

# Parteiras, médicos e enfermeiras: a aquisição de habilidades profissionais na assistência à parturiente (Rio de Janeiro 1934/1949)

Jane Márcia Progianti  
leda de Alencar Barreira

## Resumo

Este estudo, de natureza histórico-social, tem como objeto de análise a aquisição de habilidades profissionais por parteiras, médicos e enfermeiras diplomadas, na assistência à parturiente. O recorte temporal compreende o período de 1934 a 1949. As fontes primárias incluem documentos orais e escritos, bem como a legislação do ensino de enfermagem. A discussão dos achados está apoiada no pensamento de Pierre Bourdieu. Os resultados evidenciam: as diferenças entre o *habitus* de parteiras, de médicos e de enfermeiras diplomadas; o modo diferenciado de aquisição das habilidades profissionais pelos agentes, em seus respectivos cursos; e que as diferentes disposições adquiridas na escola geraram práticas distintas, o que determinou a ocupação de diferentes espaços e posições pelos agentes no campo obstétrico.

**Palavras-chave:** *Obstetrícia- Enfermagem Obstétrica- Ocupações em Saúde*

## Considerações Iniciais

Este estudo de abordagem histórico-social tem como objetivo analisar o processo de aquisição de habilidades profissionais por parteiras, médicos e enfermeiras diplomadas, na assistência à parturiente. O recorte temporal da pesquisa compreende o período entre 1934-1949. O marco inicial do estudo corresponde à abertura dos cursos para enfermeiras obstétricas, pelas faculdades de medicina<sup>1</sup>, nas cidades do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, e em Niterói, capital do estado do Rio de Janeiro, na década de 30. O marco terminal corresponde ao ano de publicação da Lei 775/49, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no Brasil e dá outras providências. Este documento, além de criar os cursos de auxiliares de enfermagem, respaldou também a criação de cursos

de pós-graduação na enfermagem, possibilitando, na década seguinte, a incorporação da prática do parto pelas enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro.

As fontes primárias para a realização do trabalho foram constituídas de documentos escritos, bem como depoimentos orais de cinco parteiras, de cinco enfermeiras e de um médico.

Os achados foram analisados à luz dos conceitos de *habitus*, campo, poder simbólico, capital cultural e violência simbólica, desenvolvidos por Pierre Bourdieu.

Durante a maior parte do período estudado, o Brasil esteve sob o governo de Getúlio Vargas, que, entre 1930 a 1937, ensaiou uma democracia de bases populares, ao passo que, de 1937 a 1945, instalou uma ditadura do tipo populista (IANNI,

1989, p.77). Vargas, que adotou medidas centralizadoras de fortalecimento do Estado, teve como bases de sustentação política, entre outras, a Igreja Católica e o Exército, que, embora por motivos diferentes, se posicionavam claramente a favor da natalidade, bem como as massas assalariadas, beneficiadas por leis de proteção ao trabalhador (com especial atenção às mulheres), e controlada por sindicatos, que por sua vez, também eram enquadrados e regulados pelo Estado (FAUSTO, 1999, p. 333-335 e IANNI, 1989, p. 88-89).

No campo da educação e da saúde, foram tomadas medidas para incentivar a formação de mão de obra necessária ao processo de industrialização e para atender as reivindicações dos movimentos sociais. Houve então um incremento na criação de cursos profissionalizantes, inclusive na área da saúde (BAPTISTA & BARREIRA, 1997, p. 37), bem como o aumento da rede hospitalar. Assim, o Estado passou gradativamente a ser interventor, organizador e produtor de serviços de saúde (PEREIRA NETO, 1995, p. 14-15).

A definição dos papéis sexuais na sociedade brasileira, com base na cultura portuguesa, direcionava as mulheres para os trabalhos que eram considerados pela elite masculina dominante como "inerentes à sua natureza". Assim, embora o trabalho feminino "fora de casa" não fosse desejável, era aceitável que mulheres ocupassem certas posições, como as de professora, de enfermeira e de parteira, nas quais seu trabalho fosse o de cuidar de alguém, com doação e resignação (ALMEIDA, 1998, p. 31-32).

