

**MATERNIDADE E MORTALIDADE MATERNA NO SERTÃO DO  
CEARÁ(1960-2000)**

**NOÉLIA ALVES DE SOUSA\***

Nossa pesquisa procurou rastrear a transição ocorrida entre o parto domiciliar e o parto hospitalar no sertão do Ceará no período entre 1960 e 2000. A região estudada engloba cerca de 07 municípios que, no período em questão, passavam pelo processo de substituição da figura das parteiras pela dos médicos na cena do parto. Neste processo de transformações variadas, uma das grandes questões dizia respeito ao problema da mortalidade materna nestes partos domiciliares. Analisaremos aqui quais eram as vivências destas mulheres: parteiras e parturientes, nas situações envolvendo as complicações no parto e a mortalidade materna nos mesmos.

**1. Complicações no Parto.**

Apesar de vários dos depoimentos recolhidos em nossa pesquisa não mencionarem muito os problemas e as complicações sofridas por essas mulheres em sua parturição, a verdade é que eles existiram. Embora o parto domiciliar apresentasse algumas vantagens, não podemos nos deixar levar por uma crença de que tudo se passava sem nenhum problema, sem trauma qualquer. Abordaremos agora certas complicações que ocorreram com algumas de nossas entrevistadas:

*O meu último menino eu inchei tanto, que dentro dos oito meses foi preciso me internar. Eu passava a noite andando pelo meio da casa, aí mandei chamar ela [a parteira], aí eu dizia mas comadre eu estou inchada demais aí ela diz mas comadre você vai para o hospital, tem que ir para um hospital, vai ficar repousando até desinchar. (D.<sup>a</sup> L G).*

No depoimento de D.<sup>a</sup> L G, uma das complicações mais comuns, o problema do inchaço provocado pela retenção de água no organismo. Este tipo de complicação era provavelmente provocado pelo aumento da pressão e por uma dieta não balanceada.

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

A parteira em foco aconselhou-a a ir para o hospital afim que ela repousasse, mas, sobretudo para que tivesse um acompanhamento em relação à pressão e à dieta. Esse inchaço em D.<sup>a</sup> L G poderia provocar uma eclâmpsia na hora do parto e matar a parturiente, principalmente se a parturição fosse domiciliar. Percebe-se, portanto, que a preocupação da parteira estava diretamente relacionada à possibilidade de atender aquele parto com a parturiente em condições tão complicadas. D.<sup>a</sup> L G internou-se, resolvendo o problema do inchaço e veio a ter seu filho em casa assistida pela mesma parteira que a aconselhou a se institucionalizar.

Além do problema do inchaço que poderia provocar eclampsia, uma outra complicação bastante comum era a posição da criança:

*Porque uma que veio não sabia e eu ia morrer a mingua, quando outra chegou e disse como é que essa menina pode nascer, essa menina está dentro das costelas gente, aí ela começou a rezar e eu não sei se era fé aí quando deu fé a nenê se buliu, procurou o normal, procurou mesmo, aí ela disse bem eu não posso pegar essa menina porque só tenho uma mão, ver quem vem pegar, aí nasceu. (D.<sup>a</sup> M S).*

Neste depoimento, outra das complicações muito comuns: a criança mal posicionada. Em várias das nossas depoentes, encontramos referência a este tipo especial de problema: crianças atravessadas, de pé, sentadas, crianças cujo cordão umbilical vinha primeiro.

Em vários desses casos, dependendo da parteira que assistia, eram promovidas as chamadas versões; Ou seja, através de uma série de procedimentos manuais, as parteiras conseguiam mudar a posição da criança, possibilitando o nascimento via parto normal. Em outros casos, como quando o cordão vinha primeiro, o procedimento era encaminhar ao hospital o mais rápido possível.

No caso de D.<sup>a</sup> M encontramos duas complicações: em primeiro lugar, o mau posicionamento da criança e em segundo lugar o fato de que a parteira que a socorria não ter reconhecido logo o problema. Observe-se o fato de que precisou outra parteira chegar para saber por que a criança não conseguia nascer. Mesmo reconhecendo, porém, o problema, esta outra parteira não sabia ou não podia fazer uma versão e a única coisa que ela fez foi rezar. Para sorte de D.<sup>a</sup> M a criança se mexeu e

colocou-se em posição de nascer e o nascimento desenrolou-se, a partir daí, normalmente.

