiras no distrito urbano de Londrina e da documentação dos programas de treinamento e controle das parteiras. Um verdadeiro “esquecimento” ou “apagamento” de uma prática cotidiana tradicional na cidade.

Esta foi uma modificação de um costume cultural de longa duração de maneira extremamente rápida. E a velocidade nas mudanças, como já foi dito no capítulo anterior, era uma das características marcantes de Londrina.

De acordo com o depoimento de Sigrid Feliciano, o treinamento de Londrina, em 1978, foi o último ocorrido na 17<sup>a</sup> Regional de Saúde, com sede naquela cidade. Segundo D. Adelaide, o fim dos treinamentos em Londrina coincide com o período no qual ela situou as mudanças ocorridas quanto às assinaturas das notificações de parto, os anos finais da década de setenta.

Uma explicação para o término dos cursos na Regional de Londrina pode estar ligada à oscilação da força política dos grupos que implantaram os programas no cenário regional e local, quer dizer, as disputas de poder políticos na unidade da federação ou estado e município, como também a força política frente às pressões de parte da classe médica contrária aos treinamentos e seus desdobramentos. Tendo em vista o alto índice de rejeição por parte de alguns profissionais de saúde em relação às parteiras e, conforme já apresentado no início do capítulo, Dr Ayres evidenciou em seu depoimento o desinteresse dos oponentes políticos em divulgar o trabalho dos governos anteriores, principalmente as iniciativas que deram certo:

E mudou muito a situação no país. Nós tivemos coisas boas no país. Que funcionaram e ainda podem funcionar. Então, Dr. Arnaldo localizou e fez um cadastro. Eu acho que eles não divulgam isso, os políticos não divulgam. Os secretários que vieram depois, nunca tiveram interesse nisso. Só o Dr Arnaldo Busato de 1975 a 1978. Muita coisa foi incinerada (Dr. Ayres).

É importante ressaltar como estas dificuldades, relacionadas à falta de continuidade das políticas públicas no país, significam reais impedimentos para o prosseguimento de trabalhos como os programas de treinamento de parteiras. Interesses divergentes e alianças políticas mudam o alvo e a orientação das políticas públicas. Isto acarreta o abandono de projetos relevantes. Até mesmo, em obliteração dos mesmos, como aponta o depoimento, acarretando na incineração dos documentos. Porém, por outro lado, o jogo da mudança política também abre oportunidade para outras iniciativas.

Ao mesmo tempo, este desinteresse pode estar relacionado ao fortalecimento político dos grupos internos da classe médica contrários à prática das parteiras, os quais foram levados a aceitar uma convivência pacífica com a assistência da parteira, enquanto vigia a política de harmonização das relações entre médicos e parteiras, implantada pelos grupos políticos que realizaram os treinamentos, durante o período no qual estes estavam à frente dos cargos decisórios da Saúde Pública.

No que diz respeito à continuidade dos treinamentos no interior da estrutura do Estado, em pesquisa documental realizada na sede da Secretaria Estadual de Saúde em Curitiba, foi possível localizar um documento de 1988 referente à formação de recursos humanos voltados para a atuação no aperfeiçoamento e supervisão de parteiras: o “Documento final do curso de multiplicadores para parteiras práticas”. Outro indício da continuidade dos treinamentos no Paraná foi uma monografia apresentada à Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Saúde Pública de 1986. Nele, a autora M<sup>a</sup> Tereza Costa relata a experiência de um treinamento por ela organizado em Ibaiti, município da 19<sup>a</sup> Regional de Saúde do. Esta documentação demonstra que os cursos continuaram em municípios predominantemente rurais, desprovidos de serviços médicos suficientes para atender a população. Não foi possível localizar nenhuma documentação quanto à



continuação dos treinamentos em Londrina ou em outros municípios densamente urbanizados.

Estes indícios levam a crer que a prática das parteiras tendeu a diminuir significativamente nos núcleos urbanos, mas nas áreas rurais ela continuou a ser vista como necessária, bem como a continuidade dos programas.

Contudo, a oscilação nas forças políticas e a falta de continuísmo não foram exclusivas da experiência no Paraná. É o que pode ser verificado no treinamento ocorrido no Recife, que se iniciou contemporaneamente as de Londrina:

Assim como a saúde é circundada e influenciada por aspectos sócio-culturais, políticos e econômicos, além dos aspectos científicos e tecnológicos, os Programas de Parteiras encontram-se inseridos no mesmo contexto; portanto, tais iniciativas podem atingir períodos áureos de produção e registros ou passar por períodos de mau funcionamento por falta de recursos humanos, materiais e outros, muitas vezes resultantes de mudanças político-administrativas (NOBREGA, 1987, p. 05)

Apesar de tanto esforço desenvolvido e gratificado pelos bons resultados obtidos, atualmente o trabalho junto às parteiras encontra-se em crise, acompanhando a situação caótica que se verifica em todos os setores da economia do estado. A coordenação do serviço de enfermagem na Secretaria de Saúde encontra-se dissolvida e a centralização dos trabalhos com as parteiras, a esse nível, está sem enfermeira responsável. Talvez esta seja a maior razão pela qual muitos dos registros do trabalho das parteiras encontram-se inacessíveis (NOBREGA, 1987, p. 48-9)

Mesmo em regiões em que as parteiras são aceitas como uma necessidade, parece não haver interesse em se divulgar os trabalhos realizados com estas mulheres para a melhoria da Saúde Pública. Sobre Recife, Nóbrega (1987, p. 34-5) relata que:

Todos os aspectos relacionados com o trabalho das parteiras eram registrados nas fichas de inscrição das parteiras no Centro de Saúde, nos cartões de notificação de partos por elas realizados, nos mapas de controle de material a elas doado, nas declarações do Centro de Saúde ratificando a realização dos partos no domicílio, nos certificados de realização do treinamento e nos livros de ata das reuniões mensais com todas as parteiras. Todo esse material daria margem a que futuros estudos quantitativos, além de qualitativos, fossem feitos sobre o problema e sobre o desenvolvimento do programa em diferentes períodos.

Os dados foram registrados no período de 1965 a 1976. Como a autora desta **tese** (grifo da autora) teve que **enfrentar inenarráveis barreiras político-administrativas para conseguir os dados** (grifo meu), ela se

ateve ao estudo qualitativo da existência do programa.”(NOBREGA, 1987, p. 48).

A autora acredita que estas dificuldades são resultantes da crise política vivida pela administração do Estado durante o período de elaboração da tese. Entretanto, a crise poderia ter sido ocasionada pela mudança de governo, acompanhada de uma mudança das forças políticas no interior da classe médica do Estado, acarretando mudanças no rumo das ações no campo dos serviços de saúde estatal.

