

Resumo

O estudo objetivou analisar quatro propostas de assistência obstétrica que coexistiram na cidade do Rio de Janeiro no início dos anos 30 até os anos 50, bem como discutir a inserção das parteiras curiosas, das parteiras diplomadas e das enfermeiras. É de natureza histórico-social, que utiliza-se do documento escrito como fonte primária. A análise apóia-se nos principais conceitos de Pierre Bourdieu. Foi possível com esta pesquisa: evidenciar o Serviço Obstétrico Domiciliar do modelo sanitário; a proposta filantrópica das damas da sociedade; a assistência hospitalar individualizada; e a proposta de assistência obstétrica integrada. O estudo permitiu também compreender o processo de exclusão do feminino não médico do campo obstétrico brasileiro.

Descritores: enfermagem obstétrica; história da enfermagem; obstetria

Abstract

The study aimed at analyzing four proposals of obstetric assistance that co-existed in the city of Rio de Janeiro from the early Thirties to the Fifties, as well as discussing the inclusion of graduated and non-graduated accoucheuses, and nurses. It is of a historical-social nature, making use of the written document as a primary source. The analysis is based Pierre Bourdieu's main concepts. With this research, it was possible to make evident the domiciliary obstetric service of the sanitarian model, the philanthropic proposal of society's ladies, the individualized hospital-based assistance, and the proposal of integrated obstetric assistance. The study also allowed the understanding of the exclusion of non-graduated women from the Brazilian obstetric field.

Descriptors: obstetric nursing; nursing history; obstetrics

Title: Models of assisted deliveries and women's participation

Resumen

El estudio tiene como objetivo el análisis de cuatro propuestas de asistencia obstétrica que coexistieron en Río de Janeiro al inicio de los años treinta hasta los años cincuenta, y también discutir la inserción de las parteras curiosas, de las partes con diploma y de las enfermeras. Es un estudio histórico-social, basado en los documentos escritos como fuente primaria. El análisis se basó en los conceptos desarrollados por Pierre Bourdieu. Fue posible con esta investigación: evidenciar el modelo sanitario del servicio obstétrico domiciliar; la propuesta filantrópica de las señoras de la sociedad; la asistencia hospitalaria individualizada; y la propuesta de asistencia obstétrica integrada. El estudio también permitió entender el proceso de exclusión de lo femenino y de lo no médico del campo obstétrico brasileño.

Descriptores: enfermería obstétrica; historia de la enfermería; obstetricia

Título: Modelos de asistencia al parto y la participación femenina

1 Considerações iniciais

A partir de 1930, aumentou a intervenção do Estado na saúde e a atuação do médico ficou cada vez maior. Seu eficiente capital cultural, somado à utilização de tecnologias, favoreceu-lhe o alcance de melhores posições em detrimento de outros agentes que com ele concorriam. No caso do campo obstétrico, até aproximadamente a década de 50, o predomínio da arte de partejar estava nas mãos das curiosas, e geralmente os partos eram domiciliares, mas os médicos já tinham proclamado o hospital como o local apropriado ao parto normal, que sob a nova ordem científica, não era mais considerado um ato fisiológico da mulher, mas sim um problema médico⁽¹⁾.

Este trabalho objetiva apresentar as propostas de assistência obstétrica coexistentes na cidade do Rio de Janeiro do final da década de 20 até os anos 50 e discutir a inserção das parteiras curiosas, das parteiras diplomadas e das enfermeiras.

2 Referencial teórico metodológico

Este estudo qualitativo é de natureza histórico-social. Os documentos escritos constituíram-se de um artigo do médico obstetra Clóvis Corrêa da Costa, de publicações oficiais da Prefeitura do Distrito Federal - PDF, e de uma ata de reunião da Escola de Enfermeiras Anna Nery - EEAN. A análise destas fontes primárias, exigiu da pesquisadora uma postura crítica e interrogativa frente ao documento, e teve a sustentação teórica dos conceitos: poder simbólico, campo, *habitus*, e capital cultural desenvolvidos por Bourdieu^(2,3).