Estes casos de crianças mal posicionadas eram apontados com um dos exemplos de partos traumáticos não somente para a parturiente, como também para a parteira e, sobretudo, para a família da mulher, que esperava o desenlace de um parto muitas vezes longo e doloroso. Sem contar com a probabilidade de que, quanto mais o parto se estendia, maiores os riscos de um final trágico para a criança, para a mãe ou para ambos.

Em vários depoimentos, encontramos referências de que, quando o parto se estendia demais e as esperanças do final feliz iam diminuindo, a casa da parturiente começava a se encher de gente. Pessoas da família e vizinhos começavam a chegar, não só para saber como iam as coisas, como também para prestar solidariedade à família em caso de o pior acontecer.

As mulheres se punham a rezar e outras entravam no quarto da parturiente para tentar ajudar. Os homens muitas vezes iam em busca de outra parteira ou de um médico, conforme o caso, para tentar resolver a situação. O drama de uma mulher sofrendo durante longas horas sem conseguir ter o filho e correndo risco de vida comovia toda a vizinhança.

Outro dos problemas vivenciados por elas diz respeito à inépcia de algumas parteiras. Embora em quase todos os nossos depoimentos tenhamos encontrado apenas elogios e gratidão dessas parturientes em relação às parteiras que as atenderam, encontramos, também, embora em menor escala, depoimentos que nos relataram alguns procedimentos irresponsáveis ou inábeis de algumas parteiras:

*Porque eu passei oito dias e a mulher só me judiando: eu fiquei toda ferida, toda inflamada. Passava cuspe de fumo, cebola, que eu já não agüentava mais de tanta catinga. (...) Ali ela não fez uma higiene não tinha nem uma água quente e eu perdendo sangue. (D.<sup>a</sup> B).*

Como se pode observar no depoimento de D.<sup>a</sup> B, nem todas as parteiras procediam com o mesmo cuidado e com a mesma responsabilidade para com suas parturientes. No caso dessa parteira mencionada por D.<sup>a</sup> B, ela se viu diante de um caso difícil: a criança de D.<sup>a</sup> B estava atravessada, havia risco de eclampse, como depois se

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

confirmou, e, além de tudo isso, D.<sup>a</sup> B ainda estava com hemorragia. A maioria das parteiras por nós entrevistadas e outras mencionadas pelas parturientes teriam recuado diante de um caso assim e teriam aconselhado remover a parturiente para o hospital mais próximo ou, o que foi feito depois, teriam chamado o médico em casa para atender este caso especial.

Esta parteira, porém, que era leiga, característica explicitada pela utilização de fumo e cebola na parturiente e pela falta de medidas higiênicas básicas, arriscou-se a assistir um parto para o qual não tinha competência. Como resultado desta sua opção temerária, temos uma mulher sofrendo inutilmente por oito dias, a qual teve o seu corpo machucado por manipulações inábeis e que, por isso, desenvolveu uma inflamação; uma parturiente com hemorragia intensa e que sofreu um ataque de eclampsia logo depois do parto.

Portanto, como se pode concluir, D.<sup>a</sup> B passou por todo esse sofrimento e essas complicações pela decisão irresponsável de uma parteira que não soube reconhecer os limites de seus conhecimentos e de sua capacidade de intervenção.

É de suma importância destacar esses aspectos, para que não se pense que todas as parteiras tinham um procedimento correto e também responsável para com suas parturientes. Embora, como já mencionamos, esse tipo de atitude fosse a mais comum, encontramos, como em todas as profissões, parteiras que não tinham certas posições profissionais e, por isso, tomavam decisões equivocadas e impensadas que, se não matavam suas pacientes, faziam com que elas passassem por sofrimentos desnecessários.

