

ASSISTÊNCIA AO PARTO: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL (1830-1960)

Maria Lúcia Mott*

Resumo

Este artigo tem por objetivo contribuir para o debate atual sobre a assistência ao parto no Brasil. Faz um retrospecto dos principais modelos de atendimento ao parto no país, com destaque para os estados do Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo. Se, até o início do século XX, o parto era realizado no domicílio da parturiente – apenas as gestantes indigentes e desclassificadas socialmente recorriam aos hospitais – a partir dos anos 30 esses estabelecimentos passam a ser recomendados com mais veemência pelos médicos como um lugar ideal e seguro para as mulheres darem à luz, independentemente da condição social e da indicação clínica. Verifica-se então a fundação de várias maternidades e um aumento do número de leitos nos hospitais, sobretudo para parturientes pagantes, sendo necessária a criação de novas formas de atendimento para as gestantes das camadas menos favorecidas, dada a carência de leitos gratuitos disponíveis. Assim, como solução emergencial, organizam-se em alguns estados brasileiros serviços obstétricos para atendimento domiciliar das mulheres pobres. Apesar da avaliação positiva desses serviços e da precariedade do atendimento prestado em muitas maternidades, eles não tiveram

Abstract

This article aims to contribute to the present debate on birth assistance in Brazil. It provides the history of the main models of birth attendance in the country, highlighting the states of Rio de Janeiro, Bahia and São Paulo. Up to the beginning of the 20th century, the delivery took place in the parturient's house – only the poor and the socially disqualified pregnant women resorted to hospitals. However, from the 1930s onwards, these establishments began to be strongly recommended by doctors, as ideal and safe places for the women to give birth, independently of social condition and clinical indication. Thus, many maternity hospitals were founded and the number of hospital beds increased, mainly for paying parturients, and it was necessary to create new forms of attendance for the poor women, as there were few free beds available. As an emergency solution, obstetric services for the home attendance of poor women were organized in some Brazilian states. In spite of the positive evaluation of these services and of the precariousness of the attendance given in many maternity hospitals, they ceased to exist. To many doctors, to many midwives with diplomas, and even to many

continuidade. Para vários médicos, para muitas parteiras diplomadas e até mesmo para uma parte das mulheres, as maternidades tornaram-se o lugar ideal para a parturição.

Palavras-chave

Assistência ao parto, parteiras, maternidades, parto domiciliar.

women, the maternity hospitals have become the ideal place to give birth.

Key-words

Birth Assistance, midwives, maternities, home birth.

O número assustador de cesarianas e de intervenções desnecessárias nas parturientes e nos recém-nascidos, a peregrinação criminosa imposta às gestantes no momento de dar à luz, pela falta de leitos nas maternidades, estas são algumas das questões que têm preocupado profissionais de diferentes áreas no Brasil. Várias propostas vêm sendo elaboradas para reverter esse quadro assustador e assegurar, às mulheres, um parto humanizado e, aos recém-nascidos, um acolhimento sem intervenções cirúrgicas ou medicamentosas traumáticas e desnecessárias. O objetivo desse trabalho é fazer um retrospecto dos principais modelos de assistência ao parto no Brasil entre 1830 e 1960,¹ sistematizar dados, informações e referências – visto o tema ter raramente merecido uma abordagem histórica – e mapear questões, no sentido de fornecer subsídios para o debate atual.

A indicação do hospital como lugar ideal e seguro para as mulheres darem à luz é uma recomendação que passa a ser divulgada na literatura médica, com mais ênfase, a partir da década de 1930. Até o final do século XIX, os partos eram realizados quase que exclusivamente no domicílio da parturiente ou de pessoa de sua relação, assistidos na maioria das vezes por parteira leiga e raramente por parteira diplomada. Apenas em casos complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema, chamava-se o médico. A norma era salvar a vida da mãe, que era considerada mais importante do que a do filho. Nesse sentido, foram inventados uma série de instrumentos cirúrgicos para retirar o feto aos pedaços do ventre materno, bem como aparatos para batizá-lo antes mesmo de nascer. A cesariana era realizada apenas em mulheres mortas, pois o uso do clorofórmio como anestésico ocorreu a partir de 1847 e não se conhecia o papel dos micróbios na transmissão das doenças, o que tornava difícil o combate e controle das infecções.²

Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada apenas em casos extremos, sobretudo por pessoas tidas como desclassificadas socialmente. Nos casos dos partos complicados, apenas as mulheres mais pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras recorriam às Santas Casas, mantidas por caridade religiosa e benemerência. Nesses estabelecimentos, o tipo de socorro prestado, por requerer algum tipo de inter-

venção, era feito por cirurgião. As acomodações eram precárias, as infecções e mortes eram freqüentes, como na maioria dos hospitais de então: raramente havia enfermaria especial para parturientes, e, ao dar à luz, mãe e filho permaneciam ao lado de mulheres acometidas das mais variadas doenças.

Algumas parteiras, entre elas muitas estrangeiras que começaram a emigrar para o Brasil a partir da década de 1820, além de atenderem em domicílio, recebiam também parturientes em suas casas. Com o passar dos anos, essa forma de atendimento se ampliou, e os locais de atendimento passaram a ser conhecidos pelo nome de *casas de maternidade*. Aí eram atendidas em geral escravas, negras livres e mulheres que, por alguma razão, estavam impedidas de dar à luz em suas próprias casas, como, por exemplo, as provenientes do interior, as mães solteiras e as viúvas. Apesar da importância do serviço e socorro prestados às mulheres, muitos médicos desqualificavam esses estabelecimentos, tidos como suspeitos, locais onde a clientela era composta por mulheres de má fama e praticavam-se abortos, até que, nas primeiras décadas do século XX, foram proibidos por lei, de funcionar.³

Os médicos também chegaram a abrir, nas maiores cidades do Império, em meados do século XIX, casas de saúde, onde se fazia o parto. Esses estabelecimentos tinham quartos diferenciados para particulares e enfermarias para atendimento de escravas. Contavam com os serviços de alguma parteira – como, por exemplo, a Casa de Saúde Nossa Senhora da Ajuda, no Rio de Janeiro, onde o atendimento era feito pela conhecida Mme. Durocher. Fernando Magalhães atribui a proliferação das casas de saúde no Rio de Janeiro à necessidade dos senhores terem um local para cuidar dos escravos.⁴

Discursos em favor da criação de maternidades

No Brasil, os primeiros discursos sobre a necessidade de criação de maternidades, estabelecimentos especialmente reservados para as mulheres darem à luz, estão diretamente relacionados aos cursos para formação de parteiras e ao ensino médico. Em 1832, o cirurgião prussiano Le Masson apresentou um projeto defendendo a fundação de uma maternidade no Rio de Janeiro, onde seria estabelecido um curso de parteiras. Propunha criar, na Corte, um hospital onde seriam admitidas apenas mulheres para parir, sobretudo escravas, e onde ele ensinaria mulheres a partejar.⁵ A proposta de um local especial para nascimento de bebês era inovadora, não apenas no Brasil, como também na Europa, visto que, até o final do século XVIII, as parturientes pobres eram atendidas em hospitais e asilos que acolhiam todo tipo de doentes.⁶

O projeto de Le Masson não foi para frente, como também não tiveram sucesso as propostas feitas posteriormente de criação de clínicas especiais para o ensino prático de Obstetrícia aos alunos de medicina. A falta de uma maternidade foi denunciada de forma veemente ao longo da segunda metade do século XIX por professores das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Domingos Marinho de Azevedo Americano, ao fazer um balanço da situação da Obstetrícia no Império, afirmava que, embora a disciplina fosse bem desempenhada no que se referia à teoria, nada existia quanto à clínica de partos. Propunha a criação de uma maternidade onde as mulheres fossem “ter seu bom sucesso”. Reconhecendo que estas não iriam voluntariamente, sugeria que fosse oferecida uma recompensa para aquelas que aparecessem para serem atendidas. Quanto às senhoras, acreditava que mandariam as escravas para o hospital só para não terem despesa e correrem o risco de alguma complicação.⁷