Este é o contexto do presente estudo, que se insere na linha de pesquisa "História da Enfermagem Brasileira" e apresenta reflexões que subsidiam uma melhor compreensão do presente vivido por enfermeiras obstétricas que atuam em maternidades, possibilitando um melhor posicionamento destas agentes no campo obstétrico.

## *Habitus* primário, gênero e escolha da profissão

Quando chega o momento da escolha da profissão, esta já está condicionada por uma série de antecedentes, entre os quais o que Pierre Bourdieu denomina de *habitus* primário e de capital cultural. *Habitus* primário é por ele conceituado como um conhecimento adquirido, uma disposição incorporada, mediante o convívio familiar, e muitas vezes transferido por vias simbólicas. Tal *habitus* é gerador de práticas distintas e de esquemas de classificação social, que constituem um certo capital cultural, intimamente relacionado à origem familiar, e que, por sua vez, estabelece as diferenças sociais e as posições a serem ocupadas por cada qual num espaço social hierarquizado (BOURDIEU, 1998, p.60-61, 88-89).

A escolha da profissão também sofre determinação do gênero (*habitus* sexuado), pois os conceitos de gênero estruturam a percepção do mundo e de nós mesmos, e também organizam concreta e simbolicamente toda a sociedade. As imposições culturais sobre os sexos biológicos, fizeram que, ao longo da história, a educação e a profissionalização de mulheres fossem relegadas a um plano secundário, implicando o estabelecimento de relações de poder entre o masculino e o feminino. Manter o dominado longe do saber é uma estratégia eficiente no controle e na manutenção de mecanismos de dominação (ALMEIDA, 1998, p. 31).

Assim, na época em estudo, os rapazes pertencentes às famílias que detinham um considerável capital cultural orientavam-se para a medicina, para a advocacia e para a engenharia. Entre as profissões aceitáveis para as mulheres, o magistério primário e a enfermagem ("de alto padrão") eram destinadas às mulheres com mais recursos, enquanto que as ocupações de costureira, de modista, de governanta e de parteira eram reservadas às mulheres de poucos recursos (ALMEIDA, 1998, p. 71).

A escola é uma instituição que permite a atualização do *habitus* primário pela incorporação de novas práticas, de acordo com a visão dominante. É também um espaço de reprodução social, onde cada agente incorpora seu aprendizado de acordo com seu *habitus* e posição. Este processo implica numa violência simbólica, onde o educador, por ser uma autoridade pedagógica, encontra-se em vantagem social e impõe ao educando a visão de mundo dominante, sem que utilize de força física e com a aquiescência do dominado (BOURDIEU, 1992, p. 21-26, 213).

Nas diversas instituições da sociedade e particularmente na instituição escolar, a hierarquização dos olhares, de acordo com as propriedades mais freqüentes entre os grupos dominantes, constitui um poder simbólico, cuja eficácia depende da posição daquele que percebe em relação àquele que é percebido, e do grau em que os esquemas de percepção e de apreciação postos em ação são conhecidos e reconhecidos por aqueles a quem se aplicam (Bourdieu, 1999, p. 81). Deste modo, quanto mais baixa é a origem social do grupo, mais severas (e mais brutalmente expressas) são as avaliações feitas pelos grupos dominantes a seu respeito.

## A formação do *habitus* profissional de parteiras, de médicos e de enfermeiras

No caso daquelas profissões pertinentes à aquisição de habilidades para a assistência à parturiente, diferenciam-se por sua origem familiar e pelo *habitus* sexuado a parteira, o médico e a enfermeira.