Mais uma possibilidade de explicação para a tendência de desaparecimento da prática das parteiras tradicionais, nos núcleos urbanos do interior do Paraná, pode estar relacionada ao que Sigrid Feliciano apontou em sua entrevista como parte dos resultados dos programas de treinamento, ou seja, a aproximação das parteiras do sistema formal de saúde e conseqüentemente da população por elas atendida:

-A hospitalização, mais hospitais começaram a surgir, e aí a mulher largou da parteira para o hospital?

- Não, os mesmos hospitais que existiam, são os que existem até hoje. Eu desconheço que tenham surgido mais hospitais.

Que atendam partos?

Geralmente, em municípios pequenos é clinica geral. Lá eles atendem tudo. Geralmente, um, dois médicos. Mais (médicos) é difícil. Lá eles atendem posto, hospital. Então eles já sabem se tem algum problema com a gestante que pode, eventualmente, trazê-la na hora do neném nascer. Então ele já encaminha. Às vezes, a gestante entrava em trabalho de parto e a parteira acompanhava a parturiente no hospital.

Portanto, de acordo com a lógica acima apresentada, a parteira como parte informal do sistema público de saúde, enviava a gestante para o pré-natal. Dentro do sistema, o próprio médico responsável pelo acompanhamento, encaminhava a gestante de risco para o parto hospitalar. Entretanto, este procedimento pode ter sido generalizado progressivamente para grande parte das gestantes atendidas no pré-natal no posto de saúde. Os motivos para generalização deste encaminhamento podem ter variado de local para local e de acordo com o profissional, bem como também pode ter sido resultado da solicitação das próprias gestantes. Outrossim, as motivações da clientela podem estar ligadas à mudança de posicionamento quanto aos valores que orientavam as escolhas para

assistência ao parto, por parte das gestantes e famílias, frente às informações passadas pelas campanhas de saúde públicas, que ampliaram acesso ao conhecimento de hábitos de higiene e saúde, de acordo com os saberes da medicina.

Em síntese, os médicos passaram a encaminhar as gestantes para o parto hospitalar, por considerá-lo mais seguro, tanto para a gestante de risco, como a gestante saudável e, ao mesmo tempo, as gestantes, ao terem maior contato com informações sobre a gestação e o parto ao longo do pré-natal e maior proximidade com o médico, passaram a aceitar o parto hospitalar, e mesmo a preferi-lo.

Esta explicação para a progressiva tendência de opção pelo parto hospitalar pela população está de acordo com a intensificação da divulgação da idéia potencialidade patológica do parto natural. De acordo com Kobrin (1984) esta foi a estratégia utilizada pelos obstetras durante a consolidação da Obstetrícia como ramo da medicina, nos anos iniciais do século XX, para justificar perante a classe médica e a população o acompanhamento de um especialista treinado para a gestação e o parto, tendo em vista que, no período aludido pelo autor, as parteiras eram ainda consideradas como competentes para realizar a assistência.

Sendo assim, um quadro variado compõe o contexto da perda de hegemonia das parteiras no atendimento aos partos normais no núcleo urbano de Londrina. Pelo que pôde ser visto, a década de setenta concentrou condições e fatores que aceleram o processo. Nos anos finais da década de oitenta, esta prática parecia algo distante e a parteira personagem de um passado longínquo. Apenas em 1992 a Maternidade Municipal de Londrina foi inaugurada, provendo atendimento hospitalar público e gratuito específico para o parto das mulheres londrinenses e de cidades próximas.

Os treinamentos de parteiras tradicionais resultaram em benefícios para a saúde da população que consistiram na diminuição das taxas de tétano neonatal, oftalmia do recém-nascido e na divulgação de conhecimentos sobre higiene e saúde. Também foi possível perceber como os treinamentos fortaleceram os laços tradicionais entre as parteiras e a comunidade local. Houve uma reelaboração no papel tradicional desempenhado por estas mulheres, valorizando

a atuação das mesmas e intensificando o seu papel de líderes comunitárias, a partir do reconhecimento por parte das autoridades.

Durante algum tempo a lógica das políticas de saúde, no que diz respeito ao controle epidemiológico em áreas de concentração urbana desprovidas de serviços públicos de saúde suficientes para a demanda, prevaleceu. Porém, permeando esta lógica, uma visão renovadora possibilitou diminuir resistências e preconceitos em relação às parteiras. Estas, por sua vez, viram possibilidades de ampliar seus conhecimentos, ascensão e reconhecimento social através dos treinamentos.

As parteiras continuam atuando em áreas rurais distantes de serviços médicos, contudo, nos centros densamente urbanizados a assistência ao parto realizada por estas mulheres tendeu a ser praticamente inexistente, invisível mesmo, o que não significa, obrigatoriamente que, havendo necessidade, tal assistência ainda não ocorra. Apesar da tendência ao desaparecimento desta prática cotidiana de longa duração, ela ainda continua, porém, não da maneira que os profissionais de saúde e as parteiras envolvidas nos treinamentos conseguiram manter por algum tempo em Londrina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria de ressaltar que as considerações expostas a seguir têm o objetivo de contribuir para as reflexões quanto à estudos que se dediquem as parteiras e suas práticas. Portanto, elas não estão aqui para responder a todo as questões que o assunto propõe, mas sim apontar novas oportunidades de conhecimento.

O formato da dissertação, o tempo para se realizar os levantamentos e análises impõem hoje limitações reais e muito concretas à elaboração de um trabalho acadêmico, alheias à vontade de quem se dedica a esta atividade: uma multiplicidade de fatores que contribuem para os resultados alcançados neste e, em muitos outros trabalhos de pós-graduação no Brasil do início do século XXI.

No que diz respeito às considerações a serem agora apresentadas, podemos dizer, também, que múltiplos fatores de um contexto histórico complexo e repleto de tensões interferiram na permanência das parteiras no distrito urbano de Londrina até a década de setenta. Elas foram vistas como sinal de atraso e ignorância, relacionadas aos contextos rurais distantes das grandes cidades, costumeiramente desprovidos de recursos técnicos e de pessoal médico treinado. Contudo, as parteiras permaneceram em um centro urbano densamente urbanizado, considerado até poucos anos, como o terceiro mais populoso e urbanizado da região sul do Brasil.

A cidade de Londrina, se comparada à realidade da maior parte dos municípios do Brasil, ao longo de sua história e durante a década de 1970, apresentava recursos superiores àqueles, tornando-se pólo de serviços para o Norte do Paraná e regiões de estados vizinhos (NAKAGAWARA, Y. 1972, apud: ALMEIDA, 1979, P. 47).

Londrina poderia ser considerada uma cidade moderna e progressista, principalmente se levados em conta os seus aspectos aparentes de desenvolvimento, ou seja, planejamento urbano e suas obras arquitetônicas. Estas realizações, somadas aos discursos veiculados pelas elites econômicas e políticas do local, espalharam bem longe e por muito tempo a fama do “Eldorado” e de uma cidade com excelente qualidade de vida para todos. Entretanto, o crescimento intenso e desordenado da cidade, conhecida por sua riqueza e vocacionada para o progresso e modernidade, foi desigual. O que pode ser constatado, diante dos dados levantados, é que Londrina reproduz a tendência de concentração de rendas e recursos do restante do país.