Em 1861, Francisco Rodrigues da Silva, professor da Faculdade de Medicina da Bahia, lastimava que a prática de partos dos alunos consistia em manobras exercidas sobre uma manequim ridícula, que mais provocava risos do que se prestava à necessária formação. Quanto à maternidade para o exercício da obstetrícia, prometida pelo artigo n. 8 dos Estatutos de 1854 – e reclamada para o progresso dos estudos –, diz o médico que não havia nem sinal: “Está na lei, Senhores, e a prática de partos continua ser hoje o que era a 30 anos atrás!”.⁸

Até o final do século XIX, as maternidades para o curso médico e de parteiras não foram criadas, sendo encontradas soluções precárias para resolver o problema do ensino de Obstetrícia, o que fez que a maioria dos estudantes se formassem sem ter assistido a um parto sequer! No Rio de Janeiro, a clínica de partos só foi inaugurada depois da reforma Leôncio de Carvalho, de 1879. Em 1881, devido à resistência do provedor e das irmãs de caridade da Santa Casa, as aulas foram ministradas na Casa de Saúde Nossa Sra. da Ajuda. Em 1884, o Visconde de Sabóia, diretor da Faculdade de Medicina, escreveu no *Relatório* que a referida clínica funcionou apenas um ano, entre 1881 e 1882, com recursos da Câmara Municipal e doativo do Comendador Frederico Roxo. Em 1883, a Câmara deixou de pagar o auxílio, e os alunos ficaram novamente sem aulas, pois as irmãs de caridade ainda se recusavam a ceder um espaço na Santa Casa, por acreditarem que o serviço seria frequentado apenas por prostitutas.⁹ Finalmente, em 1884, a enfermaria foi autorizada e instalada na antiga secretaria da Santa Casa. Mesmo assim, o curso prático continuou por vários anos com muitas dificuldades, e a situação vivida pelas parturientes no estabelecimento era a pior possível: a roupa de cama utilizada era “recambiada de outros serviços menos comprometedores”; a alimentação era pouca; os medicamentos manipulados de forma incorreta, deixando terríveis seqüelas; o chão raramente era varrido; mães e crianças

compartilhavam o mesmo leito.¹⁰ Segundo o diretor da Faculdade, a oposição das freiras era tão grande que ele estava persuadido de que as religiosas se serviriam de todos os meios para que as mulheres que fossem dar à luz nessa enfermaria nunca mais voltassem. A narração dos sofrimentos infringidos pelas freiras fazia que nenhuma mulher viesse a pedir qualquer socorro!¹¹

No final do século XIX, ao lado do ensino de Clínica Obstétrica, passa a ser pregada a necessidade da fundação de estabelecimentos para o atendimento às gestantes pobres. A Maternidade de São Paulo é um exemplo.¹² Em 1894, o médico Bráulio Gomes, ao voltar para casa, deparou com uma mulher que estava dando à luz na rua. Penalizado, levou-a à sua própria residência, onde deu toda assistência, visto que no período não havia, na cidade, nenhuma instituição pública ou benemerente para atendimento de gestantes pobres e desamparadas. Naquele mesmo dia, organizou uma reunião e convidou um grupo de senhoras para participarem de uma subscrição a fim de que se criasse uma casa de assistência à mãe pobre. Fundou-se, então, a Maternidade, com donativos particulares, totalmente administrada pelo serviço voluntário feminino. Tinha por objetivo recolher as mulheres pobres em adiantado estado de gravidez, ampará-las durante o parto, prestar socorros aos recém-nascidos nos primeiros dias de vida. Nos estatutos, também estavam previstos a assistência no domicílio, forma de atendimento que foi debatido nas décadas seguintes, e o ensino, quando fosse criada uma Faculdade de Medicina na cidade, o que veio a acontecer cerca de vinte anos depois. A direção clínica e os partos complicados eram feitos por médicos (entre 1894 e 1899, por uma médica, a Dra. Maria Rennotte) e os partos normais, realizados por parteira.

No período, além de sentimentos humanitários, a promoção ao atendimento à gestante pobre estava relacionada à crença de que a riqueza e o poder de um país estavam na proporção direta ao número de habitantes. A vida da criança, a puericultura intra-uterina e extra-uterina tornaram-se as palavras de ordem. Assim, a saúde das mulheres passava a interessar aos médicos, legisladores e governantes, por sua capacidade de reproduzir filhos vivos e saudáveis. Érico Coelho, em 1886, leu o trabalho *Fundamentos para criação de um Instituto de Partos no Rio de Janeiro*, no qual destaca o papel da mulher proffcuca na prosperidade do país.¹³

A alta taxa de mortalidade infantil, os gastos e os perigos da imigração passaram a ser denunciados com mais veemência a partir do início do novo século. Os médicos pregaram medidas para o fortalecimento da raça e o aumento rápido da população para suprir a falta de mão-de-obra, ampliar o contingente do exército e marinha e preencher dos espaços vazios do Brasil.¹⁴ No Congresso Brasileiro de Medicina, em 1907, o Dr. Domeneque de Barros afirmava:

Socorrer a mulher grávida é proteger com sabedoria (...) a diminuição da letalidade infantil e materna e trará, como conseqüência, (...) o aumento sempre crescente da população, pelo nascimento de seres sadios, forças vivas e elementos primordiais do poder de uma nação. Socorrer a mulher gestante é impedir um grande número de abortos acidentais e concorrer para diminuir abortos criminosos, e (...) os inúmeros infanticídios; é ainda reduzir a cifra enorme de partos prematuros, é enfim pugnar pelo nascimento de crianças vigorosas e sadias.¹⁵

No que se refere à responsabilidade da construção e manutenção das maternidades, evocavam-se a responsabilidade governamental e a “fortuna particular”.¹⁶ Mas a questão não era simples. Por um lado, o Estado não estava organizado no período para exercer essa função, como a própria sociedade discutia se esta tarefa era sua,¹⁷ e a benemerência restringia a área de atuação de acordo com seu próprio interesse. Por outro, o atendimento à gestante e ao nascituro estava imbricado a várias questões, como, por exemplo, o sustento da mulher e da família durante o afastamento do trabalho, o número de dias, ou meses, antes e depois do parto em que ela deveria se ausentar do trabalho. Para os médicos, apenas o internamento na maternidade não bastava. Precisava-se prever a manutenção da família durante a gravidez, no parto, no aleitamento, e até mesmo o alojamento, na maternidade, dos demais filhos pequenos das mulheres atendidas, quando não tivessem quem zelasse por eles. Era necessária, ainda, a criação de “refúgios maternos” e “casas de convalescença”, onde as mulheres pobres, solteiras e desamparadas pudessem descansar e se alimentar de forma conveniente antes e depois do parto. O internamento aconselhável era longo, por várias semanas, até meses, também antes do parto, para que a gestante com repouso e alimentação adequada desse à luz uma criança robusta. Ela precisava, igualmente, ter assegurada a possibilidade de amamentar os filhos.

O apelo à “fortuna particular”, portanto, ia além da benemerência, em que a iniciativa privada poderia decidir se queria ou não, e com quanto queria participar. Envolveria uma legislação, questões trabalhistas bastante polêmicas, discussões sobre a quem caberia a responsabilidade (ao poder público, ao setor patronal, à benemerência, ou aos trabalhadores). Com o objetivo de favorecer o atendimento materno, alguns médicos passaram a defender a equiparação da mulher gestante e no parto às doentes, como estratégia para as indigentes obterem assistência médica gratuita. Propuseram também a criação de mutualidades maternas, espécie de associação para mães ricas e pobres, com a finalidade de garantir às associadas pobres uma indenização suficiente para bancar sua ausência do trabalho após o parto.¹⁸

No que se refere à manutenção das maternidades, além do apelo à benemerência e à responsabilidade do poder público, foram criados leitos para o atendimento particular.