Ao contrário das curiosas, que aprendiam a arte de partejar com mulheres mais velhas, às vezes suas próprias mães, como um saber construído por meio de uma vasta experiência prática, para as parteiras diplomadas, a autoridade pedagógica era representada pelos médicos obstetras das faculdades de medicina. Mas, como as curiosas, esses médicos entendiam que a aquisição de habilidades e destrezas dirigidas à realização do parto

tinha que se basear na prática. Assim, o currículo do curso de parteiras tinha como princípio fundamental a relação entre quantidade de partos realizados e a qualificação profissional:

*Tinha [que fazer] a média de 50 partos para se formar. Eu não cheguei a fazer os 50, fiz uns quarenta e tantos (...), mas como na hora do exame, eu fiz um trabalho bom, eu passei (Parteira 4, p. 162).*

As alunas dos cursos de parteiras, diferentemente das curiosas, cuja experiência, muitas vezes era representada também pelos seus próprios partos, em sua maioria, não tinham filhos ou sequer a oportunidade de observar o processo de parturição, e muitas vezes ficavam chocadas com a crueza da cena:

*A prática do parto foi um impacto horrível para mim (...) eu achei horroroso o parto normal. Depois, com o desenrolar do curso e outros estágios eu comecei a me interessar. A gente vai tolerando, acostumando e estudando, vai tendo um entendimento da coisa e a gente passa a ter aquele hábito (Parteira 3)*

Assim, muitas alunas não se afinavam com a realização do parto, preferindo dedicar-se à assistência pré e pós-parto:

*Sempre me interessei mais pela assistência da gestante e da puérpera do que da parturiente, analisar a situação e ver se [o parto] vai ser normal ou não é muito mais interessante [do que fazer o parto] (Parteira 3).*

Como a autoridade pedagógica era a mesma, tanto para os alunos médicos quanto para as alunas parteiras, estas últimas poderiam considerar o ensino que recebiam como igual ao dos cursos médicos:

*Os médicos que ensinavam as parteiras a trabalhar eram aqueles que ensinavam os médicos que iam ter seus consultórios e suas clínicas (Parteira 1).*

Além do professor ser "o mesmo", a atividade didática também era "a mesma":

*Era a mesma aula, a aula era a mesma (Parteira 1).*

No entanto, a condição dos estudantes não era de igualdade, o que é demonstrado pelo efeito de intimidação que as então alunas parteiras sentiam na presença dos médicos, ocasião em que perdiam o domínio sobre seu capital lingüístico:

*Quando fui assistir a primeira aula na maternidade quem estava lá é o doutor Rosalino que morava perto da minha casa [em Barreto- Niterói], eu fiquei com uma vergonha. Eu sabia tudo mas não gostava de me pronunciar, eu tinha muita vergonha de falar (Parteira 5).*

Além disso, o fato de ocuparem o mesmo espaço físico poderia ocultar que mesmo geograficamente havia uma divisão que correspondia a uma distinção:

*[O professor médico], determinava o número de enfermeiras obstétricas [parteiras] de um lado e os acadêmicos [de medicina] de outro lado. Nós fazíamos os plantões junto com os acadêmicos de medicina (Parteira 4, p. 161).*

Tanto assim que, apesar da ilusão de igualdade, o ensino obedecia a uma lógica de distinção de gênero e de classe, que correspondia a uma hierarquização de saberes. Essa hierarquia se manifestava também sob a forma de precedência e prioridade no campo clínico, que por excelência era a maternidade escola. Assim, sempre que diminuísse o número de partos, as parteiras eram deslocadas para outro campo, e não os acadêmicos de medicina:

*Nossos professores eram médicos, as aulas eram dadas na maternidade escola de Laranjeiras. Tínhamos as aulas e depois a prática. Às vezes, não se tinha o número de partos e nós íamos para a Pró-Matre (Parteira 4, p. 161).*

Os médicos, à época, eram formados segundo a lógica de que todos deveriam ter uma formação generalista, o que incluía os conhecimentos relativos ao parto clínico e cirúrgico. A recepção do médico nos cursos de especialização seria tanto melhor quanto mais valorizado fosse seu curso de graduação:

*Se não tiver uma boa formação básica na medicina, ele [o médico] não pode exercer nenhuma especialidade corretamente. Qualquer que fosse a escolha, ele teria que ter uma boa base clínica (Médico 1, p. 108).*