Na origem de sua concepção, a mescla entre o rural e o urbano fez surgir um espaço social híbrido e complexo. Era a ordem sonhada de um mundo imaginário onde parecia possível juntar todas as vantagens naturais do campo com todos os confortos da cidade grande.

Analisando-se por este ângulo, a parteira continuou coexistindo com os recursos médicos, pelas contribuições que ambos apresentaram ao contexto local. Mesmo porque, de fato, as condições de atendimento médico na cidade, durante os anos iniciais, eram muito restritas e os nascimentos eram preponderantemente assistidos pelas parteiras, não só em Londrina, mas em muitas outras cidades do país nas décadas iniciais do século XX.

Ao longo do período investigado e, em termos nacionais, ocorreu a tendência de concentração de recursos e a priorização da prática da medicina privada, centrada na hospitalização, pelas políticas do estado através da compra destes serviços pelo sistema previdenciário. No contexto de Londrina, a concentração de recursos se fez sentir também por meio do peso da luta pela manutenção da prática liberal e filantrópica da medicina por parte considerável da classe médica e da sociedade, ao tentar impedir a ampliação do atendimento da medicina previdenciária na cidade, mesmo diante da resistência de vários setores.

Desta forma, tanto a população contribuinte do INPS, que viu cair consideravelmente a qualidade dos serviços que recebia, assim como o número de leitos hospitalares de que poderia dispor para seu atendimento, como a população que estava à margem do sistema previdenciário, também conhecida como “indigente” formaram uma clientela em potencial para a parteira. Esta demanda imensa sobrecarregava o insuficiente sistema de serviços médicos locais. Na

impossibilidade de atendimento médico-hospitalar, após uma longa viagem da parturiente em busca de um leito para internação, a parteira era, muitas vezes, o único recurso viável às camadas mais pobres da população.

Nas mãos experientes dessas mulheres, as gestantes e suas famílias encontraram amparo, atenção e um atendimento para o parto normal com relativa segurança dentro do ambiente do lar.

O amparo às mulheres que transgrediam os rígidos códigos de moral da época, a proximidade, a cumplicidade e a amizade fizeram da parteira a escolha acertada para situações condenadas pela sociedade. Por outro lado, ela também resguardou o recato e o pudor de muitas mulheres que não aceitavam o exame médico.

Portanto, a parteira era necessária ao longo da história da cidade e no contexto dos anos setenta, pois, mesmo concentrando a maioria dos recursos médico-hospitalares da região norte do Paraná, formou-se uma clientela que necessitava dos serviços da parteira. Não só necessitava, como também preferia a parteira, diante da incerteza de se conseguir internação e da precariedade de atendimento hospitalar para as camadas mais pobres na hora do parto.

Em termos de longa duração, levando-se em conta o recorte temporal da dissertação, é possível perceber-se a lenta mudança nas políticas de saúde pública, de uma orientação liberal, de pouca intervenção no mercado de serviços médicos para, uma progressiva tendência a maior intervenção na área da saúde, atuando mais enfaticamente nos problemas sociais.

Influenciados na época por uma visão renovada do que seria saúde, surgem os programas de treinamentos na década de setenta no Paraná e em outros pontos do território nacional. Estes reforçaram o ideal de atendimento das parteiras (bem-estar físico, mental, espiritual e material) e acabaram por intensificar ainda mais os laços tradicionais existentes entre estas mulheres e a população local. Ao longo da existência dos programas de treinamento de parteiras tradicionais, consolidou-se um sistema público de atendimento materno-infantil, humanizado e com inserção da comunidade, ou seja, toda uma corrente, feita de muitos elos, estava se solidificando. Entretanto, a corrente rompeu-se mais breve do que o esperado.

Os programas de treinamento a que tivemos acesso no país apresentaram desfechos diferentes. Entretanto, alguns fatores comuns foram determinantes para o término dessas experiências. Entre eles figura a oscilação da força política dos

grupos que implantaram os programas no cenário político regional e local, como também a força política frente às pressões de parte da classe médica contrária aos treinamentos e seus desdobramentos. É o que pode ser verificado na experiência ocorrida no Recife, que se iniciou contemporaneamente à de Londrina.

No que diz respeito à oscilação dos grupos que desenvolveram os treinamentos dentro do cenário político, a falta de continuísmo no campo das políticas públicas foi um fator comum tanto em Londrina como em Recife. O silêncio sobre o assunto, a dificuldade de acesso à documentação referente aos treinamentos, impossibilitou a realização de uma investigação mais rica, interferindo na resolução de algumas questões que surgiram ao longo da pesquisa.

Além disso, o abandono das experiências dos treinamentos faz parte de uma estratégia política, comum no país, de não se ressaltar as realizações do adversário político. Mas também pode estar ligada aos interesses daqueles que não concordavam com a prática das parteiras nos núcleos urbanos, aceitando apenas a permanência delas nas áreas rurais. Os indícios de incineração dessa documentação, em Londrina, apontam para um problema conhecido na administração pública: a ausência de arquivos contínuos, sistematizados e conservados. Este obstáculo impediu um quadro mais nítido da experiência dos treinamentos.

As fichas de registro das parteiras no Posto de Saúde não estavam disponíveis para o estudo. Ao solicitar uma consulta ao arquivo morto da 17<sup>a</sup> Regional Estadual de Saúde do Paraná, no intuito de localizá-las, uma funcionária informou, pelo telefone, que no local não existia nenhum documento sobre parteiras. Ao comentar que em Recife, as parteiras, após anos de treinamento e controle do Estado, organizaram-se em grupos e atuam até hoje, tendo este fato levado à produção de farto material de estudo e documental, a funcionária respondeu que a dificuldade de se encontrar documentação sobre as parteiras na cidade era em função de “Em Londrina não existir uma ‘cultura’ de parteiras como existe no Nordeste” e também que as parteiras são necessárias lá porque, no Nordeste, são poucos hospitais e médicos para o atendimento à população, o que não condiz com o que esta investigação verificou.

As parteiras eram um recurso valioso, elas eram necessárias, mas parece que não eram desejadas por parte de alguns profissionais de saúde, pois alguns tinham raiva, até mesmo ódio delas. Entretanto, na avaliação de outros grupos



dentro da classe médica, diante das dificuldades para fazer frente à demanda por serviços obstétricos, elas não podiam ser preteridas naquele momento, sendo necessário treiná-las e controlar a sua prática.