Outro problema mais ou menos comum era o das placentas coladas:

*Não para nascer nem tanto, demorava mais para sair o parto, o Dr. era quem vinha para tirar o parto, ah! Minha filha, de um filho que eu tenho eu levei vela na mão. [ por que o parto não saía? ] não de jeito nenhum, ele nasceu no dia 01 de Novembro de 68, mas eu sofri, desse aí eu sofri, sofri sem medida, mas os outros eu sofria mas nem tanto, mais os outros partos quase todos eram colados. (D.<sup>a</sup> F P).*

Aqui nesse depoimento de D.<sup>a</sup> F P, o relato de uma das complicações mais temidas por parteiras e parturientes: o não-delivramento da placenta. Nos primeiros depoimentos que recolhemos encontramos sempre a menção ao parto que não

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

saía e ficamos um pouco confusa: como assim, o parto não saía? -perguntávamos. E fomos devidamente esclarecida quando nossas depoentes nos explicaram que o parto a que elas se referiam era a placenta que tinha de ser eliminada do corpo materno logo após o nascimento, e que, se isso não ocorre, a mãe morre de hemorragia:

*Quando a mulher dá à luz, o cordão umbilical é cortado, a criança é agasalhada e ambas descansam, iniciando-se o período de delivramento da placenta. Para as parteiras de Serra Encantada, esse é um momento considerado perigoso, sobretudo quando ocorre uma demora na saída do resto do parto, ou seja, quando o período de expulsão da placenta não se completa minutos depois do nascimento e surge a presença de sangramento que pode caracterizar hemorragia como complicação dessa fase (DIAS, 2002,167).*

Em todos os depoimentos que coletamos, deparamos com esta preocupação, tanto entre as parteiras quanto entre as parturientes, com a eliminação da placenta. Inclusive uma das características mais valorizadas entre algumas parteiras treinadas era justamente a capacidade destas de retirar a placenta, caso este órgão vascular não saísse normalmente. No caso de D.<sup>a</sup> F P, vemos como passava ela por esse terrível sofrimento em todos os seus partos. Em todos os filhos que teve, 12 ao todo, sua placenta nunca saiu de forma natural. Embora em muitos desses partos ela tenha sido assistida por parteiras, em todos eles um médico tinha de ser chamado para fazer a retirada da placenta, um procedimento muito doloroso a ser feito em uma mulher já exausta pelo trabalho de parto e pela hemorragia adiantada.

É denotativo da falta de recursos ou do descaso dessas pessoas o fato de que uma mulher com esse tipo de histórico ainda se arriscasse a ter filhos em casa e sem auxílio médico. Consideramos a história de D.<sup>a</sup> F P verdadeiramente miraculosa, na medida em que ela conseguiu sobreviver a 12 partos nessas condições. Fazemos tal afirmação porque, nas poucas referências que encontramos em nossos depoimentos sobre a mortalidade materna no parto, a placenta colada era de longe a causa maior dessa mortalidade.

## **2. Mortalidade Materna**

Uma das preocupações do nosso trabalho dizia respeito à ocorrência da morte no parto. Tanto para as parteiras como para as parturientes, perguntávamos acerca

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

da mortalidade no parto, e uma das coisas que achamos mais surpreendente foi que, ao contrário do que esperávamos, quase não havia referência tanto em um grupo quanto em outro acerca da mortalidade materna:

Falar a verdade é preciso eu não me lembrava nem que ia morrer de jeito nenhum e ninguém ouvia falar também. *[Então não era muito comum por aqui mulher morrer de parto?]* Não eu não conheço não, porque eu acho que quando a mulher está naquela hora, Deus está por perto, sei não eu nunca pensei que tivesse morrido gente por aqui não, porque tem vez porque se for para morrer morre no hospital. (D.<sup>a</sup> L).

Neste relato, está explícito um dos aspectos mais comuns quando se fala acerca da mortalidade materna na região. Quase todos os depoimentos são muito vagos a respeito desse fato. Não sabemos se porque realmente a mortalidade era tão baixa que não provocava impacto ou porque o índice de óbito, embora baixo, era tão traumático que a memória das pessoas optou por apagá-la. Agora neste depoimento talvez esteja contido um dos motivos pelo qual a memória da mortalidade materna seja esmaecida ou apagada: a fatalidade do destino.

O depoimento de D.<sup>a</sup> L é muito claro quando diz que na hora do parto Deus está do lado, velando pela mulher e quando chega a hora de morrer, morre-se mesmo no hospital; ou seja, talvez o fato de as mulheres morrerem de parto fosse visto com uma perspectiva meio que fatalista: morreu porque chegou a hora de morrer. Não foi porque teve em casa e faltaram recursos, mas porque era a hora dela. A mortalidade materna assim não deixaria uma lembrança mais viva na memória das comunidades porque não seria percebida como uma tragédia que poderia ser evitada mediante alguns procedimentos, mas como o destino daquela mulher, e que nada poderia evitar o desenrolar da sina.