3 Resultados e discussão

3.1 O serviço obstétrico domiciliar (SOD)

Desde o início da década de 20, com a Reforma Carlos Chagas, surgiu na capital da República o interesse das autoridades sanitárias do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em instituir uma política de assistência ao parto domiciliar. Este modelo de assistência foi construído a partir de

um projeto piloto implementado no Centro de Saúde de Inhaúma em 1927. Esta experiência foi relatada por Arnaldo de Moraes, médico gineco-obstetra inspetor do DNSP⁽⁴⁾.

Segundo este modelo, onde o Estado era provedor da saúde pública, na sede de alguns Centros de Saúde funcionava um dispensário maternal, dirigido por médico, e uma auxiliar (mas poderia ser uma parteira diplomada) fazia o exame pré-natal (não se sabe como) e preenchia uma ficha com os dados da gestante. Na última consulta era feito o prognóstico do tipo de parto (não se sabe por quem): se fosse normal, era dada autorização para uma curiosa realizar o parto no domicílio; caso contrário, a gestante recebia cuidados médicos ou era encaminhada para uma maternidade; se a gestante não tivesse comparecido ao pré-natal, a curiosa estava proibida de realizar o parto. O dispensário maternal ofereceria também assistência pós-natal, através da doação à gestante, pela enfermeira diplomada e quando necessário, do material para o parto e do enxoval para o recém-nascido⁽⁴⁾.

Nesse processo de trabalho o elemento indesejável era a parteira curiosa, a menos provida de capital econômico e cultural. Não sendo possível sua extinção, parteiras diplomadas, médicos e enfermeiras de saúde pública, detentores de maior volume de capital global, se aliaram para controlar e restringir sua prática. Já no início do século XX e segundo o discurso médico brasileiro, a curiosa representava um perigo à moral e à saúde pública. Alegavam que as curiosas necessitavam de supervisão constante, para que não reforçassem na comunidade crenças baseadas na superstição.

O caso das curiosas foi discutido na Conferência de Diretoras de Escolas de Enfermeiras, realizada em novembro de 1943, na EEAN. Para as líderes da enfermagem este problema era de cunho nacional e precisava ser combatido com a intensificação dos cursos de obstetria para enfermeiras diplomadas⁽⁵⁾.

* Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ.
E-mail do autor: jmprogi@uol.com.br

Neste sentido, as enfermeiras de saúde pública procuravam, com base no discurso de sua liderança, que seguia o discurso médico, desenvolver um trabalho de inculcação de novos conhecimentos e novas técnicas, junto a estas agentes, que ocupavam a base da pirâmide hierárquica no campo obstétrico. Também algumas parteiras diplomadas, assim como as enfermeiras, reproduziam o discurso médico em relação às curiosas, proclamando sua superioridade, decorrente do saber obstétrico adquirido nas escolas médicas.

Seguindo este modelo foi que até 1936, criaram-se no Rio de Janeiro, Centros de Saúde com estes serviços obstétricos domiciliares acoplados nos seguintes bairros: Central, Botafogo, Catumbi, Copacabana, Engenho Velho, Engenho Novo, Estrela, Gamboa, Gávea, Laranjeiras, São Cristóvão, Santa Teresa, Triagem, Tiradentes, Vila Isabel e Morro do Pinto.

3.2 A filantropia

Um exemplo do modelo filantrópico foi o da maternidade suburbana, atual maternidade Herculano Pinheiro. Esta instituição foi dirigida por uma associação de senhoras, que em 1930 inaugurou um serviço de ambulatório de parto domiciliar. O SOD deste modelo, também previa, tal qual o modelo sanitária, a atuação de curiosas na realização do parto domiciliar de mulheres pobres do subúrbio. No entanto, apenas três anos após, essa instituição foi extinta e seu patrimônio foi incorporado à PDF, indicando o aumento da intervenção estatal na área da saúde⁽⁶⁾.

3.3 A proposta do médico Fernando Magalhães

Fernando Magalhães, foi um luminar da Obstetrícia, portador de grande capital cultural, foi professor da Universidade do Brasil e deputado federal constituinte do governo Vargas.