A justificativa diante desse verdadeiro “esquecimento” ou “apagamento” desta prática cotidiana na cidade, de acordo com os funcionários da Saúde Pública envolvidos com os treinamentos, era de que as parteiras registradas no Centro de Saúde eram, em sua maioria, moradoras dos distritos rurais e lá atuavam, sendo o número de parteiras que moravam e atuavam no distrito urbano praticamente insignificante. Apurou-se que, entre 21 inscritas no curso, quatro eram moradoras de Londrina, na época, pois, ao lado dos nomes destas mulheres, constavam os seus endereços, escrito à mão. Todas moravam no perímetro urbano e duas eram vizinhas, separadas apenas por dois quarteirões. Duas parteiras residiam em plena rua Pará, no coração do distrito urbano. Porém, não foi possível localizá-las nesses endereços. Umas já haviam falecido, outras tinham mudado para endereço ignorado. Não foi uma tarefa fácil encontrá-las.

Ao elaborar o trabalho, em contato com os documentos, jornais, moradores do lugar, alguns profissionais de saúde, parecia pairar a idéia de que a substituição das parteiras pelos serviços médicos é dos fenômenos dos mais naturais do inevitável progresso, e mesmo, previsível para alguns setores da sociedade local. Segundo um jornal de grande circulação na região, “com o passar dos anos, o trabalho de parteira foi sendo incorporado pelos hospitais e maternidades” (Folha de Londrina, 11/01/1985). Porém, para as parteiras isso não parecia algo tão previsível assim. Todas elas afirmaram que se não existissem os atuais impedimentos, elas estariam partejando até hoje. Os impedimentos são de caráter de saúde pessoal, queda da procura pelos serviços e a mudança da área rural para o distrito urbano, onde não há mais procura dos serviços de uma parteira.

Fundação do curso de medicina em Londrina, em 1967, indica outro aspecto que pode ter contribuído para acelerar a tendência de eliminação da prática das parteiras no perímetro urbano. A formação de profissionais médicos na cidade gerou um aumento de pressão no disputado mercado de atendimento ao parto em Londrina. A primeira turma formou-se na segunda metade da década de setenta, o período crítico da queda da assistência ao parto realizada por parteira, no perímetro urbano. Coincide com a época na qual os médicos conseguiram exclusividade para assinar as notificações de parto, conforme o relato de D. Adelaide. Ao mesmo

tempo, ocorre na cidade o curso que encerra uma série de treinamentos de parteiras, em mais de vinte municípios.

É lícito pensar que para aqueles que defendiam a necessidade da parteira diante do contexto da assistência materno-infantil no município, frente aos profissionais contrários a esta idéia, concordassem que o ideal seria a substituição do atendimento realizado por estas mulheres pelos serviços de pessoal de saúde. Então, em nome da continuidade dos serviços, os treinamentos proporcionaram melhores condições de trabalho para as parteiras e atendimento para a população, enquanto não houvesse pessoal treinado por escola médica suficiente para o atendimento à demanda. Após a abertura do curso de medicina e, com a formatura de turmas ano a ano, haveria oferta de mão-de-obra médica para a substituição progressiva das parteiras no mercado de serviços obstétricos, em um prazo relativamente curto. Talvez, por este motivo, os treinamentos tenham continuado em outros municípios do interior do estado e terminado definitivamente em uma cidade como Londrina.

Esta substituição pode parecer um caminho lógico e inevitável como parte do movimento do progresso. Porém, alguns indícios podem apontar que, modificações como a que está em discussão, não são tão inevitáveis.

Podemos lembrar que um dos resultados apontados como positivo pelos profissionais de saúde, além das quedas nos índices de tétano e mortalidade perinatal, foi a harmonização das relações entre médicos e parteiras. Muitos médicos alimentavam rancores e perseguiram as parteiras, difamando muitas delas. É provável que parte da população pudesse temer também a figura de médicos que tivessem uma conduta persecutória em relação a parteiras, somando-se ao fato de o médico ser um estranho a quem uma mulher deviria se expor na situação um exame. Assim, ao pacificar os ânimos entre médicos e parteiras, os treinamentos contribuíram para um clima menos tenso. Isto pode ter facilitado a aproximação da população da figura do médico, ou seja, ajudou a desfazer medos e resistências, o que pôde ser verificado na permissão de acompanhamento das parturientes em hospitais, fato pouco comum de ocorrer antes dos treinamentos.

Tendo aproximado estes sujeitos, ao apaziguar os ânimos, os treinamentos acabaram por reforçar os laços tradicionais entre parteiras e população, ao aliviar o peso dos preconceitos por parte das autoridades sobre estas mulheres. Assim, elas

puderam atuar mais tranqüilamente em favor do bem-estar de suas comunidades recebendo o reconhecimento de seus préstimos por parte das autoridades.

Os treinamentos foram uma oportunidade de reconhecimento e realização pessoal que as parteiras souberam aproveitar. Elas viram nos cursos meios para melhorar sua prática, aprender mais sobre o que gostavam de fazer, ter tranqüilidade e respaldo oficial para continuar atuando, realizando uma tarefa baseada em uma ética solidária que as faziam sentir-se parte de um projeto divino.

As parteiras entrevistadas partilhavam do que denominei de “espírito de parteiras”. Este possui atributos específicos como ser corajosa, desejosa de ajudar o próximo, o desejo do conhecimento, a vontade de saber. Entretanto, existiam diferenças entre os significados inferidos à prática pelas parteiras urbanas e rurais.

As parteiras rurais, D. Alexina e D. Tereza, não cobravam pela assistência prestada. D. Alexina afirmou nunca ter recebido nenhuma contrapartida pelos partos que realizou. D. Tereza explicou que, de vez em quando, recebia uma gorjeta, ou uma galinha. Porém, isso não era comum. A regra era não receber nenhum tipo de remuneração. De acordo com o seu relato, sua prática era só para fazer uma caridade, pois as famílias as quais ela atendia e moravam na redondeza eram muito pobres.

O significado meramente caritativo da prática de D. Tereza não a impediu de disputar a preferência das parturientes com a parteira mais antiga do local. Seu depoimento evidenciou o desejo de reconhecimento social e realização pessoal, como também era uma forma de materializar seu sentimento religioso, além de prosseguir com a tradição familiar feminina, pois sua mãe tinha sido parteira. O prestígio da mãe foi um fator de grande influência na escolha de D. Tereza.

Os treinamentos significaram para a parteira a possibilidade de continuar atuando com mais segurança, principalmente, porque ela tinha uma documentação oficial que respaldava sua prática. Este documento e o fato de ter passado por treinamento médico pode ter aliviado D. Tereza das pressões de algumas autoridades que, porventura, viessem a questioná-la no desempenho das suas atividades. Como ela disse, após os treinamentos, ela pôde sair para partejar mais tranqüila. Depois do curso ela tinha o “papel”, que garantiu maior segurança para continuar a “trabalhar de parto”.