Por isso, nestas comunidades, a maior preocupação das grávidas não era com pré-natal, procedimento desconhecido pela maioria delas, ou consultas médicas a que, além do mais, elas nem teriam acesso, mas com o ato de conseguir uma boa parteira e rezar por uma “boa hora”. A boa hora que estas mulheres pediam e esperavam é que na hora do parto não ocorresse nenhuma distocia que submetesse a risco a vida delas e de seus bebês. A hora do parto era um momento de mediação delas, seus santos

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

e sua fé. Suas comadres parteiras estavam lá apenas para auxiliá-las nos procedimentos necessários ao bom termo do evento.

Apesar dessas crenças bastante arraigadas na região, todavia, em alguns depoimentos, começamos a perceber as relações que se estabelecem entre a morte no parto e os cuidados que se deve ter com as parturientes:

*Foi, ela morreu depois de ter nenê, teve o nenê depois ficou boazinha e depois eu disse olhe a Ana não está boa não, vai lá dentro buscar um chá para ela, um caldo, aí quando chegou eu disse de novo: a Ana não está bem não, ela está pálida, mas ela pediu chorando para levar ela para a rua e não levaram. O médico já tinha dito para ela que ela não era para ter família tão cedo, porque a senhora está muito fraca, não está nem com 06 meses, você já pegou menino, esse marido está doido” (D<sup>a</sup> MS).*

Neste depoimento, vemos explícita a percepção de que algumas mortes maternas eram provocadas por descuido ou negligência das pessoas. Segundo esta depoente, a parturiente em foco já teria sido avisada por um médico de que não poderia ter filhos tão cedo porque estava muito debilitada. Seis meses depois do último parto, no entanto, esta mulher encontrava-se grávida de novo e foi a óbito logo após este parto. Não sabemos efetivamente do que esta parturiente morreu, mas, pelos sintomas apresentados, provavelmente uma hemorragia interna pode tê-la levado a trânsito depois do nascimento do bebê.

Percebemos também duas outras situações: em primeiro lugar a opinião do médico sobre a atitude do marido da paciente ora focalizada. A referência do médico à loucura do marido denota uma percepção deste acerca dos costumes locais. Na região *locus* do estudo, é costume deixar que o homem, no caso, o marido, regule as relações sexuais entre o casal, isto é, é o marido quem resolve quando o casal deve manter relações sexuais, cabendo às esposas tão-somente se submeter.

As ocasiões em que as mulheres podiam se negar a estas resoluções dos maridos ocorriam apenas durante o resguardo e nos dias de seu ciclo menstrual. Excetuando-se estas duas situações, as mulheres deviam se submeter às vontades e desejos de seus maridos. Portanto, mesmo sabendo que uma gravidez significaria um risco muito grande para sua saúde, esta mulher provavelmente não teve como se negar ao marido e engravidou novamente.

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

A outra situação mencionada neste depoimento é o pedido da mulher para que a levassem para a rua. A rua, neste contexto, significava a sede do município, ou seja, o local onde teria um hospital para socorrê-la. Portanto, mesmo tendo dado à luz em casa com o auxílio da parteira, esta parturiente tinha a dimensão de que o problema que a acometia só teria possibilidade de ser resolvido no hospital. Talvez na sua avaliação o médico que a havia avisado dos riscos da gravidez pudesse salvá-la. Ela não foi levada para o hospital. Nossa depoente não sabia por que nada foi feito nesse sentido e esta parturiente veio a falecer rapidamente.

É interessante perceber que embora a mortalidade materna não fosse muito visível na região examinada, porque, como comentamos, no início da nossa pesquisa quase não conseguíamos rastrear nenhuma morte, à medida que avançamos na pesquisa, a memória acerca desta mortalidade começou a aflorar:

*Morreu de mais. Uma vizinha minha, ela morreu em Março, quando foi em Junho, morreu outra, morreu assim duas em seguida uma perto da outra. Não essa não teve nenê de jeito nenhum, ela tinha tido 10 filhos nos 11 ela morreu, a outra tinha 05 nos 06 morreu. Não ela morreu de hemorragia. (D.<sup>a</sup> F P ).*

No depoimento de D.<sup>a</sup> F P, percebemos vários aspectos importantes acerca dos passamentos maternos. O primeiro aspecto diz respeito não só à lembrança de como era mais ou menos comum o óbito no parto, como também a referência à proximidade das mortes.

