

## MÉDICOS E PARTEIRAS: DISPUTAS E ALIANÇAS NA MEDICALIZAÇÃO DOS PAROS EM TERESINA (1930-1950)

DOCTORS AND PARTNERS: DISPUTES AND ALLIANCES IN THE MEDICALIZATION OF THE PEOPLE IN TERESINA (1930-1950)

MÉDICOS Y PARTEIRAS: DISPUTAS Y ALIANZAS EN LA MEDICALIZACIÓN DE LOS PAROS EN TERESINA (1930-1950)

Lívia Suelen Sousa Moraes Meneses (UESPI)<sup>281</sup>

**Resumo:** Este trabalho aborda as relações entre mulheres e médicos, bem como o impacto das políticas e das instituições de saúde materno-infantil nas práticas femininas relativas ao parto, em Teresina, entre 1930 e 1950. Durante muito tempo, as práticas relacionadas ao parto e à maternagem pertenceram a uma cultura predominantemente feminina, fora do domínio médico/masculino. No Piauí, especialmente em Teresina, interferência médica mais efetiva na gestão da maternidade emerge nas décadas de 1930 e 1940 articulada à emergência de políticas e instituições voltadas à saúde materno-infantil. Contudo, sua interferência foi limitada. A resistência ao saber médico e aos serviços de saúde materno-infantil se manifestam na permanência de práticas tradicionais de cura, de parto e de cuidados infantis. A aproximação entre mulheres e médicos foi mediada inicialmente nos casos de partos complicados. A atuação dos médicos nos partos, em âmbito doméstico, favoreceu a construção e a popularização do nome do médico, bem como auxiliou na formação de uma clientela para o profissional. A elevada taxa de mortalidade infantil funcionou como a justificativa principal na tentativa de consolidação dos conhecimentos médicos modernos, adquiridos nas Faculdades de Medicina. Entre as causas dessa mortalidade eram apontadas tanto a má assistência das parteiras, a falta de conhecimentos necessários sobre os partos e a ignorância das próprias mães. Ainda que a maioria das mulheres continuasse a ser assistida por parteiras leigas, o processo de institucionalização da saúde-pública favoreceu acompanhamento médico durante a gestação e o aparecimento da medicalização dos partos, possibilitando a interferência médica no campo da reprodução. Percebemos ao longo do trabalho que a pesar do progresso no âmbito profissional e institucional, no período estudado, a medicalização do parto e a transferência para o ambiente hospitalar não ocorreram de forma rápida. As conquistas parciais alcançadas pela prática médica institucional foram embasadas no trabalho das mulheres e na incorporação de saberes tradicionais, como demonstra a incorporação das parteiras leigas em espaços institucionais. Além de alvo de políticas de saúde materno infantil, as mulheres ingressam enquanto agentes no campo da saúde pública. Desenvolvem-se alianças e conflitos entre mulheres e médicos no campo da saúde materno-infantil. Utilizam-se enquanto fonte documental produções médicas, dentre elas a *Revista da Associação Piauiense de Medicina*, documentos oficiais, romances, contos, almanaques e jornais que circulavam em Teresina, biografias, memórias e depoimentos de mulheres nascidas nas décadas de 1920 e 1930.

**Palavras-chave:** Médicos. Parteiras. Parto.

**Abstract:** This paper discusses the relationships between women and physicians, as well as the impact of maternal and child health policies and institutions on women's practices in childbirth in Teresina between 1930 and 1950. For a long time, practices related to childbirth and motherhood belonged to a predominantly female culture outside the medical / male domain. In Piauí, especially in Teresina, more effective medical interference in maternity management emerged in the 1930s and 1940s, linked to the emergence of policies and institutions focused on maternal and child health. However, their interference was limited. Resistance to medical knowledge and maternal and child health services is manifested in the persistence of traditional practices of healing, childbirth and child care. The approach between women and doctors was initially mediated in cases of complicated deliveries. The performance of the doctors in the childbirth, in domestic scope, favored the construction and popularization of the doctor's name, as well as helped in the formation of a clientele for the professional. The high infant mortality rate served as the main justification for attempting to consolidate modern medical knowledge acquired in medical schools. Among the causes of this mortality were pointed out both the poor attendance of the midwives, the lack of necessary knowledge about the births and the ignorance of the own mothers. Although the majority of women

<sup>281</sup>Professora Substituta da UESPI, Campus Torquato Neto. Professora Formadora do Curso de Licenciatura Plena em História UFPI/EaD. Mestre em História do Brasil pela Universidade Federal do Piauí. Membro do Grupo de Pesquisa História, Cultura e Gênero (UFPI) e Grupo de Pesquisa História, Cultura e Gênero (UESPI). E-mail: liviasuelen.m@gmail.com.