Furquim Werneck, professor da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, ao descrever a maternidade daquela cidade, afirmava que foi prevista uma seção para pensionistas, “pois as vantagens da internação em uma maternidade não deveriam ficar adstritas às menos favorecidas da sorte”, o que seria uma iniquidade. Ensinava em que existiam casos obstétricos em que a internação se impunha para garantia da vida da mãe e do recém-nascido, e que a solução muitas vezes era cirúrgica, além de que determinadas intervenções só podiam ser praticadas com segurança na maternidade.¹⁹

A nova “maternidade”: entre o discurso e a prática

Talvez aqui se deva fazer um parêntese sobre as transformações que vinham ocorrendo no ensino e na prática médica, na obstetrícia e nos hospitais. Nas primeiras décadas do século XX, embora os partos normais continuassem a ser atendidos, em sua maioria, por parteiras leigas e diplomadas, aumentou o número de médicos que passaram a fazer partos. Não existia mais a restrição legal à fundação de novas faculdades de Medicina, sendo criadas escolas nas principais capitais do país.²⁰ Os hospitais, por sua vez, passaram por uma campanha de valorização.

As maternidades já não eram tidas pelo público feminino e pelos médicos como locais “mais perigosos para as mulheres darem à luz do que os bancos dos *boulevards* em plena noite”,²¹ onde o prognóstico favorável era raro e grassava a mortífera febre puerperal. Nem estavam mais sujeitas a fechamento temporário e reenvio das parturientes para casa devido à infecção não controlada.²² Esses estabelecimentos pouco a pouco foram promovidos e aconselhados como locais seguros para a parturição. O parto começava a ser visto como um evento médico e potencialmente perigoso, no qual eram preconizadas intervenções cada vez mais frequentes. A obstetrícia começava a dominar novas técnicas que prometiam maiores chances de sobrevivência para a mãe e para o filho, bem como menor sofrimento para as mulheres.²³ O exame clínico passava a contar com diferentes tipos de diagnóstico fornecidos por aparelhos, exames de laboratório e raio X. O uso do clorofórmio, que tinha tornado executável a cesariana em mulheres vivas, possibilitou um aprimoramento da técnica; as descobertas sobre os micróbios patogênicos e seu papel na transmissão das doenças tornaram essa operação mais segura, pois se eliminava, pelo menos em tese, o risco de infecção. A indústria farmacêutica colocou no mercado uma série de medicamentos para diminuir a dor e acelerar o trabalho de parto, como a *Pituitrina*.²⁴ Aconselhava-se que as operações fossem realizadas em maternidades (ou em hospitais) e não mais nas residências, pelo fato de esses estabelecimentos serem construídos de acordo

com as regras higiênicas, possuem o aparato considerado necessário, como sala de operação, mesa cirúrgica, enfermagem especializada, instrumentos esterilizados, a possibilidade de se ter um maior controle sobre a paciente e o recém-nascido, bem como uma menor interferência da família. Os benefícios urbanos, como luz, água encanada, possibilitaram executar melhor e mais facilmente os cuidados com as parturientes, seguindo-se as regras da assepsia.

As maternidades e os hospitais programaram seus serviços para atender a dois tipos de clientela: mulheres pobres e indigentes, alojadas em enfermarias específicas, cujos partos normais ou dificultosos serviam muitas vezes para estudo clínico de estudantes de Medicina e parteiras; e mulheres das classes mais favorecidas, nos partos complicados que requeressem algum tipo de intervenção, feitos por médicos e/ou parteiras particulares, com alojamento em quarto individual, roupa de cama limpa, trocada com regularidade, e até mesmo com banheiros individuais.

O parto em domicílio, a partir dos anos 20, começava a ser considerado por muitos médicos como o mais trabalhoso, “pela necessidade de vigilância imediata e penosa”,²⁵ mas não era visto como necessário em todos os casos, nem por parte dos médicos, nem por parte das parturientes. Caso o parto fosse realizado em domicílio e o profissional escolhido fosse médico, ele estipulava aquilo que a família deveria providenciar. Segundo o Dr. Arnaldo de Moraes, cabia ao médico indicar uma enfermeira para que houvesse harmonia na assistência.²⁶ Já o Dr. Jorge Santana preferia uma parteira “para substituí-lo, auxiliá-lo e secundá-lo”, pois existem partos

que decorrem em mais de 24 horas e não se pode exigir de um médico a presença constante ao lado da parturiente. Há além disso uma série de pequenas providências e cuidados, relativos à assistência ao parto, que uma mulher desempenha com mais propriedade que um homem.²⁷

A casa deveria ter quarto com água encanada ou banheiro próximo para lavagem das mãos em água corrente; o quarto deveria ser amplo, sem móveis atravancando o espaço, de preferência cama de solteiro, com mesa para colocar os apetrechos. Se a cama fosse baixa, deveriam aumentar a altura dos pés; e se o colchão fosse de arame, introduzir transversalmente tábuas para impedir depressões; eram solicitadas iluminação natural artificial, bem como “lâmpada portátil” para emergências.

Nos anos 20, a lista apresentada pelo médico para ser providenciada pela família, era composta de muitos itens, como se o hospital devesse ser transportado para casa: chaleiras de cinco litros de água, bacias de ágata, comadre de ágata, 1,5 m de impermeável, alfinetes de segurança, algodão esterilizado, gaze, sabonete de amiodol, álcool, soro fisiológico, soro glicosado, aparelho esterilizado para soro, *Pituitrina*, talco boricado, óleo canforado,

ergotina, cafeína, escovas de unha, luvas americanas de borracha, água oxigenada, dermatol, ataduras de crepom, tintura de iodo, fio esterilizado para cordão umbilical, categute, crina de Florença extra-grossa, oxicianureto de mercúrio, vaselina esterilizada, éter sulfúrico, clorofórmio, *clorethila*, sonda de *nelaton*, bicarbonato de sódio, azotato de prata cristalizado, água destilada, roupa esterilizada (três lençóis, quatro toalhas de mão, doze tolhas higiênicas e o avental do médico). Algumas casas de saúde costumavam fornecer esse material, em lata apropriada, nos casos de urgência, mas o material podia ser comprado “nas boas farmácias e drogarias”. Havia estabelecimentos que recebiam o material não utilizado de volta.²⁸

Dada as exigências feitas pelos médicos no atendimento em domicílio, pode-se concluir a dificuldade e os problemas que eles viam na realização dos partos na residência das parturientes das camadas menos favorecidas.

Apesar dos discursos favoráveis às maternidades e a crescente participação do governo na área da assistência médica, até o final dos anos 30 a internação das mulheres em parto normal raramente era desejada pelas parturientes. Em 1934, o Dr. Otto Circe, professor de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, preocupava-se com a assistência ao parto: “Dentre os preconceitos a serem erradicados, um avulta por seu caráter e extensão: é o horror à hospitalização”. Segundo o médico, a mulher brasileira, sobretudo do interior, estava habituada a ver o hospital como um abrigo aos necessitados e desvalidos, sentindo-se humilhada e ofendida em sua vaidade quando aconselhada a se internar num desses estabelecimentos.²⁹

A internação para o parto também não era recomendada de forma unânime pelos médicos, sendo considerada por alguns profissionais como um “exagero desarrazoado”.³⁰ Pode-se dizer que era recomendada de forma sistemática apenas para as mulheres pobres e indigentes, cujas habitações não possuísssem condições mínimas de higiene e conforto para a realização do parto, para aquelas mais pobres que precisassem de repouso durante a gravidez e como refúgio para as mulheres que se vissem obrigadas a manter segredo sobre seu estado.