Ademais, nem todos os acadêmicos de medicina estariam interessados em aprender a fazer o parto normal, principalmente em se tratando de plantões noturnos e tendo quem o fizesse. Este fato gerava uma submissão de gênero e uma exploração da parteira no campo. Assim, a distinção entre os agentes e sua classificação no espaço social, no campo de prática, estabelecia uma distância hierárquica, mesmo entre os alunos, permitindo a delegação de responsabilidades, sem o correspondente reconhecimento legal, implicando na inculcação precoce de relações profissionais assimétricas, o que representava uma violência simbólica:

*O estagiário estava ali do nosso lado, de plantão com a gente. Eles iam dormir e deixavam a gente no lugar deles. Quando chegavam, era só fazer a papeleta, assinar e pronto (Parteira 2).*

Ao contrário, quando havia interesse do estudante de medicina em realizar o parto, até a parteira profissional lhe cedia a vez, possivelmente vivenciando a situação, tal como a irmã que cede a vez para o irmão ou para o filho, por reconhecer seu direito a regalias:

*Eu não tinha interesse de fazer partos na maternidade, porque eu achava que eu ia tirar a oportunidade dos acadêmicos de medicina, que estavam ali exatamente para aprender a fazer. Por que eu ia fazer um parto, se eles é que deviam fazer?(Parteira 1).*

A assimetria das relações profissionais entre parteiras e médicos pode ser percebida pelo depoimento que se segue, no qual a parteira, embora tivesse competência para realizar o parto, reconhece que, no espaço hospitalar, a prioridade para realizar o procedimento é do médico, o que gerava a

invisibilidade do trabalho da parteira, absorvido como parcela desvalorizada do trabalho médico:

*Nós [parteias] não fazíamos os partos no hospital [e maternidade], nós [na hora do expulsivo], chamávamos o médico (Parteira 3).*

Mesmo as parteiras mais experientes eram utilizadas como mão-de-obra auxiliar pelo médico:

*Lá na maternidade Arnaldo de Moraes, que era particular, tinha uma parteira que atendia as parturientes dos grandes médicos, mas na hora de fazer o parto, ela chamava o médico (Parteira 3).*

A mensagem de que o parto normal hospitalar deveria ser reservado ao médico era inculcada nas faculdades de medicina por via simbólica e através de uma autoridade pedagógica médica instituída. De outro modo, as relações assimétricas de convívio com os futuros médicos e seus professores eram tão eficazes que as parteiras poderiam pensar terem feito esta opção, o que também caracteriza verdadeiramente a violência simbólica:

*Se o doutor está ali para isto [fazer o parto], então deixa ele trabalhar, se o acadêmico está aí, está precisando... (Parteira 1).*

Assim, a diferença do volume de capital cultural entre os agentes médicos e parteiras tinha como consequência o cerceamento profissional da parteira. Bastava a presença dos médicos e mesmo dos acadêmicos de medicina para impor à parteira uma auto-repressão, não sendo necessária a verbalização de qualquer interdição.

O "desinteresse" da parteira, pelo parto, poderia ser recompensado pela ocupação de cargos nos serviços de enfermagem, propiciada por médicos e administradores, deslocando-se assim o conflito entre a parteira e o médico, pela realização do parto, para a competição entre a parteira e a enfermeira, pelos cargos de chefia e supervisão:

*No hospital da aeronáutica eu era supervisora de enfermagem. Foi com o certificado de enfermeira obstétrica que o capitão da aeronáutica fez minha admissão (Parteira 3).*

A interdição à realização do parto no espaço hospitalar levou a parteira a orientar sua prática de modo a atender os interesses dos médicos, aceitando sua própria exclusão da luta por uma melhor posição no campo hospitalar, em troca da ilusão de uma prática liberal:

*Eu optei por trabalhar particular, eu montei um consultório para mim. As clientes batiam, tinha placa na porta, elas iam lá para serem examinadas. Eu mandava fazer exames para ver como estava. O parto eu fazia na casa da cliente (Parteira 5).*

O interesse de alguns médicos estava justamente em excluir a parteira da realização do parto hospitalar, encaminhando-a para o atendimento no domicílio. Tal fato, muitas vezes fazia a jovem parteira se sentir insegura:

*Eu tinha 22 anos, quando terminei o curso de parteira. Confesso que tinha muito medo do parto e de suas consequências. O parto é sempre uma surpresa e estando no hospital, tudo bem (Parteira 3).*