Era recorrente na região a crença de que um trespassse no parto nunca acontecia de forma isolada. Quando acontecia de uma mulher falecer de parto, todas as grávidas da localidade ficavam apreensivas porque se acreditava que aquele tipo de fenômeno não ocorreria somente uma vez; que a uma morte no parto poderiam se seguir outras muito próximas era um tipo de crença bastante comum na região.

Note-se como D.<sup>a</sup> F P guardou até mesmo as datas das mortes: uma em março a outra em junho, ou seja, apenas três meses de diferença entre uma e outra. Este tipo de lembrança deixa perceber como esses acontecimentos foram traumáticos na localidade, especialmente para uma mulher como D.<sup>a</sup> F P, que vivia grávida e cujos partos eram sempre marcados pela ocorrência da placenta colada.

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

Outros pontos dignos de nota neste depoimento são: a faina reprodutiva destas mulheres e o motivo da morte de ambas. Nos dois casos mencionados por D.<sup>a</sup> F P, as mulheres focalizadas já tinham passado por sucessivos partos: dez em um caso, cinco no outro. Portanto, eram acostumadas a ter filhos em casa, provavelmente um por ano. A outra circunstância diz respeito ao motivo do óbito: nos dois casos a hemorragia foi a causa.

Em quase todos os eventos mencionados pelas depoentes acerca da mortalidade materna, esta é a razão recorrente: as hemorragias. Praticamente não encontramos outros motivos que tenham provocado o óbito destas mulheres. Nos casos mencionados por D.<sup>a</sup> F P, as hemorragias ocorreram antes do nascimento das crianças, no entanto a maior ocorrência das hemorragias, pelo menos nos depoimentos por nós coletados, dizia respeito ao problema da placenta colada:

*Minha mãe morreu o seguinte, ela morreu com 36 anos com 14 filhos. Ela ganhou nenê e deu uma hemorragia muito grande, perdeu todo o sangue e a placenta não saiu, a parteira deu o chá que ela tinha costume de dar que ajudava naquele problema. [qual era o chá?] Era chá de gergelim, chá de alho, chá de cebola, chá de fedegoso. [dava esses chá todinho para ver se parava a hemorragia?] Para ver se parava e soltava, descolava a placenta e nada adiantou, aí antes de meu pai chegar em casa ela morreu. Ela deixou 13 filhos, 13 não 14 porque o que ela morreu de parto também ficou. (D.<sup>a</sup> E).*

Este relato pungente de D.<sup>a</sup> E, sobre a morte da mãe que ela perdeu com seis anos, ilustra de forma cabal o motivo maior dos óbitos maternos na região: o problema da placenta colada. Em praticamente todas as nossas entrevistas, esta era a maior causa apontada de morte materna: a chamada retenção placentária. Conquanto, porém, este tipo de problema fosse responsável pela maior parte dos passamentos nos partos domiciliares, ele não é exclusivo dessa espécie de parturição, pois, mesmo nos hospitais isso continua acontecendo:

*Em um dos casos de infecção puerperal a parturiente deu a luz sozinha em seu leito, depois de muito chamar pela “enfermeira”. Essa, quando veio, foi para levar seu filho para o berçário e posteriormente nenhum profissional médico ou enfermeira a examinou. Deram alta. Quando retornou depois de alguns dias fizeram curetagem retirando restos placentários. A puérpera evoluiu mal sendo necessário realizar histerectomia, mas já estava com quadro de septicemia grave e acabou falecendo (TANAKA, 1994, pp.79-80).*

No caso apontado por essa autora, encontramos não só o problema da retenção placentária mas também o da infecção puerperal, que continua acometendo as mulheres, mesmo aquelas que se internam para ter o filho, achando que o hospital lhes dará mais segurança. Como podemos ver pelo relato, porém, esta mulher teve o filho sozinha e não foi examinada no pós-parto, o que provocou a retenção de restos da placenta dentro do seu útero.

Notem-se no depoimento de D.<sup>a</sup> E algumas informações que encontramos em outros casos aqui mencionados: a mãe de D.<sup>a</sup> E, apesar de ter apenas 36 anos já tinha dado à luz 13 filhos, portanto, era uma mulher com uma intensa faina reprodutiva. Sua filha mais velha contava 16 anos quando a mãe morreu, portanto, desde os 20 anos, esta mulher vinha tendo filhos. O segundo fato diz respeito aos procedimentos da parteira que a atendeu, pois, para conseguir que a placenta descolasse e saísse, esta parteira utilizou-se de toda a farmacopéia popular para estes casos.