Nem mesmo era indicada em todos os casos de partos distócicos. O Dr. Raul Briquet, numa aula inaugural da cadeira de Clínica Obstétrica, cujo conteúdo foi publicado em 1927, ensinava que algumas gestantes não podiam ser hospitalizadas, pois o estado em que se encontravam não permitia o transporte, como, por exemplo, nos casos de eclâmpsia, peritonite, placentação baixa, quando a remoção acabaria agravando as condições.³¹

A recomendação de evitar tanto quanto possível o parto no domicílio e de fazer a internação sistemática das gestantes em maternidades começou a ser divulgada na década seguinte. Em 1937, o Dr. Edgard Braga via como contra-indicada qualquer intervenção obstétrica feita em casa:

(...) tempo virá em que, só de raro em raro, o obstetra se aventurará a operar na residência da paciente. É preciso vencer a natural relutância da família e aconselhar à gestante, máxime se esta apresenta anomalias, mesmo pequenas, da bacia, ou distúrbios na saúde. O internamento, nesses casos, se impõe em benefício da futura criança.³²

Dois anos depois, o Dr. Celso Bastos de Siqueira, médico interno da Maternidade de São Paulo, escrevia:

Hoje, com o desenvolvimento da ciência médica, as exigências da Obstetrícia moderna ditaram novas regras de conduta, que, pela sua aceitação e pela veracidade que encerram, têm a envergadura de uma lei. O obstetra deve assistir a parturiente em um ambiente com o mesmo conforto e garantia com que o cirurgião se entrega à prática do ato cirúrgico, e desde que passada do estado de puerpera com a solução do parto, normal ou operatório, terá que entregá-la a cuidados de enfermagem especializada, baseados nos perfeitos conhecimentos da assepsia e antissepsia obstétricas, que devem ser levadas a rigor dentro dos seus verdadeiros limites, respeitando as barreiras naturais da defesa orgânica. Tal ambiente é que nos oferece hoje o hospital especializado, ou seja, uma maternidade (...).

Outras razões apontadas pelo médico para o parto ser realizado na maternidade referiam-se ao fato de o estabelecimento contar com as “mãos hábeis e delicadas” das enfermeiras e propiciar, para a mãe, o aprendizado das primeiras lições de puericultura.³³

Trabalhos publicados em revistas médicas fornecem dados bastante significativos sobre o número de partos realizados nas maternidades e as condições de funcionamento desses estabelecimentos nas principais cidades brasileiras durante a primeira metade do século. Em 1922, Dr. Arnaldo Morais informa que, no Rio de Janeiro, 85,2% dos partos eram realizados por curiosas e 14,8% por parteiras diplomadas e médicos.³⁴ No mesmo ano, Fernando Magalhães, ao fazer um balanço da situação dos locais de atendimento às parturientes no Brasil, afirma que havia dez maternidades com edifício próprio, e leitos nas dependências de vários hospitais que somavam a um total de quatrocentos, para uma população de 30 milhões de habitantes.³⁵ Ou seja, em muitas capitais de estados brasileiros e em algumas das maiores cidades, na época, ainda não tinham sido criados estabelecimentos especialmente destinados para as mulheres darem à luz.

Na cidade de São Paulo, até a década de 1920, o atendimento à gestante fora do domicílio era feito nas duas maternidades existentes, a Maternidade de São Paulo e a Sant'Ana³⁶, e em alguns hospitais, como por exemplo o Samaritano e o Santa Catarina. Em 1925, para uma população de 650 mil habitantes, havia sessenta leitos para indigentes fornecidos pela Maternidade de São Paulo. No censo hospitalar realizado em São Paulo nos anos de 1935-1936, verifica-se que o Estado contava com 710 leitos: na capital, para 29.859 nascimentos, havia 323 leitos; no interior, para 183.350 nascimentos, contava-se com 387 leitos.³⁷

Tabela 1Leitos obstétricos no Estado de São Paulo³⁸

Leitos	Maternidade	Hospital	Total
Gratuitos	281	160	441
Pagos	226	43	269
Total	507	203	710

Nos anos 30 e 40, houve um aumento considerável no número de hospitais, casas de saúde e maternidades, com leitos pagantes e gratuitos, e de abrigos para mães pobres. À medida que cresceu a demanda particular, aumentou a participação do governo nos assuntos referentes à saúde do trabalhador.³⁹ Num período de cerca de dez anos, foram criadas, em São Paulo, a Pró-Matre (com noventa leitos para gestantes pagantes); a Maternidade Santa Terezinha, a Casa de Saúde e Maternidade Maria Pia, assim como a Maternidade do Brás (fundada pela parteira Isabel Angulo, que continua em funcionamento e dirigida pela mesma família até hoje); a Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas e a do Hospital São Paulo, ambas com a dupla função de atender a gestantes pobres e ensinar alunas do curso de parteira (obstetizes, enfermeiras obstétricas) e alunos/as de Medicina; a Maternidade Nossa Senhora do Bom Parto (fundada pela parteira Lúcia Ferrante), a Maternidade SAA, o Hospital e Maternidade Leão XIII, os Hospitais Bandeirantes e o Santa Lúcia; e os abrigos Amparo Maternal e Casa Maternal.

O Dr. Edgard Braga, que na década de 1930 foi chefe do Serviço de Pré-Natal da Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância em São Paulo, com base na pesquisa feita através de dezoito mil fichas de gestantes atendidas pela instituição no decorrer de oito anos, verificou que 85% foram atendidas por curiosas, 10% por parteiras diplomadas e 5% em hospitais e maternidades.⁴⁰

Dois dados sobre o atendimento ao parto no município de São Paulo apresentados pelo Dr. Paulo Schmith Goffi devem ser destacados. O primeiro diz respeito ao número de atendimentos em domicílio e no hospital. Em 1945, houve crescimento do atendimentos nos hospitais: 70,4% foram feitos em domicílio, 29,5% em hospitais (5% das crianças nasceram mortas, e a natimortalidade nos hospitais foi maior).⁴¹

Tabela 2Nascidos vivos e mortos no município de São Paulo⁴²

Partos	Nascido vivos	Mortos	Total
Domicílio	28.219	1.017	29.236
Hospital	11.185	1.055	12.240
Total	39.404	2.072	41.476

O segundo dado citado se refere às mudanças no perfil da clientela assistida pela Maternidade de São Paulo, o que demonstra uma tendência na aceitação da hospitalização pelas mulheres das camadas mais favorecidas.

Tabela 3Tipo de clientela assistida na Maternidade de São Paulo⁴³

Ano	Indigente	Pensionista	Total
1933	3.233	553	3.786
1937	3.650	2.000	5.650
1941	4.346	3.254	7.600
1945	2.587	3.689	6.286

Apesar da fundação de novas maternidades, os novos leitos disponíveis se destinavam sobretudo a clientes pagantes. Em 1945, eram recusados diariamente pelos hospitais gratuitos 7,6% dos casos obstétricos.⁴⁴

Serviço de assistência obstétrica domiciliar

A falta de leitos nas maternidades e a de material básico necessário na casa da gestante pobre, no momento de dar à luz, aliadas a outras questões – tais como a recusa da parturiente em parir fora de casa, a impossibilidade de deixar o lar por causa da família, a contra-indicação de remoção (por complicações, doença contagiosa ou pela falta de transporte), o atendimento feito por parteiras curiosas, a prática de aborto criminoso –, levaram alguns médicos brasileiros, a exemplo de outros países, a defenderem a organização de um serviço de atendimento domiciliar para mulheres pobres. Nos estatutos da Maternidade de São Paulo, ainda no final do século passado, previa-se a organização desse tipo de serviço para gestantes pobres e indigentes, que, por alguma razão, não pudessem ser atendidas pela entidade, mas parece que a proposta nunca saiu do papel.