Acrescentam-se a estas dificuldades outras relativas às resistências das próprias clientes, em relação ao atendimento domiciliar das jovens parteiras:

*Quando fui atender um parto a domicílio, ouvi a mulher dizer ao marido: você me trouxe uma criança [parteira] da idade de nossa filha! E ele [o marido] respondeu: o que você queria, foi a moça indicada pela direção da maternidade (Parteira 3).*

No curso de parteiras, os médicos ensinavam algumas técnicas básicas de enfermagem, de modo a capacitá-las a apoiá-los em sua prática especializada:

*Dentro do curso de obstetrícia nós aprendemos enfermagem geral, nós aprendemos a ver o pulso, temperatura, fazer curativos (...) (Parteira 1).*

Tanto assim que os acadêmicos de medicina, à época, realizavam atividades que posteriormente vieram a ser reconhecidas como parte do trabalho da aluna de enfermagem, para proporcionar ao chefe de clínica, que era o professor catedrático de

obstetrícia, condições favoráveis ao exercício de seu mister de médico e de docente:

*A primeira coisa que nós fazíamos, quando estudantes[de medicina], era cuidar da doente, para que quando o [professor] Aguinaga chegasse estivesse tudo limpinho. Eu, dava injeções, fazia curativos...(Médico 1, p.44).*

Para os futuros médicos obstetras, as oportunidades de atuação oferecidas pelo curso de medicina, em especial na sala de parto, ainda poderiam ser consideradas por estes como insuficientes, tanto é que procuravam aulas particulares:

*Comecei cedo a dar cursos particulares, de aperfeiçoamento, para recém-formados e estudantes (...) (Médico 1, p. 78).*

O professor lançava mão de alguns recursos e estratégias, tanto para o ensino clínico, como para a prática das técnicas cirúrgicas:

*Depois de praticar bem no manequim, o aluno não tinha nenhuma dificuldade no mecanismo do parto. Executávamos todas as manobras no manequim, não só o diagnóstico como também as intervenções, como o fórceps; e no necrotério os alunos podiam fazer cirurgia à vontade [nos cadáveres] (Médico 1, p.78-103).*

O tirocínio clínico poderia ser valorizado por alguns médicos que reconheciam a crescente tecnificação da prática obstétrica:

*Os médicos hoje não conhecem mais o mecanismo do parto, resolvem tudo com a cesariana. É preciso saber muito para saber esperar, é preciso saber muito para não fazer nada (Médico 1, p. 78, 79).*

A enfermeira diplomada ao contrário da parteira e do médico, não aprendia a prática do parto, apesar de constar em seu currículo a assistência à gestante, ao parto e à puérpera. Na escola de enfermagem, um professor médico ministrava aulas sobre anatomia e fisiologia do parto à futura enfermeira. Uma professora enfermeira ministrava os conteúdos teórico-práticos e os cuidados à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, o que não incluía a realização do parto em si:

*Não, se faziam partos, apenas se assistia a mulher, se via o parto (...). [A enfermeira] era uma espécie de circulante, dentro da sala de partos. Naquela época [década de 40] não tinha enfermeiras para dar aulas [teóricas] de obstetrícia. (Enfermeira 8, p. 194).*

No campo clínico, a professora de enfermagem supervisionava a prestação de cuidados pelas alunas, reconhecendo e respeitando a realização do parto como área de atuação do médico:

*Nós fazíamos o estágio e tinha a parte de enfermagem e a parte médica separadas, então esta parte de assistência ao parto era do médico. Nós fazíamos somente a parte de enfermagem. A parte do parto era com o médico e a parte de enfermagem com a enfermeira (Enfermeira 10).*

## Considerações Finais

Os diferentes processos de aquisição do habitus profissional referente à arte de partejar realizou-se segundo o princípio de divisão e de classificação do campo obstétrico, atribuindo-se aos homens médicos o mais complexo e o mais teórico por ser o mais prestigioso. Seu maior capital cultural possibilitou-lhe, à época, tanto a aquisição de tais habilidades mais complexas, como a ocupação de melhores posições e o controle do campo obstétrico.