A proposta que ele representava, estabelecia que o Estado fosse o provedor da assistência e incentivava a hospitalização de todas as parturientes, com o conseqüente controle médico do corpo da mulher e do campo obstétrico. Para tal, seria preciso construir uma rede de maternidades em pontos diversos da cidade do Rio de Janeiro.

Este modelo, a partir de 1934, foi gradativamente ganhando terreno e tornando-se o vencedor em nosso meio. Esta proposta era politicamente muito forte, pois atendia a interesses de diferentes grupos, dentro e fora do campo obstétrico: ela aumentava a oferta de empregos públicos, não só para médicos, mas também para parteiras, enfermeiras e funcionários de todas as categorias, inclusive pessoal não qualificado; incrementava o volume de obras públicas, do gosto tanto das autoridades governamentais quanto dos donos de empreiteiras de engenharia; aumentava os lucros dos proprietários de hospitais; dava às mulheres o benefício do descanso de alguns dias de suas atividades domésticas; ensinava a prática do clientelismo pelos políticos, mediante o favorecimento na concessão de empregos, vagas para internação, consultas fora da fila, autorização de fornecimento de remédios e exames. Mas acima de tudo, esta proposta vinha ao encontro da política populista de Vargas que, de um lado, incentivava a proteção à maternidade e à infância e, de outro, prometia a construção de leitos hospitalares.

Este modelo, tinha ainda o apoio da igreja católica, que diante dos temores da realização do aborto pelos médicos e parteiras, e de seu objetivo de controlar a sexualidade da mulher, era contrária também à prática liberal desses agentes. A enfermeira, quando defendia o hospital como local de realização do parto, deixava transparecer a ideologia médica/católica que assimilou durante a aquisição e renovação de seu *habitus*.

Na realidade, a enfermeira, além de aliada da Igreja, ao defender que o parto fosse realizado no hospital o fazia também em causa própria, porque este era o local em que ela se encontrava melhor posicionada, embora com menos poderes que o médico, mas com mais poderes que a parteira.

Com efeito, foi grande o aumento do número de maternidades e de leitos maternos na cidade do Rio de Janeiro. Os dados estatísticos evidenciam que o número de leitos obstétricos no Distrito Federal, de 1934 a 1951 aumentou 500% (de 240 para 1.623), sendo que a população feminina de 1940 a 1950 aumentou aproximadamente 37% (de 885.842 para 1.214.661), e a taxa de fecundidade entre as mulheres nos grandes centros diminuiu, embora a do Brasil permanecesse estável⁽⁷⁾.

Por sua vez, em 1937 consta que 1.557 partos normais foram realizados em hospitais da PDF; e em 1947, 5.288 partos normais foram realizados nos mesmos estabelecimentos. Nota-se que num período de dez anos, houve um aumento de aproximadamente 340% do número de partos normais nos hospitais da PDF, o que também significou o aumento do número de partos normais realizados por médicos, os únicos que faziam oficialmente partos nos hospitais⁽⁸⁾.

3.4 A assistência obstétrica integrada: a proposta do médico Clóvis Corrêa da Costa

Clóvis Corrêa da Costa foi um médico obstetra, grande possuidor do que poderíamos denominar capital cultural agregado, pois era consultor técnico da Maternidade Pró-Matre, também professor da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Instituto Hanemanniano e ainda diretor do hospital Arthur Bernardes (Departamento Nacional da Criança/ Ministério da Educação e Saúde), instituições que se constituíram em bases políticas. Em 1936, ele sugeriu um modelo integrado de assistência à maternidade na cidade do Rio de Janeiro, que considerava econômico e eficiente. Consistia em uma rede, espalhada nos diversos bairros da cidade, de consultórios de pré-natal acoplados a consultórios de higiene infantil, ambos articulados com uma maternidade e com um SOD⁽⁹⁾.