Em 1901, o Dr. Jaime Silvado criou, no Dispensário Moncorvo Filho, no Rio de Janeiro, aquele que é considerado o primeiro serviço de atendimento obstétrico domiciliar no Brasil, tendo ao seu lado a Dra. Antonieta Morpurgo e o Dr. Oliveira Mota. O dispensário, por meio da seção de Ginecologia e Obstetrícia, fazia atendimento ginecológico, prestava serviço pré-natal, fazia parto domiciliar e atendimento aos recém-nascidos, fornecendo até mesmo enxoval. Contava com o trabalho gratuito de médicos, estudantes de Medicina, massagista e uma parteira. A sede possuía uma incubadora – novidade na época – para fetos nascidos em condições de viabilidade, mas necessitando de socorros especiais.⁴⁵

Para realizar o parto em domicílio, fazia-se uma seleção prévia das gestantes por meio de exame pré-natal, e uma parteira inspecionava a habitação. Nos casos de partos naturais, a parteira era encarregada pelo parto, e, nos casos de distócias, deveria ser chamado o médico; os mais complicados deveriam ser removidos. Na prática cotidiana, parece que não foi o que ocorreu: num período de seis anos (1901-1907), foram realizados cinquenta partos, quarenta deles por parteiras e com intervenções cirúrgicas “de maior ou menor relevância”, e a mortalidade foi nula. O serviço funcionou por vinte anos e teria atendido 492 casos, ocorrendo 0,64% de mortalidade materna, 2,56% de mortalidade fetal expurgada e 1,2% de infecção puerperal.⁴⁶

Nas primeiras décadas do século XX, foram feitas várias propostas pela classe médica a fim de organizar serviços para atendimento domiciliar da gestante pobre (pré-natal, parto, pós-parto), como pode ser verificado nos inúmeros artigos publicados nas principais revistas e nos anais dos congressos de Medicina do período. Em 1907, o Dr. Domeque de Barros apresentou o trabalho *Assistência à mulher grávida pobre no Rio de Janeiro*, no 6º Congresso de Medicina Brasileiro;⁴⁷ em 1911, a Dra. Antonieta Morpurgo leu a comunicação *Assistência obstétrica domiciliária*, na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro;⁴⁸ em 1916, o Dr. Oliveira Mota, então chefe da Maternidade das Laranjeiras no Rio de Janeiro, apresentou o trabalho *Assistência ao trabalho de gestante*, no 1º Congresso Médico Paulista;⁴⁹ em 1922, no 1º Congresso de Proteção à Infância, o Dr. Maurity dos Santos, então chefe do Dispensário Moncorvo Filho, apresentou: *Sobre a proteção e assistência à mulher grávida nas classes pobres no Brasil*.⁵⁰

Em 1923, foi aprovado o Regulamento do Departamento de Saúde, que, entre suas funções, incluía a proteção à maternidade e à infância. Dr. Arnaldo Moraes, médico daquele órgão, escreveu uma série de artigos para a *Folha Médica* sobre o tema. No artigo publicado em agosto de 1927, relata sua experiência no serviço pré-natal do Centro de Saúde de Inhaúma (RJ), onde tinha sido organizado um projeto piloto para “demonstração prática da moderna organização sanitária”. O serviço consistia de um consultório de higiene pré-natal, um serviço de enfermagem em domicílio, de fiscalização, instrução e

auxílio de parteiras leigas, “curiosas”. Na sede do Centro de Saúde, funcionava um dispensário maternal, dirigido pelo médico, onde uma auxiliar fazia o exame pré-natal e preenchia uma ficha com os dados da parturiente, que era aconselhada a retornar mensalmente para nova consulta, a última sendo realizada três semanas antes do parto. Nesse exame, era determinado se a paciente tinha possibilidade de ter um parto espontâneo. Caso fosse concluída a inexistência de distócia previsível (vício pélvico, desproporção feto-pélvica aparente, apresentações anômalas, fenômenos toxêmicos, hemorragias, doenças infecciosas concomitantes, lesões orgânicas diagnosticáveis, entre outras), dava-se a autorização para uma parteira leiga realizar o parto. Caso contrário, recebia cuidados médicos ou era encaminhada para os serviços de maternidade existentes na cidade.⁵¹

Se a gestante não tivesse comparecido ao exame ou não tivesse a referida licença, a “curiosa” estava proibida de realizar o parto. Segundo o médico, muitas parteiras leigas insistiam para que suas clientes procurassem o serviço pré-natal com o objetivo de obter autorização legal. Vale lembrar que, pela legislação, as parteiras leigas, sem diploma e registro, estavam proibidas de atuar. Esta foi uma solução encontrada dado o Distrito de Inhaúma, que na época contava com uma população de 130 mil habitantes, ter apenas uma parteira diplomada para 216 “curiosas”. O serviço fiscalizava, matriculava e providenciava instrução para as parteiras leigas, e fornecia à parturiente pobre o material necessário para o parto, mais o enxoval para o recém-nascido: 60 cc de álcool, 50 gr de algodão hidrófilo, dois curativos de gaze para o umbigo, 25 cm de fio de seda, um sabonete de alface e uma bisnaga de cera com solução de 1% de nitrato de prata.

De trinta e quarenta dias depois do parto, a paciente deveria voltar ao Centro de Saúde para fazer exame pós-parto e matricular a criança. O estabelecimento contava também com serviço de enfermagem domiciliar (pré-natal, ante-parto, natal e pós-parto), feito por enfermeiras diplomadas de Saúde Pública, mas, devido à falta de pessoal, funcionava de forma precária.

Até 1936, foram criados, no Rio de Janeiro, centros de saúde com serviços semelhantes nos seguintes bairros: Central, Botafogo, Catumbi, Copacabana, Engenho Velho, Engenho Novo, Estrela, Gamboa, Gávea, Laranjeiras, São Cristóvão, Santa Teresa, Triagem, Tiradentes e Vila Isabel, Morro do Pinto.⁵²

Tabela 4Atendimento nos Centros de Saúde do Rio de Janeiro – 1936-1938⁵³

Profissional	Domicílio	Hospital	Nº de partos
Parteira	7.037	-	7.037
Médico	538	741	1.271
Total	7.575	741	8.316

Nos anos 30, 40 e 50, alguns nomes se destacam na defesa do estabelecimento de um serviço de atendimento domiciliar para mulheres pobres, a destacar o Dr. Clóvis Corrêa da Costa, do Rio de Janeiro, o Dr. José Adeodato Filho, da Bahia.⁵⁴

A cruzada do Dr. Clóvis Corrêa da Costa começou ainda nos anos 20, quando apresentou uma memória, no Congresso de Higiene de Recife (1929), sobre a assistência materna. Em 1931, elaborou um projeto sobre o mesmo tema, a pedido da Inspetoria de Higiene Infantil do Distrito Federal, e nos anos 40 criou um serviço-padrão, no Departamento da Criança, para servir de modelo a organizações semelhantes em outros estados.⁵⁵

O serviço proposto pelo médico estava diretamente vinculado a uma maternidade e à clínica pré-natal, onde se fazia a triagem das parturientes que seriam atendidas pelo serviço, as quais deveriam preencher os seguintes requisitos: 1. ter condições mínimas de atendimento em casa (banheiro, água, luz, piso de ladrilho ou assoalho, aposento de no mínimo 3 m x 4 m com janela, leito, roupa de cama, tolhas e bacia; habitação pobre, mas não miserável, asseada e limpa); 2. morar em local acessível por automóvel; 3. ter uma renda familiar estabelecida pelo serviço, que seria verificada pelos funcionários encarregados; 4. possuir determinadas condições obstétricas (bacia normal, apresentação de crânio e tudo que indicar um parto espontâneo).

O serviço previa o atendimento somente das gestantes matriculadas. Feito o chamado, a parteira diplomada de plantão seguia para a residência da parturiente, permanecendo no local até o final do parto. Em caso de complicações, pediria a remoção para a maternidade, e, em caso de dúvida, consultaria o médico de plantão. As parteiras receberiam salário e não por atendimento realizado.

Dr. Clóvis Corrêa da Costa justificava a necessidade desse serviço porque acreditava que não era possível nem razoável que todas as parturientes pobres fossem atendidas nas maternidades mantidas pelo Estado ou por instituições particulares, o que sobrecarregaria demais o serviço, aumentaria as exigências quanto ao número de leitos, acarretando aumento nas despesas e problemas de orçamento. Outra razão apontada pelo médico para o atendimento domiciliar era a inconveniência de a mãe de família se ausentar, o que poderia causar problemas para os filhos, que não teriam quem zelasse por eles, e à própria

estabilidade do lar. Sem a esposa, o marido poderia desviar-se do bom caminho. Ficando a parturiente em casa, “o edifício doméstico” seria conservado. O serviço de atendimento domiciliar era também uma forma de se combater as curiosas, visto que as parturientes teriam o parto feito gratuitamente.

Um balanço feito pelo médico informa que, num serviço piloto que organizou, atendeu cerca de 148 casos, não havendo nenhuma infecção ou feto morto durante o parto (só um prematuro gemelar após o parto). Foram feitas quatro aplicações de fórceps e duas cesáreas.