As parteiras, portadoras de um capital cultural considerado restrito à época, adquiriram o habitus de partejar nas escolas médicas, isto é, como um trabalho parcelar e subsidiário da medicina, correspondendo a uma delegação, sempre provisória da parte menos complexa, menos tecnicada, e portanto menos importante do trabalho médico.

As enfermeiras não adquiriram nas escolas de enfermagem o habitus de partejar, mas incorporaram as habilidades complementares ou auxiliares do trabalho médico, como os cuidados de higiene, de conforto e de cumprimento de ordens médicas.

## Abstract

### Midwives, doctors and nurses: the development of professional skills in attendance to childbirth (Rio de Janeiro 1934/ 1949)

The object of this historical and social study is the development of professionals skills by midwives, doctors and nurses in attendance to childbirth, from 1934 to 1949. The primary sources include oral and written documents as well as the legislation to nursing education. The results are discussed considering Pierre Bourdieu's ideas. The findings show up the differences between the *habitus* of midwives, doctors and nurses; the agents' distinct ways to develop professional skills during their courses; and that the different dispositions obtained at school lead to distinct practices determining the occupation of different spaces and roles by the agents in the obstetric field.

**Keywords:** *Obstetrics; Obstetrical nursing;*

## Resumen

### Parteras, médicos y enfermeras: la adquisición de habilidades profesionales en la asistencia a la parturienta (Rio de Janeiro 1934/1949)

Este estudio, de naturaleza histórico y social, tiene como objeto de análisis la adquisición de habilidades profesionales por parteras, médicos y enfermeras diplomadas, en la asistencia a la parturienta. El recorte temporal comprende el período de 1934 a 1949. Las fuentes primarias incluyen documentos orales y escritos, bien como la legislación de la enseñanza de enfermería. La discusión de los resultados está apoyada en el pensamiento de Pierre Bourdieu. Los resultados evidencian: las diferencias entre el *habitus* de parteras, de médicos y de enfermeras diplomadas; el modo diferenciado de adquisición de las habilidades profesionales por los agentes, en sus respectivos cursos; y las diferentes disposiciones adquiridas en la escuela que generaron prácticas distintas, lo que determinó la ocupación de diferentes espacios y posiciones por los agentes en el campo obstétrico.

**Palabras Clave:** *Obstetricia – Enfermería Obstétrica – Ocupación en Salud*

## Referências bibliográficas

- PROJETO 1995: 50 Anos de Criação do Conselho de Medicina. Transcrição Integral da entrevista de Sylvio Lengruber Sertã. Rio de Janeiro:Cremerj / Fundação Oswaldo Cruz. 1995, 241 p.
- BRASIL, leis e decretos. **Coleção de leis da República do Brasil de 1949**. RJ:por Catensu Imprensa Nacional, 1950.
- FRAGA, L. C. R. **História oral e de vida de enfermeiros obstétricos**. 1991: Dissertação (mestrado), EEAP/UNI-RIO, 1991. Entrevistas anexadas n.4 (p. 160-171);n.8,p.227-237
- ALMEIDA. J. S. **Mulher e educação: a paixão pelo possível**. São Paulo: UNESP, 1998.
- BAPTISTA, S. S; e BARREIRA, I. A . **A luta da enfermagem por um espaço na universidade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

\_\_\_\_\_. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, P; PASSERON, J. C. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 6ª. Ed. São Paulo: USP/FDE, 1999.

IANNI, O . **A formação do estado populista na América Latina**. São Paulo: Ática. 1989.

JORGE, D. R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. 1974. Tese ( Livre docência) Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PEREIRA NETO, A. F. **O modelo de assistência médica de Pedro Ernesto (1932): algumas considerações**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro /Instituto Medicina Social. 1995. (Série Estudos em Saúde coletiva; n. 119).

## Sobre os autores

### Jane Márcia Progianti

Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ; especialista em enfermagem obstétrica; doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery/UFRJ, e membro do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras) da EEAN/UFRJ.

### Ieda de Alencar Barreira

Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ; pesquisadora 1 A do CNPq; membro do Nuphebras.