Entrementes, porém, o pai de D.<sup>a</sup> E tinha se encaminhado à sede do município em busca de um médico que pudesse salvar sua esposa, no entanto, apesar do esforço desesperado desse homem para conseguir preservar a vida de sua mulher, ele chegou muito tarde. Quando conseguiu chegar à casa a mulher já estava morta. Uma das razões por que as hemorragias matavam tanto era justamente a dificuldade de transporte fosse para a mulher chegar ao hospital, fosse para o médico aportar à residência da parturiente.

A maioria desses casos ocorria justamente em localidades afastadas da sede do município; lugares ermos muitas vezes só acessíveis a cavalo porque não havia estradas por onde se pudesse passar com o carro. D.<sup>a</sup> E nos contou que, caso sua mãe tivesse resistido por mais tempo, ela teria que ser removida em uma rede, carregada por várias pessoas, porque carro não passava pelas picadas e a cavalo não seria possível deslocar uma parturiente se esvaindo em sangue. Aliás, este foi o motivo pelo qual o médico não pôde ir, o deslocamento só poderia ser feito a cavalo e o único médico que poderia atendê-la estava muito doente para suportar andar a cavalo por muito tempo.

A história de D.<sup>a</sup> E, além de emblemática das situações de risco vivenciadas por estas parturientes, torna-se ainda mais triste quando, alguns anos depois

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

da tragédia que vitimou sua mãe, outra mulher da mesma família passou pelo mesmo drama e com um desenlace igual:

*A mais velha tinha 16 anos, foi que morreu de parto também. [a sua irmã morreu de parto também?] Morreu de parto na mesma idade da minha mãe, minha mãe morreu com 36 anos e ela também morreu com 36 anos no mesmo mês. Só que minha mãe morreu nos 14 filhos e ela morreu nos 12. [a placenta também?] Placenta também e a falta de médico, morava longe da rua, o marido dela foi atrás do médico mas quando veio a chegar já tinha morrido. Naquele tempo morria e muito, era duas coisas, mulher morrer de parto e criança morrer. Tinha dia da gente contar 07 enterros, recém nascido de 02 meses, 03 meses. Naquele tempo morria demais e mulher de parto também. Eu tinha muito medo, porque tinha morrido minha mãe e minha irmã, eu tinha tanto medo, mas graças a Deus só morreu elas duas, as outras irmandades ninguém teve problema não. ( D.<sup>a</sup> E).*

Este outro relato de D.<sup>a</sup> E nos esclarece ainda mais acerca de alguns aspectos da mortalidade materna na região. Em primeiro lugar, como havíamos comentado, dos motivos recorrentes dessa mortalidade eram as hemorragias provocadas pela placenta que não delivrou. Depois, os óbitos também eram provocados pela extrema dificuldade de se conseguir socorro médico a tempo. Em terceiro lugar, D.<sup>a</sup> E reforça a ideia, até então não muito presente, da extrema frequência com que os óbitos maternos ocorriam. Além de mencionar a mortalidade materna, D.<sup>a</sup> E também nos lembra o problema dos passamentos infantis, que também era muito elevado na região.

O que é mais denotativo, porém, das situações vivenciadas por estas mulheres são suas frases finais. D.<sup>a</sup> E reconhece que tinha muito medo de que acontecesse com ela o que sucedeu com sua mãe e com sua irmã mais velha. Um detalhe importante é que D.<sup>a</sup> E passou pela perda da mãe duas vezes, porque, quando sua mãe morreu, ela contava apenas seis anos e sua irmã mais velha (16 anos), portanto, seguindo os costumes da região, deve ter assumido o papel de mãe para os irmãos menores. Quando esta irmã mais velha faleceu nas mesmas circunstâncias de sua mãe, para D.<sup>a</sup> E foi como se tivesse perdido sua mãe pela segunda vez.

Mesmo com esta ligação emocional, todavia, D.<sup>a</sup> E agradece a Deus pelo fato de que “apenas” elas duas tenham morrido assim, e tanto ela quanto suas outras irmãs tenham sido poupadas do mesmo fado. As dificuldades vividas por estas mulheres eram tão grandes, à mercê da sorte de que seus partos não apresentassem complicações insolúveis para as condições em que viviam, que, mesmo com o sucesso de duas

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

tragédias como essas, vivenciadas pela mesma família, tudo o que elas conseguiam fazer era agradecer pelo fato de outras tragédias iguais não terem acontecido com as outras mulheres da família.