A experiência em Salvador, na Bahia, foi relatada pelo Dr. Adeodato Filho. Em 1947, foi organizado um convênio entre a Pró-Matre e o Serviço Estadual da Criança (SEC) para organização do serviço de partos a domicílio. Ao SEC cabia a responsabilidade pelo auxílio financeiro e à Pró-Matre, a organização, a manutenção e a direção do serviço.⁵⁶

O serviço funcionava na sede da Maternidade Pró-Matre, onde foi criado um consultório pré-natal. Atendia a pacientes matriculadas e as que chegavam em caso de emergência. Era chefiado por um médico e contava ainda com o serviço de seis outros médicos, sete internos acadêmicos, quatorze aspirantes ao internato e uma parteira visitadora. Os médicos e os estudantes de Medicina atendiam alternadamente em sistema de plantões de 24 horas. Os chamados eram feitos diretamente para a maternidade, a telefonista recolhia os principais dados e os transmitia à equipe de serviço. Na ambulância, seguiam um interno e um aspirante com o respectivo equipamento (roupa esterilizada, instrumental, medicação). Ou seja, o parto era feito por médicos, e não por parteira, como ocorria no Rio de Janeiro.

Se as condições do domicílio permitissem e o prognóstico fosse favorável, preparava-se o ambiente, forrando a cama com roupas trazidas da maternidade e realizando o parto ali mesmo. Pequenas intervenções, como fórceps baixo e episiotomia, eram realizadas com pré-anestésicos e anestesia local. Nos casos desfavoráveis e quando o domicílio era muito precário, a parturiente era transferida para a maternidade.

As parturientes assistidas eram visitadas pela parteira diplomada, que lhes prestava os cuidados do puerpério, ou então pelos internos ou assistentes. Entre 1947 e 1950, quando a maternidade da Pró-Matre ainda não estava pronta, as pacientes que necessitassem de internamento eram enviadas para a Maternidade Climério de Oliveira; as que possuíam melhores condições econômicas iam para clínicas particulares, sendo o atendimento feito gratuitamente pelos médicos do serviço. Quando a maternidade ficou pronta, as parturientes com problemas passaram a ser internadas no novo estabelecimento.

Salvador, na época, tinha quatrocentos mil habitantes e possuía 120 leitos para atendimento obstétrico, somados os leitos das maternidade e dos hospitais. A topografia urbana acidentada, a dificuldade de transporte, a falta de leitos e a pobreza resultavam, segundo

o Dr. Adeodato Filho, que grande número de partos fosse assistido por aparadeiras. Para o médico, o atendimento domiciliar realizado pela Pró-Matre ajudava no combate do exercício profissional das parteiras leigas.

Ao fazer um balanço referente ao período de 1947 a 1954, o Dr. Adeodato informa que foram realizados 5.199 partos, dos quais 3.847 em domicílio e 1.352 transferidos para a maternidade. Diz o médico que, embora se pensasse aprioristicamente que os partos em domicílio estariam mais sujeitos à infecção puerperal, não foi o que ocorreu na prática (1,75%). Os índices de mortalidade materna (2,80 por mil nascidos vivos) e de natimortalidade (50,40 por mil partos) também tiveram uma avaliação positiva. Acreditava, porém, que o percentual de partos operatórios foi muito alto (13,10%) e considerava que esses resultados se deviam: 1. ao número elevado de pacientes que recorreram ao serviço já esgotadas, por ter falhado os serviços de alguma aparadeira; 2. à tendência de indicação de fórceps baixo, como profilático na demora do período expulsivo. O fórceps foi a operação mais frequente, somando 8%, feitas no próprio domicílio, tendo sido realizadas 3,32 % de cesarianas. Constata que, “como em toda parte, também cresceu entre nós a freqüência de episiotomia, tanto a domicílio como nas maternidades”.

A avaliação também foi positiva no que diz respeito aos custos. Num cálculo aproximado, o Dr. Adeodato informa que foi a metade do que se gastaria na maternidade.

Quadro 1

Percentagens de intervenções cirúrgicas na Pró-Matre domicílio (Salvador, 1947-1954)⁵⁷

Nº de partos	Versão	Epsiotomia	Cesariana	Extração nádegas	Perineorrafia	Fórceps	Outras	Nº intervenções
5.199	22	412	173	34	608	416	37	1.702

Conclusão

Apesar do diagnóstico favorável feito pelos médicos sobre a assistência obstétrica domiciliar, tanto no que diz respeito aos custos, ao combate à infecção, à mortalidade materna e neo-natal, às parteiras leigas, às vantagens para o ensino de Clínica Obstétrica, como para resolver a falta de leitos nas maternidades, esses serviços eram considerados uma forma de atendimento alternativo – apenas para as mulheres pobres – e acabaram sendo encerrados. A hospitalização do parto passava a ser vista como um ideal a ser atingido, um exemplo a ser seguido. Significava, para a maioria dos médicos, sinônimo de civilização, como se pode verificar na comunicação feita no Primeiro Congresso dos Hospitais, em 1955:

Já surge na Europa a idéia de legislar em favor da mulher gestante, organizam-se associações de proteção à Maternidade e à Infância; constroem-se maternidades não só na Europa como nos Estados Unidos; já aparece a preocupação declarada de transferir para o hospital a mulher que vai dar à luz, a fim de que seja lhe seja prestada uma assistência mais adequada e eficiente. E essa idéia conquista mais terreno até se tornar um modo de aferição do desenvolvimento social e cultural dos povos civilizados”.⁵⁸

Em São Paulo, muitas parteiras diplomadas, seja por razões de sobrevivência, seja por convicção, não foram excluídas das maternidades, nem proibidas de aí realizarem partos. Foram incorporadas por muitos estabelecimentos como funcionárias ou como profissionais liberais, todas trabalhando em conjunto com os médicos. Aquelas que faziam clínica particular encaminhavam as clientes para esses estabelecimentos (faziam internação, realizavam o parto e davam alta), recorrendo aos médicos de sua confiança quando o diagnóstico indicasse distocia. Os médicos, por sua vez, trabalhavam com alguma parteira, que ficava com a parturiente na maternidade, fazia o parto, se fosse espontâneo, só chamando o profissional se necessário. Estavam habilitadas a fazer episiotomia, perineorrafia e anestesia, visto que, na época, não havia profissional especializado nesta atividade; algumas chegavam a manejar o fórceps e utilizavam, assim como os médicos, a *Pituirina*. Akimi Nakamoto, parteira que fazia clínica particular e atendia em domicílio, passou a fazer o parto de suas clientes na Pró-Mater, em São Paulo.⁵⁹ Algumas delas chegaram até mesmo a fundar maternidades, conforme já foi dito, entre elas Dona Isabel Angulo, formada pela Escola de Parteiras da Maternidade de São Paulo.⁶⁰

Vale lembrar que, em meados do século XX, apesar do discurso médico em prol da hospitalização do parto, da visão do hospital como lugar ideal para as mulheres darem à luz, a opinião feminina sobre a necessidade de internação não era unânime. Embora os dados levantados apontem para uma maior aceitação, a resistência ainda era grande. Segundo Maria José Imbassahy dos Santos, médica do Departamento Nacional da Criança, “em vários grupos sociais, principalmente nas comunidades menos desenvolvidas, a mulher continuava a querer ser assistida por outra mulher e preferia ter seu filho no lar”.⁶¹

A situação vivida pelas parturientes que precisam de internação estava longe da ideal: ficavam sem atendimento pela falta de leitos, eram mal atendidas devido a situação precária em muitos estabelecimentos. Sofriam intervenções cirúrgicas desnecessárias,⁶² não encontravam vagas quando precisavam, e, se encontravam, as condições de muitos estabelecimentos não eram compatíveis com o que era preconizado.