As parteiras que atuavam no distrito urbano e lá residiam, atribuíram significados que partilhavam aspectos com as parteiras rurais, embora

apresentassem algumas diferenças, pois elas estavam em meio a um mercado de serviços obstétricos disputado entre as parteiras e, cada vez mais, disputado por profissionais de saúde.

No início da organização do núcleo urbano de Londrina, a parteira era aceita, tanto por médicos, como pela população, como competente para o atendimento ao parto. Havia escassez de profissionais de saúde para atender a população que crescia em ritmo acelerado, em função da atração exercida pelo sonho de uma vida melhor em uma nova fronteira econômica e grande natalidade. Todo tipo de profissional chegava à cidade e a riqueza do café permitiu grandes ganhos nos tempos do auge da produção.

Progressivamente, profissionais de saúde e recursos foram sendo ofertados à população, contudo, por mais que estes sofressem acréscimo, o número de habitantes suplantava a oferta de serviços médicos. Além disso, Londrina tornou-se pólo destes serviços para toda uma região, pois concentrava a maioria esmagadora dos serviços no distrito urbano. Porém, ao mesmo tempo em que a cidade crescia, as diferenças sociais ficavam mais evidentes, principalmente após “o fim do Eldorado cafeeiro”. Grandes levadas populacionais, liberadas da lavoura, migraram para o distrito urbano da cidade, sobrecarregando o sistema de saúde local. A parteira era um recurso valioso para esta população.

Em meio a esse contexto, convivendo e dividindo um mercado de serviços obstétricos com profissionais de saúde e parteiras formadas, percebendo o potencial econômico da parturição, as parteiras acabaram por se apropriar da lógica profissional dos médicos e parteiras obstetrias.

Tudo leva a crer que a população também aceitava esta lógica, ao oferecer contrapartida pela assistência ao parto. Diante dos presentes e gorjetas, as parteiras se deram conta do potencial econômico da prática e passaram a receber remuneração, “daqueles que podiam pagar”, ou seja, o mesmo discurso da prática liberal dos profissionais de saúde que atuavam na cidade, pelo menos, aquelas mais procuradas pela população. Ao mesmo tempo, as parteiras mais solicitadas conviveram com outras, que ocasionalmente prestavam a mesma assistência, mas não podiam manter-se somente dos resultados dos atendimentos por serem pouco solicitadas.

Contudo, todas elas alternavam a parturição com outras formas de subsistência, por não se considerar a assistência prestada propriamente uma

profissão, mas uma prática solidária. Mesmo assim, algumas destas mulheres oficialmente declararam ser parteiras no sentido profissional. Esta indicação consta dos processos criminais examinados ao longo da pesquisa, ou seja, elas declaram diante da Justiça que, viviam de realizar partos, ao afirmarem nos processos que sua ocupação principal era “parteira”.

É possível então dizer que a parturição foi, aos poucos, tomando significado de uma ocupação, uma prática com caráter profissional para essas mulheres e pode ter significado também para a população. Este significado não entrava em choque com as motivações e valores religiosos que orientavam suas práticas sociais, com os quais acabavam por conviver. Tudo leva a crer que, tomando como exemplo a conduta profissional do médico e da enfermeira obstétrica ou obstetrix, as parteiras conjugaram os valores de solidariedade, servir e cuidar do próximo com a prática profissional, sem significar necessariamente um conflito de valores.

D. Adelaide é um exemplo de desejo de ascensão social através do reconhecimento de sua prática, elaborando uma conduta similar à de um profissional de saúde, imitando e absorvendo tanto os conhecimentos passados nos treinamentos, como valores e procedimentos dos profissionais de saúde com quem conviveu. Ela soube empregar os resultados materiais da parturição, acumulou bens e era bem sucedida no mercado de serviços obstétricos. Ela afirmou que se arrependeu de perder a oportunidade de trabalhar em um hospital, ou seja, seu desejo era o de se tornar uma profissional de saúde com treinamento formal.

D. Inácia, outra parteira que atuou em distrito urbano, trabalhou mais de vinte anos em um hospital. Seu conhecimento inicial para a prática da parturição foi adquirido a partir do saber médico. Devido ao isolamento inicial do núcleo urbano de Lupionópolis, cidade onde viveu e partejou a maior parte de sua vida, ela foi durante muito tempo à única pessoa a possuir conhecimento mínimos de enfermagem. Ela atuou e era vista como profissional de saúde no lugar.

No espaço do hospital ela não conseguiu o reconhecimento pelos seus serviços, por parte dos médicos, devido à sua baixa escolaridade. Contudo, a população da cidade que ajudou a nascer soube ser grata a sua dedicação.

Estas duas mulheres atuaram em regiões urbanas até a década de oitenta, quando encerraram seus atendimentos. Elas indicam o que as parteiras possuem em comum, ou seja, o “espírito de parteira”. Porém, comparando-as com as parteiras

que atuavam na região rural, demonstram as diferenças entre os significados e as práticas de acordo com o contexto onde as realizavam.

Os efeitos dos treinamentos, no que diz respeito à continuidade da prática das parteiras, aparentemente, se colocam contraditórios. Por um lado, eles reforçaram os laços entre parteiras e comunidade, dando a impressão de que, se os programas continuassem, uma rede de atendimento ao parto domiciliar a baixo custo, e também, com riscos mínimos de segurança para a parturiente, iria se consolidar, o que poderia, mais tarde, se tornar mais um caminho alternativo em termos de cuidados de saúde e assistência ao parto para a cidade.

Mas, ao mesmo tempo, esta aproximação pode ter contribuído para divulgar entre a população, mais próxima do médico através do acompanhamento pré-natal, a idéia que o parto hospitalar, com acompanhamento de um médico, poderia significar maiores chances de segurança para a mãe e o bebê. Principalmente, porque ficou constatada a colaboração das parteiras no envio das gestantes para os exames e o conseqüente aumento dos números de atendimento, de acordo com os depoimentos da profissional diretamente envolvida com os treinamentos e controle de parteiras.

Portanto, os treinamentos melhoraram o atendimento das parteiras feito à população, mas não garantiram a continuação dos serviços realizados por elas ao ter sido reconhecida a contribuição destas mulheres para a saúde pública. De fato, os treinamentos contribuíram para a melhoria da saúde da população e ampliaram o alcance dos serviços públicos de saúde. Os programas reelaboraram o papel social das parteiras. Deram visibilidade a sua prática e ao incorporarem as parteiras em uma corrente de serviços de saúde, este papel sofreu alterações, as quais foram resultantes tanto da ação dos profissionais de saúde como das parteiras e de como estas modificações foram vistas pela população.

Estes programas foram resultado do esforço de profissionais preocupados com o reconhecimento do potencial valioso das parteiras, mas a permanência dos treinamentos em locais como Londrina dependia do apoio político de grupos interessados na sua continuação.