Em todos estes depoimentos envolvendo a mortalidade das mães, um aspecto às vezes explícito outras vezes não cerca estas falas: a figura do médico. O facultativo que avisou a mulher de que ela não poderia ter filhos logo porque estava muito debilitada. O profissional que, por estar doente, não pôde se deslocar para tentar salvar a mãe de D.<sup>a</sup> E; o médico que se deslocou, mas não conseguiu salvar a irmã de D.<sup>a</sup> E.

Nos depoimentos de várias parturientes, a imagem do médico emerge, às vezes, mais claramente, em outras de forma menos nítida. O perceptível é que, embora estas mulheres continuassem se utilizando dos serviços das parteiras, a figura do médico e de seus cuidados estava sempre muito presente no cotidiano delas.

Nos vários depoimentos recolhidos, deparamos inúmeras referências aos papéis que os médicos exerciam na região:

*[e o Dr. que veio ajudar a senhora a ter o nenê em casa, ele ajudou com ferro?] Não, não foi com ferro. Ele só deu uma massagem na minha barriga e pronto, aí imprensou a criança. O Dr. Valdenor era um médico muito bom. [E a senhora não teve vergonha do médico não?] Não, eu me acanhei um pouco, mais eu imaginei que era médico, não tinha problema, ele não ia contar o segredo do outro, foi isso que eu confiei nele porque ele não ia contar o meu segredo a ninguém.” (D.<sup>a</sup> M M).*

Na fala D.<sup>a</sup> M M, algumas das experiências muito comuns na região: o costume de se chamar o médico em casa para resolver partos complicados. Sempre que as parteiras não conseguiam realizar o parto, o facultativo era chamado no domicílio da parturiente para tentar fazer o parto. No caso em foco o profissional resolveu o parto sem precisar utilizar-se do fórceps. Aliás, esta também é uma informação adicional: em todos os depoimentos recolhidos, notamos pouca referência à utilização de fórceps pelos médicos na região; pelo menos nos casos em que atendiam no domicílio.

Outro ponto mencionado por D.<sup>a</sup> M M diz respeito à vergonha. Embora se considerasse uma mulher muito envergonhada e tivesse se acanhado um pouco na presença do médico, ela mesma reconhece que perdeu esse pejo diante desse

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

profissional; ou seja, neste depoimento, vemos cristalizada a vitória da Medicina sobre o pudor, que era um dos principais obstáculos para que os clínicos/obstetras tivessem acesso ao corpo feminino.

Para que esse acesso se tornasse possível, foi necessário dicotomizar o corpo da paciente, dissociando o corpo examinado da personalidade do indivíduo. Daí que, na “medicalização” do parto, os corpos das mulheres foram transformados em objetos pelos médicos, como forma de separar o acesso à intimidade feminina das questões morais envolvidas.

Outra divisão realizada, e esta em uma perspectiva de gênero, foi dissociar a imagem do facultativo, profissional e a do homem. O depoimento de D.<sup>a</sup> Maria explicita claramente esta dicotomia que se cria entre a figura do médico e a do homem. O médico que a examina perde seu estatuto de gênero, deixa de ser um homem e passa a ser um profissional assexuado. Portanto, diante desta despersonalização, as mulheres não se sentiriam constrangidas em expor sua intimidade por mais pudicas que fossem.

Note-se que durante o parto de D.<sup>a</sup> M M, o médico foi auxiliado pelo seu marido. Portanto, até mesmo para o consorte da parturiente, a situação se encontrava plenamente esclarecida. A menção que D.<sup>a</sup> M M faz de seu segredo esclarece ainda mais a situação. D.<sup>a</sup> M M confia que suas intimidades estarão resguardadas pelo médico porque este, por uma questão de ética profissional, não vai contá-las a ninguém.