Dr. Almiro Godinho dos Santos revoltava-se. Existem casos em que, diz o médico

(...) os hospitais especializados recusam, à porta, à chegada das ambulâncias públicas, as doentes pobres e indigentes que sangram abundantemente (...), algumas, de anemia profunda,

quase aguda; outras, em estado de abortamento iniciado, espontaneamente porém evitável, com aplicação de terapêutica adequada, oportuna e regime de repouso prolongado; outras ainda com toxemia gravídica esboçada, em qualquer de suas modalidades graves porém curáveis (...), acontecendo quase sempre que essas pobres e miseráveis criaturas retornam a seus casebres, donde saíram cheias de esperança de um socorro eficiente, piores e mais doentes ainda, aguardando vagas que nunca mais se processam (...).⁶³

Um inquérito feito em 1946, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, verificou que havia 38 maternidades na cidade, em relação às quais se observa: 1. poucos edifícios tinham sido construídos especialmente para essa finalidade, a divisão interna era precária, e em algumas não havia sala de partos; 2. havia insuficiência de serviço pré-natal; 3. as enfermarias e os berçários acolhiam um número grande de gestantes e bebês, acima do recomendável; 4. não se fazia triagem das internas de forma conveniente; 5. os serviços de transfusão de sangue eram precários; 6. não havia recursos para cuidar dos prematuros; 7. havia um grande número de parteiras e enfermeiras leigas incorporadas ao serviço; 8. as *causa-mortis* não eram sistematicamente registradas ou esclarecidas; 9. havia falta de leito para mulheres pobres, de cama e berços; mães e filhos ficavam na mesma cama; 11. cerca de dez mil vagas eram desperdiçadas; 12. havia falta de leitos, e apenas um pequeno número de pacientes era atendido em maternidades e hospitais em relação às que davam à luz (20 mil atendidas, para 36 mil sem atendimento).⁶⁴

Recebido em abril/2002; aprovado em julho/2002

Notas

* Doutora em História pela USP, com a tese *Parto, parteiras e parturientes no século XIX: Mme. Durocher e sua época*; autora de *O Romance de Ana Durocher* (São Paulo, Siciliano, 1995); bolsista de Pós-Doutorado da Fapesp no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica e no Centro Histórico-Cultural de Enfermagem Ibero-Americana (CHCEIA) da Escola de Enfermagem da USP.

Agradecimentos – Este trabalho foi apresentado no relatório de Pós-Doutorado enviado à Fapesp em outubro de 1999. Agradeço à Maria Alice Tsunehiro e Maria Luiza Riesco Gonzalez, pela leitura crítica do texto.

¹ O recorte cronológico se deve ao fato de 1832 ser um marco para a história da obstetrícia no Brasil. Foram então criadas as faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia, bem como cursos de partos para formação de parteiras, dirigidos por médicos. Foi estabelecida uma legislação que passava a exigir diploma para o exercício profissional das parteiras. Na década de 1960, com a criação do Instituto Nacional Previdência Social, ocorreram mudanças importantes na assistência médica, no atendimento ao parto e na situação de parteiras, obstetriszes e enfermeiras obstétricas.

² Ver: MAGALHÃES, F. *A obstetrícia no Brasil*. Rio de Janeiro, Leite Ribeiro, 1922a; MOTT, M. L. B. *Parto, parteiras e parturientes no século XIX: Mme. Durocher e sua época*. São Paulo, Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 1998; BRANDÃO, N. *Da tesoura ao bisturi: o ofício das parteiras*. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1998.

³ No Rio de Janeiro, em 1876, a legislação municipal obrigava as casas de maternidade já estabelecidas, e as que fossem abertas após essa data, a terem médicos de “reconhecida aptidão”, sob cuja ordem trabalhariam as parteiras nelas empregadas. As parteiras, donas desses estabelecimentos, também deveriam estar sob a direção do médico (Rio de Janeiro). Ver: *Consolidação das Leis de Posturas Municipais*, São Paulo, 1906, p. 461. Em São Paulo, em 1908, as parteiras foram proibidas de receber parturiente ou gestante em sua residência ou em qualquer outro lugar que tivesse caráter de maternidade ou enfermaria. Ver: *Coleção de Leis do Estado de São Paulo*. Lei n. 1134, de 7.10.1978, que regula o exercício das profissões de farmacêutico, dentista e parteira.

⁴ MAGALHÃES, op. cit., 1922a, p. 218.

⁵ LE MASSON, F. S. *Sobre a necessidade de um hospital para ensinar obstetrícia*. Arquivo Nacional, cód. 807, v. 4.

⁶ Na França, vale destacar, a primeira maternidade havia sido criada há pouco mais de trinta anos, em 1794, durante a Revolução Francesa. Ver: DECHAMBRE. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1877 (verbete: “Maternités”).

⁷ AMERICANO, D. M. A. *Memória sobre o estado atual das instituições médicas de França, Prússia e Grã-Bretanha*. Rio de Janeiro, Tip. Nacional, 1845, pp. 183-190.

⁸ SILVA, F. R. *Memória histórica (...) da Faculdade de Medicina da Bahia (1861)*. Bahia, Pogetti, 1862, pp. 31-38.

⁹ Arquivo Nacional, I E3 110, pp. 72-74.

¹⁰ COELHO, E. “Sobre a conveniência de se representar ao poder legislativo pela criação de uma casa de maternidade proposta apresentada na sessão ordinária de 3.8.1886”. *Anais da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*, v. 2, n. 4, p. 388, abr.-jun., 1887.

¹¹ Arquivo Nacional, I E3 110, pp. 72-74.

¹² PASSOS, E. M. “A maternidade de São Paulo na história da obstetrícia paulista”. *Anais da Maternidade São Paulo*, 6, 1960/1961, pp. 16-98.

¹³ COELHO, E. “Fundamentos para criação de um Instituto de Partos no Rio de Janeiro”. *Anais da Academia de Medicina*, pp. 374-379, jan.-mar. 1887.

¹⁴ LIMA, O. R. Assistência à mãe pobre. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 18, n. 2, pp. 46-48, fev. 1924.

¹⁵ BARROS, D. “Assistência à mulher grávida pobre no Rio de Janeiro”. *Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia*, São Paulo, Tip. Brasil Rotschild, 1907, pp. 496-497.

¹⁶ LIMA, A. R. “Contribuição para a organização das Maternidades no Brasil”. *Congresso de Proteção à Infância*, 1, Rio de Janeiro, E. G. Editora, 1925, pp. 201-205.

¹⁷ A partir da década de 1920, verifica-se uma preocupação crescente do Estado com a assistência médica e a assistência à infância e à maternidade. Sobre a organização dos serviços de saúde e de proteção à maternidade e à infância, ver COSTA, N. R. *Lutas urbanas e controle sanitário, origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1985; HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre Saúde Pública e construção do Estado. *Estudos Históricos*, pp. 40-61, 1993; NUNES, E. D. “A medicina social no Brasil”. In: CAMPOS, G. W. S. et alii. *Planejamento sem normas*. São Paulo, Hucitec, 1994, pp. 113-133; GOMES, F. Z. G. *O caráter da intervenção do Estado no grupo materno-infantil da colônia ao milagre brasileiro*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1988;

TYRRELL, M. A. R. *Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem*. Rio de Janeiro, UFRJ, Escola Anna Nery, 1993; OLIVEIRA, I. C. S. *Da mãe substituída à enfermeira pediatra*. Rio de Janeiro, s. c. p., 1999. A bibliografia internacional sobre o tema é vasta. Cito apenas: COVAS, A. *Maternités et droits de femmes en France (XIX^e et XX^e siècles)*. Paris, Anthropos, 1997; LEWIS, J. *The politics of motherhood. Child and Maternal Welfare in England*. Londres, Croom Helm, 1980.

¹⁸ FERREIRA, C. Obras e fatores de preservação e assistência da infância. *Imprensa Médica*, v. 7, n. 15, pp. 117-118, 10 abr. 1907.

¹⁹ WERNECK, H. F. A maternidade de Belo Horizonte. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro*, v. 9, n. 5, p. 22, 1915.

²⁰ Foram fundadas, entre 1898 e 1915, as seguintes faculdades: a do Rio Grande do Sul, a de Minas Gerais, a Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (UNI-RIO), as de São Paulo, Paraná, Pará e Recife. Ver: SARINHO, C. T. *Faculdades de Medicina no Brasil (as dez mais antigas)*. Natal, Nordeste Gráfica, 1989.