Clóvis Corrêa da Costa reclamava da falta de autoridade dos médicos dos consultórios de pré-natal para internar nas maternidades parturientes com complicações:

Desarticulados como se encontram os consultórios, sem ligação com a maternidade, o médico não pode também interná-las [gestantes]. Ficam entregues à própria sorte. O mesmo sucede, quando se verifica a existência de vícios pélvicos, lesões orgânicas graves, apresentações anormais. O médico recomenda o internamento – o parto não pode se processar em domicílio por ser perigoso. Mas o que fazer se o serviço de pré-natal não possui instalação hospitalar e as maternidades existentes não possuem vagas? Valendo-se de relações particulares, em alguns casos o médico consegue internação^(9,11).

No modelo por ele proposto, seria feita a triagem das gestantes (ele não deixa claro qual agente realizaria a triagem), no que diz respeito às condições da realização do parto domiciliar e da necessidade ou não da intervenção do Estado na assistência:

A investigação sobre a acessibilidade e condições materiais das habitações, bem como os recursos econômicos e encargos de família das gestantes, tem por fim distinguir as que estão em condições de dispensar o auxílio do Estado, das que não estão; entre estas, as que podem ser assistidas em domicílio durante o parto, daquelas cuja habitação não permite e devem ser internadas^(9,12).

Assim, as gestantes seriam classificadas em diferentes clientelas: as que podiam arcar com as despesas da assistência, que seriam captadas para o atendimento particular com o médico; as gestantes pobres, com previsão de parto normal, que seriam encaminhadas ao SOD e atendidas pelas parteiras; e as gestantes pobres morando em habitações insalubres ou com partos complicados, que seriam internadas em maternidade pública, sendo atendidas pelo médico e pelo pessoal de enfermagem.

O S.O.D seria centralizado, com uma sede única, dispondo de transporte para as parteiras. Contaria com cem parteiras, cada uma das quais realizaria de dez a quinze partos normais por mês e atenderia à puérpera e ao recém-nascido, até à queda do cordão umbilical. Assim, a previsão era a de que este serviço atendesse cerca de dez mil parturientes anualmente, o que corresponderia a uma importante diminuição dos gastos:

A instalação do SOD trará uma economia enorme, pois a despesa é muito pequena com o material necessário ao parto natural, poupa despesas de dez dias de internação-alimentação, roupa, enfim todo o custo com a enfermagem. Desta maneira a maternidade liberta-se do encargo do grande número de partos normais, fáceis e espontâneos^(9:12).

Como cada atendimento custaria 100\$000, se a parteira acompanhasse 10 partos mensais, produziria 1.000\$; ganhando apenas 500\$000 de salário, daria uma sobra de 500\$000 para o governo municipal. Salientamos que em 1935, numa pesquisa feita em São Paulo, o salário médio recebido por mulheres era somente 62,5% do salário médio dos homens. No Brasil como um todo, em 1938, as mulheres ganhavam somente 47,6% do que ganhavam os homens⁽¹⁰⁾. Em 1940, na capital federal o salário mínimo foi fixado em 240\$000 réis mensais⁽¹¹⁾.

Neste modelo, a maternidade seria de responsabilidade do município, única, central e grande, em detrimento às

maternidades regionais, que só seriam admissíveis em subúrbios considerados longínquos como Santa Cruz, Bangú e Jacarepaguá. Nela seriam assistidas: gestantes de alto risco, com previsão de parto complicado; as parturientes cujo partos complicassem durante a assistência domiciliar; e as gestantes cujos domicílios não oferecessem condições mínimas para a realização do parto.

A economia prevista neste modelo decorria da institucionalização do parto domiciliar, remunerado pelo Estado e não pela família. A legitimação oficial da prática da parteira reduziria o custo do parto em si e evitaria o investimento financeiro para a construção de maternidades regionais. Ao mesmo tempo, favoreceria tanto o controle da população pelo governo quanto o cerceamento da prática da curiosa, que ainda era muito solicitada pela população.