Outro aspecto referido por outras parturientes concerne a algumas limitações dos médicos locais:

*Minha concunhada, ela foi operada de cesariana, foi às carreiras para Fortaleza porque aqui não tinha médico para operar. Foi o Dr. Danton, porque ele veio do Maranhão para cá foi quem ensinou os médicos daqui todinho, mesmo já tendo hospital, mas não sabiam operar (D.<sup>a</sup> B).*

Portanto, embora houvesse médicos na região, a quase totalidade deles não sabia realizar uma cesariana. Só depois da chegada desse médico, que é muito mencionado nos depoimentos, o Dr. Danton, é que os médicos, em Senador Pompeu, começaram a operar. Importante é a referência feita ao hospital. Em vários depoimentos, é apontado o ano de 1955 como da fundação do Hospital de Senador

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

Pompeu<sup>1</sup>. Importante é, salientar, porém, que, segundo o depoimento de D.<sup>a</sup> Bárbara, mesmo com o hospital funcionando, os médicos que lá trabalhavam não faziam a cesariana. Devemos mencionar que, como a Faculdade de Medicina do Ceará só abriu a primeira turma na segunda metade dos anos de 1940<sup>2</sup>, os médicos que trabalhavam em Senador quando da fundação do Hospital eram todos formados em outros estados, especialmente na Bahia.

## **BIBLIOGRAFIA**

CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. **Práticas Obstétricas Adotadas Pelas Parteiras Tradicionais na Assistência ao Parto e Nascimento Domiciliar na Amazônia Legal-Santana-AP**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Ana Néri/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo.

---

<sup>1</sup> Embora as depoentes apontem 1955 como o ano da fundação do hospital, documentos pesquisados apontam o ano de 1948 como ano da fundação da maternidade que deu origem ao hospital. O hospital de Senador Pompeu iniciou-se com a fundação de uma casa de parto ou maternidade e depois transformou-se em Hospital e Maternidade Santa Isabel.

<sup>2</sup> A fundação da Faculdade de Medicina do Ceará ocorreu em 1948.

---

\*Professora Adjunta do Curso de História da Faculdade de Educação, Ciências e Letras do Sertão Central-FECLESC da Universidade Estadual do Ceará.

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

GARCIA, Margareth Rose Gomes. **O País do Exílio: Impressões Femininas da Eclâmpsia e do Cuidado Obstétrico.** Dissertação de Mestrado em Medicina Social/IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997, mimeo.

GODOY, Sandra Regina de. **Mortalidade Materna: Em Busca do Conhecimento.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2001, mimeo.

HOOSHMAND, Mojgan Sabeti. **Parteiras de Regência,ES: Os Múltiplos Sentidos do Ato de Partear.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. USP, São Paulo, 2004. mimeo.

MARQUES, Marília Bernardes. **Breve História das disputas entre Comadres, Parteiras e Médicos.** *Revista Saúde em Debate.* 1982. n. 14

MARTINS, Ana Paula V. **A Medicina da Mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX.** Tese de Doutorado. IFCH, Unicamp. Campinas, 2001, mimeo.

MELO, Victor Hugo de Melo. **Evolução Histórica da Obstetrícia: a marginalidade social da parteira e da mulher.** Dissertação de Mestrado. Medicina, UFMG, Minas Gerais, 1983. mimeo.

MOTT, Maria Lúcia. **Assistência ao Parto: Do Domicílio ao Hospital. (1830-1960)** In Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. N.25, Dez. 2002.

OBA, Maria das Dores do Vale e TAVARES, Maria Solange Guarino. **As Mulheres e os Receios Vivenciados em suas Trajetórias Obstétricas.** In Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. Vol.49, n.04, Out./Dez. 1996.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. **Parteiras, Experientes e Poções o Dom que se Apura pelo Encanto da Floresta.** Tese de Doutorado em História. PUC/ São Paulo, 2004, mimeo.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher.** Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2001.

SCAVONE, Lucila. **As Múltiplas Faces da Maternidade.** In *Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas.* N.54, 1985.

SILVA, Tânia Maria de Almeida. **O Saber das Parteiras e o Saber dos Médicos: Um Estudo sobre a Mudança da Concepção sobre o Nascimento na Sociedade Brasileira.** Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Agrícola, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999, mimeo.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade-dilema entre nascimento e morte.** Tese de Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública. USP. São Paulo, 1994.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Dossiê Mortalidade Materna.** São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000.

VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **O Trabalho da Parteira em Área Rural: Apropriação da Força de Trabalho ou Transformação do Sujeito.** Dissertação de Mestrado em Educação. Faculdade de Educação, UFC, Fortaleza, 1991. Mimeo.