²¹ Esta frase teria sido dita na Academia de Medicina de Paris, dada a alta taxa de mortalidade nas maternidades francesas. FONSECA, O. *Revista Sinyatrícia*, v. 5, n. 7, p. 170, julho de 1912.

²² A febre puerperal representou, no século XIX, um forte risco para as mulheres que pariam em hospitais. Até mesmo Florence Nightingale teve de se curvar diante do problema. Na década de 1860, ela abriu um hospital para mulheres em parto, anexo ao St. Thomas, onde iniciou um curso de Enfermagem e Obstétrica. Devido à infecção puerperal, foi obrigada a fechar a ala, encerrando assim a Escola de *Midwives-Nurses*. DONNISON, J. *Midwives and Medical Men*. Londres, Heinemann, 1993, pp. 76-78.

²³ Sobre a transformação dos hospitais, ver: GOUBERT, J. P. *Initiation à une nouvelle histoire de la médecine*. Paris, Ellipses, 1997; ANTUNES, J. L. F. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo, Letras & Letras, 1991.

²⁴ Pituitrina é um medicamento elaborado com “extrato original do lóbulo posterior da glândula pituitária”. Trata-se de um oxitócico que era indicado para “inércia uterina, hemorragia pós-parto, enurése, diabetes insípida”. *Folha Médica*, III, 1^o abr. 1926. É usado no Brasil desde a década de 1910.

²⁵ SANTANA, J. e GONZAGA, L. *Escola de mães, saúde dos filhos*. 2 ed. Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas da Casa Leusinguer, 1931, p. 84.

²⁶ MORAES, A. *Sã maternidade: conselhos e sugestões para as futuras mães*. Rio de Janeiro, Gráfica Sauer, 1929, p. 84.

²⁷ SANTANA e GONZAGA, op. cit., 1931, p. 86.

²⁸ MORAES, op. cit., 1929, p. 90.

²⁹ CIRNE, O. Considerações acerca da proteção e Assistência à Maternidade. *Arquivos da Assistência Hospitalar no Estado de Minas*, v. 1, n. 3-4, p. 249, abr.-jul. 1934.

³⁰ SANTANA e GONZAGA, op. cit., 1931, p. 84.

³¹ BRIQUET, R. A obstetrícia, suas falhas e aspirações. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, p. 172, 1927.

³² BRAGA, E. Da assistência ao parto nas maternidades. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, v. 31, v. 5, p. 291, maio 1937.

³³ SIQUEIRA, C. B. O parto no domicílio e o parto no hospital especializado. *Revista da Maternidade de São Paulo*, v. 1, n. 2, p. 15, 30 set. 1939.

³⁴ MORAES, A. Do exercício da profissão de parteira. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, v. 17, n. 2, p. 46, fev. 1923.

- ³⁵ MAGALHÃES, F. A. Obstetrícia e a ginecologia no Brasil (balanço de um século). *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 16, n. 9, pp. 336-343, set., 1922b.
- ³⁶ Sobre os hospitais e maternidades em São Paulo, ver MAGALHÃES, op. cit., 1922a, pp. 235-256; AZEREDO, L. Os nossos hospitais. São Paulo, *A Noite*, 1948.
- ³⁷ GUIMARÃES FILHO, A. Aspectos sociais da assistência obstétrica. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo* 5 (3), pp. 152-68, agosto 1941.
- ³⁸ Idem, *ibidem*, op. cit., 1941, p. 156.
- ³⁹ No Estado Novo, o Ministério da Educação e Saúde fez um estudo sobre a situação da Infância e da Maternidade no país. Foi então destinada uma verba de 3.200.000\$000 para a construção e instalação de maternidade e postos de saúde, beneficiando trinta cidades. Numa primeira fase, ficariam sob a responsabilidade do governo federal, sendo, depois de prontos, entregues aos governos estaduais, devendo, porém, seguir a orientação do Ministério de Educação e Saúde. Assistência Pública. Assistência à Maternidade. *Brasil-Médico*, v. 44, p. 1008, 28 out. 1939.
- ⁴⁰ A clientela era composta por esposas de operários, auxiliares de comércio, funcionários públicos, militares, pequenos comerciantes e corretores. BRAGA. op. cit., 1937, p. 290.
- ⁴¹ GOFFI, P. Sch. A assistência à parturiente pobre em São Paulo. *Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, v. 8, n. 3, pp. 144-158, mar. 1948. O autor argumenta que a maior natimortalidade nos hospitais talvez possa ser explicada pelo fato de aí serem na maioria atendidos casos distócicos.
- ⁴² Fonte: GOFFI, op. cit., 1948, p. 145.
- ⁴³ Fonte: Idem, *ibidem*, p. 146.
- ⁴⁴ LAUDISIO, M. "Assistência ao parto em domicílio nas zonas urbana e rural – o problema das curiosas". *Anais do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais (1955)*. Rio de Janeiro, s. c. p., 1955, 1 v., p. 500.
- ⁴⁵ BARROS, D. op. cit., 1907, pp. 495-508.
- ⁴⁶ SANTOS, M. J. I. "Assistência obstétrica domiciliar". *Anais do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais (1955)*. Rio de Janeiro, s. c. p., 1955, p. 492.
- ⁴⁷ BARROS, op. cit., 1907, pp. 495-508.
- ⁴⁸ MORPUGO, A. Assistência Obstétrica Domiciliária. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 7, n. 11, pp. 75-80, nov. 1913.
- ⁴⁹ MOTA, O. "Assistência ao trabalho de gestante". *Primeiro Congresso Médico Paulista (1916)*, 3, São Paulo, OESP, 1917, pp. 133-140.
- ⁵⁰ SANTOS, M. "Sobre a proteção e assistência à mulher grávida nas classes pobres no Brasil". *Primeiro Congresso de Proteção à Infância (1922)*. Rio de Janeiro, E. G. Editora, 1925, pp. 309-312.
- ⁵¹ MORAES, A. *Folha Médica*, pp. 189-192, 16 ago. 1927.
- ⁵² Em 1936, o de Engenho Velho não funcionou. FONTENELLE, J. P. A Higiene pré-natal nos Centros de Saúde. *A Folha Médica*, p. 156, 5 maio 1938.
- ⁵³ Fonte: FONTENELLE, op. cit., 1938, p. 156.
- ⁵⁴ Devem ainda ser mencionados o Dr. Abreu e Lima, do Serviço de Higiene Pré-Natal de Pernambuco, e o Dr. Rosa Netto, do Serviço Obstétrico Domiciliar de São Paulo.
- ⁵⁵ CORREIA, C. C. *Puericultura*. Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa e Propaganda, 1950, pp. 381-398.

⁵⁶ SANTOS FILHO, A. "Assistência ao parto em domicílio (a experiência da Bahia)". *Anais do Primeiro Congresso de Hospitais (1955)*. Rio de Janeiro, s. c. p., 1955, 1 v., pp. 449-458. Todas as citações são do referido artigo.

⁵⁷ Fonte: SANTOS FILHO, op. cit., 1955, p. 458.

⁵⁸ SANTOS, M. J. "Assistência Obstétrica Domiciliar". *Anais do Primeiro Congresso de Hospitais (1955)*. Rio de Janeiro, s. c. p., 1955, 1 v., p. 489.

⁵⁹ Depoimento dado à autora pelo Sr. Yvan Nakamae (filho da parteira). São Paulo, 1999.

⁶⁰ Depoimento dado à autora pelo Sr. Iraci Angolo (filho da parteira). São Paulo, 1999.

⁶¹ SANTOS, op. cit., 1955, p. 489.

⁶² Segundo o Dr. Santos, tais cirurgias eram feitas por médicos "ávidos de intervenção obstétrica" ou por aqueles "mais sonolentos, incapazes de suportar vigílias prolongadas". SANTOS, A. G. *Assistência à mulher grávida indigente. Memórias do Primeiro Congresso Médico (1936)*. Santos. Santa Casa de Misericórdia, 1938, p. 293.

⁶³ SANTOS, op. cit., 1938, p. 294.

⁶⁴ Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional da Criança. *Inquérito nas maternidades do Distrito Federal*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1948, p. 43.