Enfim, acredito ter contribuído para o conhecimento acerca do tema das parteiras e suas práticas no que diz respeito a pensar nas várias formas e caminhos pelos quais as mudanças acontecem no cotidiano das pessoas. Além disso, procurei enriquecer a discussão sobre este tema, demonstrando nuances acerca de quem

são estas mulheres e os significados inferidos por elas às suas práticas e seus valores, privilegiando o ponto de vista das mesmas.

A passagem da preponderância da assistência ao parto feito por parteiras para a hegemonia do parto hospitalar, realizado por pessoal de saúde, foi uma modificação de uma prática cotidiana e de um costume cultural de longa duração de maneira extremamente rápida. Ocorreu em pouco menos de uma década. E a velocidade nas mudanças é uma das características marcantes de Londrina.

Se pensarmos que, no contexto europeu e norte americano, estas mudanças levaram, respectivamente, aproximadamente dois séculos e, de cem a cinquenta anos, acompanhadas de estruturação da rede de serviços públicos de saúde, da organização da prática da parturição e da elevação do nível técnico-cultural das praticantes, talvez fosse necessário refletirmos melhor a respeito da natureza das mudanças que empreendemos tão rapidamente. Se realmente é necessária a velocidade vertiginosa em que abrimos mão de algumas práticas em nome de outras. Se não seria mais prudente organizarmos mais adequadamente as bases das mudanças para que elas não sejam precipitadas e ocasionem conseqüências que diminuam nossos horizontes de escolha no futuro.

## Fontes primárias

### Entrevistas

Adelaide Nogueira Canelli. Entrevista concedida à autora. Curitiba, 02/10/2003.

Alexina Alves de Oliveira. Entrevista concedida à autora. Cambé, janeiro de 2002.

Inácia Contreiras. Entrevista concedida à autora. Lupionópolis, abril de 2002.

João Dias Ayres. Entrevista concedida à autora. Londrina, 29/04/2002.

Maria Tereza Vati. Entrevista concedida à autora. Londrina, agosto de 2003.

Sr. George Freitas Coutinho. Entrevista concedida às historiadoras Conceição Duarte Geraldo e Rosangela Ricieri Haddad em 15/01/1996. MUSEU HISTÓRICO DE LONDRINA Pe. Carlos Weiss. Projeto CUCO.

Sigrid Feliciano. Entrevista concedida à autora. Londrina, 30/04/2002.

Terezinha Erthal. Entrevista concedida à autora, por telefone. Londrina, julho de 2002.



Manuais:

JONES, Anita M. *Manual para ensino de parteiras*. Washington: Imprensa do Governo dos Estados Unidos, 1944. 140p.

MICHAUD, Alice.; ERTHAL, Terezinha. *Álbum visual da Parteira*. Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social do Paraná, 1976. mimeo.

MITT, Gerda . *Guia da parteira leiga domiciliar*. Curitiba: s.n., 1974. 34 p

Documentação da Secretaria de Saúde do Paraná:

ESTADO DO PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. FUNDAÇÃO BENTO MUNHOZ DA ROCHA. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ. *A escola de saúde pública do Paraná: 1958 – 1988. Memória e perspectivas*. Curitiba: 1988.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. FUNDAÇÃO BENTO MUNHOZ DA ROCHA. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ. *Documento final do curso de multiplicadores para parteiras práticas*. Curitiba: 29/08 a 04/09 de 1988.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E BEM-ESTAR. *Diagnóstico institucional dos órgãos de saúde do estado do Paraná: “Ministério do Interior acordo com a SUDESUL”*. Curitiba, 1975.

\_\_\_\_\_, SECRETARIA DE SAÚDE E BEM-ESTAR. *Diagnóstico institucional dos órgãos de saúde do estado do Paraná. Ministério do Interior. Acordo com a SUDESUL*. Curitiba, 1975.

FERNANDES, L. *O centro de Saúde de Londrina: memória*. Londrina: Secretaria de Saúde do Paraná, 1992.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E BEM-ESTAR DO PARANÁ. *Livro H A 0552 – Óbitos por sexo e idade. Londrina, 1962 – 1974*.

Legislação Previdenciária:

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Regulamento dos benefícios da previdência social*. Coordenação de Comunicação Social, Brasília: 1979. 206p.

CAMPANHOLE, A. *Consolidação das leis da Previdência Social e legislação complementar*. São Paulo: Atlas, 1981.

DRAIBE, S. M. Previdência e assistência social. In: MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL; Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL); Convênio MPS/CEPAL. A previdência social e a revisão Constitucional Pesquisas: volume3. Brasília: MPS/CEPAL, 1993. p 84-6.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (MPS), COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (CEPAL) – CONVÊNIO MPS/CEPAL. *A previdência social e a revisão constitucional – pesquisa; volume I*. Brasília: MPS/CEPAL, 1993. 300p.

LEITE, C. B. *Um século de previdência social: balanços e perspectivas no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.229p.

#### Jornais:

MORREU Maria Tan, a mãe de Londrina. *Folha de Londrina*, 11/01/1985.

PARTEIRAS são uma realidade que não pode ser esquecida no país. *Folha de Londrina*, Londrina, quinta-feira, 12/05/77. Saúde e Educação.p. 4, c. 1-4.

#### Centro de Documentação e Pesquisa Histórica da Universidade Estadual de Londrina

Projeto de Pesquisa: Autos do Fórum.

Processos Criminais da 1ª vara da Comarca de Londrina:

Pc. 18, A C n° 161/5

Pc. 14, A C n° 41/40

Processos Criminais da 2ª vara da Comarca de Londrina:

Pc. 82, A C. n° 128/69

Pc. 94, A C. n° 36/65

Pc. 35, A. C. n° 9862/61

#### Documentos da OMS, OPAS, Ministério da Saúde

BARRETO, L. ; GAMBOA, A. Adiestramiento de parteras empiricas en el Paraguay. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*;39(3):241-9, sept.1955.

COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS SOBRE LA FUNCIÓN DE LA PARTEIRA EN LA ASISTENCIA A LA MADRE Informe de un Comité de Expertos de la OMS. *Informes técnicos N°: 331* Edição, Ginebra: OMS, 1966.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Programa nacional de parteiras tradicionais*. 1991, 10p.

LEZAETA, P G. de. La partera en algunos países de Europa. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP);48(6):522-29, jun. 1960.

JULIO, O. ; ZAPENAS, M. Primer curso de matronas instructoras en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP);53(5):430-3, nov. 1962.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. *Actas de la décima conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington, D.C; Oficina Sanitaria Panamericana; ago. 1939.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Actas y resoluciones de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);17(11):957-971, nov. 1938.

\_\_\_\_\_. Décima Conferencia Sanitária Panamericana : Ata Final. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP);17(12):1067-78, dic. 1938.

\_\_\_\_\_. Serie Informes Técnicos, 1958. apud: COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS SOBRE LA FUNCIÓN DE LA PARTERA EN LA ASISTENCIA A LA MADRE Informe de un Comité de Expertos de la OMS. *Informes técnicos N°: 331* Edição, Ginebra: OMS, 1966.