Este modelo foi proposto num contexto onde os hospitais e a tecnologia estavam sendo socialmente valorizados. Ao sugerir a prática domiciliar das parteiras diplomadas, possuidoras de um menor capital cultural, se comparadas com o do médico, sugeriu também que elas seriam afastadas das salas de parto da maternidade e destinadas à periferia, onde provavelmente os médicos não chegariam, e onde as mulheres talvez fossem mais resistentes à medicalização, ou mesmo que tivessem pudor de serem atendidas por homens.

Momentos e modelos	1927-1936	1930-1933	A partir de 1934	A partir de 1940
Locais de Implementação	Centro de Saúde de Inhaúma	Maternidade Suburbana	Rede pública de maternidades	Hospital Arthur Bernardes
Idealizador(es)	Médicos sanitaristas	Damas da sociedade	Fernando Magalhães	Clóvis Corrêa da Costa
Agentes Envolvidos na parturição	Médico e Curiosa	Médico e Curiosa	Médico	Médico e Parteira diplomada
Local do Parto	Domicílio e Maternidade	Domicílio e Maternidade	Maternidade	Domicílio e Maternidade

Quadro 1 - Modelos de Assistência ao Parto e a Participação Feminina Rio de Janeiro (1927-1940).

A análise diacrônica do quadro acima, nos mostra como uma assistência inicialmente centrada no modelo coletivo da saúde pública, passou para um modelo de assistência hospitalar individualizada. No mesmo movimento, a assistência feminina ao parto (domiciliar) cedia espaço para a assistência médica masculina (hospitalar).

4 Considerações finais

Com este estudo foi possível apresentar quatro propostas de assistência obstétrica que coexistiram na cidade do Rio de Janeiro do final da década de 20 até a década de 50.

Com a análise das propostas evidenciou-se que o modelo pautado na saúde pública previa a prática das curiosas, mas sob o controle realizado por agentes com maior capital cultural, no caso, o médico e a enfermeira de saúde pública.

Na proposta de hospitalização do parto não havia a previsão da prática feminina na arte de partejar. A enfermeira nesta proposta seria a gerente das ações de enfermagem sem no entanto, competir com o médico pela realização do parto.

A proposta integrada de assistência obstétrica admitia a parteira diplomada fora das salas de parto dos hospitais e maternidades. Pretendia oficializar o SOD acoplado às instituições hospitalares que reuniria as parteiras sob controle do Estado.

Assim, pode-se compreender mais um viés de como a prática feminina não médica de assistência à parturiente foi excluída da sociedade brasileira durante o processo de medicalização e hospitalização do parto.

Referências

1. Progianti JM. Parteiras, Médicos e Enfermeiras: a disputada arte de Partejar/ Rio de Janeiro (1934/1951) [tese de doutorado em enfermagem]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. 160f.
2. Bourdieu P. O poder simbólico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998. 311p.
3. Bourdieu P. Os três estados do capital cultural. In: Nogueira MA, Catani A, organizadores. Escritos da educação. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998. 251p.p.73-79.
4. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). São Paulo; 2000. (digitado)
5. Escola de Enfermeiras Anna Nery. Atas das Reuniões de Diretoras de Escolas de Enfermagem. Ata sem número. Rio de Janeiro; 1943, nov 20. p.20. (Documento interno).
6. SSA/Suseme. Assistência pública: 80 anos de história. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro. Documentação bibliográfica, registro n. 13147 de 07.05.1987.
7. Prefeitura do Distrito Federal. Secretaria Geral do Interior e Segurança. Anuário Estatístico do Distrito Federal. Rio de Janeiro: 1955.
8. Prefeitura do Distrito Federal. Diretoria de Estatística Municipal. IBGE. Anuário de Estatística do Distrito Federal. Rio de Janeiro, 1939.
9. Costa CC. Assistência Maternal. Revista de Gynecologia e d'Obstetrícia. Rio de Janeiro 1936 abril; 4 (supl): 10-7.
10. Besse KS. Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil (1914-1940). São Paulo: Editora da USP; 1999.200p.
11. Fausto B. História do Brasil. 6ª ed. São Paulo: USP/FDE; 1999. 657p.

Data de Recebimento: 09/07/2003

Data de Aprovação: 24/08/2004