#### Centro de Documentação da Casa de Oswaldo Cruz

Fundo SESP – caixa 7, maço 70.

Termo de convênio entre o governo do Estado do Paraná e o Serviço Especial de Saúde pública. Rio de Janeiro, 24 março de 1955.

Programa Paraná, projeto n ° PR-PAR-40, emenda n ° XIX.

Programa Paraná – Termo de encerramento e sumário final do projeto n ° PR-PAR-40.

## BIBLIOGRAFIA

ADUM, S. M. S. Lopes. *Imagens do progresso: civilização e barbárie em Londrina, 1930-1960*. Dissertação (Mestrado em História Social) Faculdade de Ciências e Letras, Departamento de História. Universidade estadual Paulista. Assis, 1991.

ALMEIDA, M.J. *A organização de serviços de saúde a nível local: registro de uma experiência em processo*. 125 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1979.

ALVES, J. M. *História da assistência social aos pobres em Londrina: 1940 – 1980*. Tese (Doutorado em História social). Faculdade de Ciências e Letras, Departamento de História. Universidade Estadual Paulista. Assis, 2002, 544p.

ANDRADE, A. P. de A. *A mortalidade infantil em Cambé – PR: 1936/1947*. Monografia (Especialização em História Social e Ensino de História). Departamento de História - Curso de Especialização em História. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1998. 83p.

ANDRADE, S. M.; CORDONI Jr., L. ; SOARES, D. A. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2001, 268p.

ARIAS NETO, J. M. *O Eldorado: Londrina e o Norte do Paraná - 1930/1975*. Dissertação (Mestrado em História Social) Departamento de História da Universidade de São Paulo São Paulo, 1993.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Trad. Dora Flaksman. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Livro técnico e científico, 1981.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE LONDRINA. Departamento de cirurgia geral/ Centro de documentação e memória. Amélia Tozzetti Nogueira (Coord.) *Dados históricos da cirurgia geral em Londrina*. Londrina, 2000a, 16p. (mimeo).

\_\_\_\_\_. Departamento de pediatria e cirurgia pediátrica/ Centro de documentação e memória. Amélia Tozzetti Nogueira (Coord.). *Dados históricos da pediatria em Londrina*. Londrina, 2000b. 17p. (mimeo).

BARRETO, M<sup>a</sup> R. *Nascer na Bahia do século XIX (Salvador 1832-1889)*. Dissertação (Dissertação de Mestrado) Departamento de História da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. (trad.). Marcos Estevão e Renato Aguiar. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BERNADES, M. M. Breve histórico das disputas entre comadres, parteiras, médicos. *Saúde em Debate*. n. 14, p. 16-20. 1982.

BER, Rosângela. *Memória da medicina em Londrina: "Dr. Jonas de Farias Castro Filho"*. Monografia (especialização em História social). Curso de Especialização em História – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1997.

BERTOLLI F<sup>o</sup>, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. 4 ed. São Paulo: Ática, 2002. 71p.

BESSA, L. F. Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. São Paulo. v. 33, n. 3. p. 251-54, set. 1999.

BESSA, L. F. ; FERREIRA, S. L. *Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural*. Salvador: GRAFUFBA, 1999, 124p.

BRENES, A. C. *Um olhar brasileiro sobre o caso de Paris: o conflito parteiras-parteiros e seus desdobramentos no Rio de Janeiro, século XIX*. 297f. Tese (Doutorado em História) Curso de Pós-graduação em História. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1996.

BOGDAN, R. ; BIKLEN S. *Investigação Qualitativa em Educação- Uma introdução à Teoria e aos Métodos*. (trad.) Maria João Álvares, Sara B. dos Santos, Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BOSI, E. *Memória e sociedade – lembrança de velhos*. 9<sup>a</sup> ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. In: FERREIRA, M. de M; AMADO, J. *Usos e abusos da história oral*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 183-194.

BRITO BASTOS, N. C. *SESP/FSESP: 1942/ 1991. – evolução histórica* – Recife: Comunicarte, 1993.

BURKE, P. *História e teoria social*. São Paulo: Editora UNESP, 2002. 275p.

CAMPOS, A. L. V. de .*International health policies in Brazil: the Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. 346 p. Tese (Doutorado) University of Texas, Austin.1997.

CARRILHO, A. M. Nascimento y muerte de uma profisi3n. L3s parteras tituladas em M3xico. *Dynamis*. N 3 19. 1999.pp. 167-190.

CARVALHO, J. M. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a rep3blica que n3o foi*. 3 ed. S3o Paulo: Companhia das Letras, 1997. 196p.

CASTRO, R. A. A. *O cotidiano e a cidade: pr3ticas, pap3is e representa33es femininas em Londrina. (1930 – 1960)*. Disserta33o (Mestrado em Hist3ria) Departamento de Hist3ria da Universidade Federal do Paran3, Curitiba, 1994.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril: corti3os e epidemias na corte imperial*. S3o Paulo: Companhia das Letras, 1999.

COELHO, E. C. *As profiss3es imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1922-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COSTA, M 3 L. R. *Mem3rias de parteiras: entrela3ando g3nero e hist3ria de uma pr3tica feminina do cuidar*. Disserta33o (Mestrado em Enfermagem) Programa de P3s-gradua33o em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florian3polis, 2002.

COSTA, M 3 T. F. *Parteira Pr3tica: Avalia33o de um programa de treinamento*, Monografia (Especializa33o em Sa3de P3blica), Sa3de Coletiva –Universidade Estadual de Londrina, 1986.

DONEGAN, J. “Safe delivery, but by whom? Midwives and Men-midwives in Early America in: Leavitt, J. (ed.) *Women and Health in America*, University of Wisconsin, 1984, pp.305- 312

DEL PRIORI M. ( org.). *Hist3ria das mulheres do Brasil*. S3o Paulo: Unesp, 1997.

\_\_\_\_\_, *Ao sul do corpo – condi33o feminina, maternidade e mentalidade no Brasil col3nia*. Rio de Janeiro: Jos3 Ol3mpio/EDUNB, 1993.

DIAS, M.3 O. L. da Silva. *Quotidiano e poder em S3o Paulo no s3culo XIX*. S3o Paulo: Brasiliense, 1984.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. S3o Paulo: Perspectiva, 1999.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicion3rio da l3ngua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

FONSECA, M 3 C. O. A proposta do SESP educa33o em sa3de na d3cada de 50 – uma concep33o de sa3de e sociedade. *Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz* 1, n 3 1. nov ,1989, pp.51-8.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, C. R. R; MARTINS, G. B; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: e uma experiência concreta de municipalização. In: ANDRADE, S. M; CORDONI Jr., L. ; SOARES, D. A. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2001, 61-91pp.

GINZBUR, C. ; CASTELNUOVO, E. ; PONI, C. *A micro –história e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991. 244p.Coleção Memória e Sociedade.

\_\_\_\_\_. o Nome e o como: troca desigual e mercado historiográfico. In: GINZBUR, C. ; CASTELNUOVO, E. ; PONI, C. *A micro –história e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991. 244p.Coleção Memória e Sociedade. Cap. 5, p. 168-178.

\_\_\_\_\_. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

\_\_\_\_\_. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In:\_\_\_\_\_.*Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. p.143-180.

HERSCHMANN, M. M. ; PEREIRA, C. A. M. *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20- 30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. 226p.

HOCHMAN, G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998. 261p.

JORGE, D. R. *Evolução da Legislação Federal do Ensino e do Exercício Profissional da Obstetriz (Parteira) no Brasil*. Tese (Livre-docência) Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ, 1974.

KOBRIN, F. E. The American Midwife controversy: a crisis of professionalization. In: LEAVITT, J. W. (ed.) *Women and health in America*, Medson: University Wisconsin Press, 1984. pp. 318-326.

LAVILLE, C. ; DIONNE, J. *A construção do Saber – Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas*. Trad. Heloísa Monteiro e Francisco Sattineri. Porto Alegre: Artes Médicas/ UFMG, 1999.

LE GOFF, J. Documento/Monumento in: Le Goff, J. *História e Memória*, Campinas: Ed. Unicamp, 1996.

LEAVITT, J. W. (ed.) *Women and health in America*, Madison: University Wisconsin Press, 1984. 526p.

LEME, E. J. H. *Faces ilícitas de uma cidade: representações da prostituição em Londrina (1940-1966)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2001.

LEVI-STRAUSS, C. *Tristes trópicos*. Lisboa: Edições 70, 1986.

MACHADO, R. et alii. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEDEIROS, H. O Parto fora da maternidade. *Tudo sobre parto*. São Paulo, Editora Fash. Edição única. p. 20 - 24. 4ª reimpressão, mar. 1986.

MONBEING, P. A zona pioneira do Norte do Paraná. In: *Ensaio de geografia humana brasileira*. São Paulo: Martins, 1940.

MOTT, M<sup>a</sup> L. B. *Parto, Parteiras e Parturientes: Mme Durocher e sua época*. Tese (Doutorado em História Social), USP, 1998.

\_\_\_\_\_. Parteiras no Século XIX: Mme. Durocher e sua época. In: COSTA, A. de O. & BRUSCHINI, C. (org.) *Entre a Virtude e o Pecado*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. pp. 37-56.

NAKAGAWARA, Y. *As funções regionais de Londrina e sua área de influência*. Tese (Doutorado) Departamento de Geografia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972. 3 v.

NOBREGA, M<sup>a</sup> do R. S. *Implantação de Um Programa de Parteiras Tradicionais, Um enfoque de atenção primária*. Tese (Livre-docência) Universidade Federal de Pernambuco, 1987.

OGUIDO, H. *A saga dos japoneses no Paraná*. Curitiba: Câmara dos Deputados, s/d.

PEÇANHA, A. M<sup>a</sup> de M. *Fundação Serviço Especiais de Saúde Pública – FSESP: um estudo de desenvolvimento institucional*. 62f. Monografia (Mestrado em Administração Pública) Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1976.

PEREIRA NETO, A de F. *Ser médico no Brasil – o presente no passado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 231p.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA. SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA. DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO - ASSESSORIA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL. Asari, A. Y.; Tuma, M. M. (Coord.) *Aspectos históricos, físicos, econômicos e institucionais do município de Londrina: documento – consulta*. Londrina: Prefeitura Municipal de Londrina, 1978.



PEARL, J. “ Physicians and Women in Bahia” . In; *Race, Place, and Medicine: The Idea of Tropics in Nineteenth-Century Brazilian Medicine*. Duke University Press, 1999, pp. 109-137.

PROGIANTI, J. M. *Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partear*. (Rio de Janeiro 1934/1951). Tese (Doutorado em Enfermagem) PPG - EEAN/ Rio de Janeiro, 2001.

RECHIÁ, K. C. *Lembranças íntimas de minha avó: partos, parteiras e outras histórias em Treze de Maio – SC*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História. Florianópolis, 1998.161p.

REVEL, J. Microanálise e construção do social. IN; Revel. J, (org.) *Jogos de escala: a experiência da micro-análise*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.p. 15-38.

RIOS, J. A. *Londrina – uma análise sociológica*. Rio de Janeiro: CODEL/Prefeitura Municipal de Londrina. 1980.

ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na Medicina da Mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.224 p.

SILVA, T. M<sup>a</sup> de A. *O saber das parteiras e o saber dos médicos: um estudo sobre a mudança da concepção sobre o nascimento na sociedade brasileira*. 1999, 174f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Agrícola) Área de concentração: Sociedade e Agricultura, Instituto de Ciências Humanas e Sociais. Curso de Pós-graduação em Desenvolvimento agrícola e Sociedade, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 1999.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Unespe/Hucitec/Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. *Da polícia médica a medicina social. Ensaios sobre a história da assistência médica*. Trad. Ângela Loureiro. Rio de Janeiro: Graal.1980.

SILVA, S. F. Municipalização da Saúde.in: SILVA, Sílvia F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001. pp. 49-87.

SMITH, S. L. *Sick and tired of being sick and tired: black women’s activism in America, 1890 –1950*. 2 ed. Philadelphia: University of Pennsylvania. 247p.

\_\_\_\_\_. The public health work of poor rural women: black midwives in Mississippi. In: SMITH, S. *Sick and tired of being sick and tired: black women’s health activism in America, 1890-1950*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1996, 118-148 p.

SOARES, D. A. *Evolução do nível de saúde no município de Londrina, no período de 1960 a 1972*. Tese (Doutoramento) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1976.

THOMPSON, P. *História Oral – a voz do passado*. Trad. Lólio Lourenço de Oliveira. 2ª ed. São Paulo: Paz e terra, 1998.385p.

THOMSON, A.; FRISCH, M.; HAMILTON, P. Os debates sobre memória e história: alguns aspectos internacionais. In: FERREIRA, M. de M; AMADO, J. *Usos e abusos da história oral*. 4 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001. p.65-91.

TOMAZI, N. D. *Norte do Paraná: histórias e fantasmagorias*. Tese (Doutorado em História Social). Departamento de História Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1997.

TOMAZI, Z. F. T. *Da medicina liberal à medicina previdenciária – movimento da livre escolha do médico pelo paciente – (Londrina 1960 a 1968)*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1985.

VOLDMAN, D. Definições e usos. In: FERREIRA, M. de M; AMADO, J. *Usos e abusos da história oral*. 4 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001. p.33-41.

\_\_\_\_\_. A invenção do depoimento oral. In: FERREIRA, M. de M; AMADO, J. *Usos e abusos da história oral*. 4 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001. p.247-65.