continued to be assisted by lay midwives, the process of institutionalizing public health favored medical follow-up during pregnancy and the appearance of medicalization of deliveries, allowing medical interference in the field of reproduction. We noticed throughout the study that despite the progress in the professional and institutional scope, during the studied period, the medicalization of childbirth and the transfer to the hospital environment did not happen quickly. The partial achievements of institutional medical practice were based on the work of women and the incorporation of traditional knowledge, as demonstrated by the incorporation of lay midwives into institutional spaces. In addition to targeting maternal and child health policies, women are entering as agents in the field of public health. Alliances and conflicts are developed between women and doctors in the field of maternal and child health. The documentary documentary includes medical productions, among them the Revista da Associação Piauiense de Medicina, official documents, novels, short stories, almanacs and newspapers circulating in Teresina, biographies, memoirs and testimonies of women born in the 1920s and 1930s.

**Key words:** Doctors. Midwives. Childbirth.

**Resumen:** Este trabajo aborda las relaciones entre mujeres y médicos, así como el impacto de las políticas y las instituciones de salud materno-infantil en las prácticas femeninas relativas al parto, en Teresina, entre 1930 y 1950. Durante mucho tiempo, las prácticas relacionadas con el parto, el parto y la maternidad pertenecieron a una cultura predominantemente femenina, fuera del dominio médico / masculino. En Piauí, especialmente en Teresina, interferencia médica más efectiva en la gestión de la maternidad emerge en las décadas de 1930 y 1940 articulada a la emergencia de políticas e instituciones volcadas a la salud materno-infantil. Sin embargo, su interferencia fue limitada. La resistencia al saber médico ya los servicios de salud materno-infantil se manifiestan en la permanencia de prácticas tradicionales de curación, de parto y de cuidados infantiles. El acercamiento entre mujeres y médicos fue mediado inicialmente en los casos de partos complicados. La actuación de los médicos en los partos, en el ámbito doméstico, favoreció la construcción y la popularización del nombre del médico, así como ayudó en la formación de una clientela para el profesional. La elevada tasa de mortalidad infantil funcionó como la justificación principal en el intento de consolidación de los conocimientos médicos modernos, adquiridos en las Facultades de Medicina. Entre las causas de esta mortalidad se señalaban tanto la mala asistencia de las parteras, la falta de conocimientos necesarios sobre los partos y la ignorancia de las propias madres. Aunque la mayoría de las mujeres seguía siendo asistida por parteras laicas, el proceso de institucionalización de la salud pública favoreció el seguimiento médico durante la gestación y la aparición de la medicalización de los partos, posibilitando la interferencia médica en el campo de la reproducción. Se percibe a lo largo del trabajo que a pesar del progreso en el ámbito profesional e institucional, en el período estudiado, la medicalización del parto y la transferencia al ambiente hospitalario no ocurrieron de forma rápida. Las conquistas parciales alcanzadas por la práctica médica institucional se basaron en el trabajo de las mujeres y en la incorporación de saberes tradicionales, como demuestra la incorporación de las parteras laicas en espacios institucionales. Además de blanco de políticas de salud materno infantil, las mujeres ingresan como agentes en el campo de la salud pública. Se desarrollan alianzas y conflictos entre mujeres y médicos en el campo de la salud materno-infantil. Se utilizaron como fuente documental producciones médicas, entre ellas la Revista de la Asociación Piauiense de Medicina, documentos oficiales, novelas, cuentos, almanaques y periódicos que circulaban en Teresina, biografías, memorias y testimonios de mujeres nacidas en las décadas de 1920 y 1930.

**Palabras clave:** Médicos. Parteras. Entrega

Atualmente o acesso aos serviços públicos de saúde materno-infantil, a prática de dar à luz nas maternidades e a frequência aos consultórios de obstetras e ginecologistas fazem parte do cotidiano de grande parte das mulheres, especialmente as que se tornam mães nas cidades brasileiras. Essas práticas, contudo, nem sempre foram habituais às mulheres, uma vez que são históricas. Durante muito tempo, as práticas relacionadas ao parto e à maternagem pertenceram a uma cultura predominantemente feminina, fora do domínio médico/masculino.

Este trabalho pretende historicizar a atuação médica/masculina nas práticas de parto, em âmbito domiciliar e hospitalar, bem como a aproximação entre médicos e parteiras. Para tanto, o texto organizou-se a partir destes três pontos. Consideramos estes lócus de análise como possibilidades de entender o processo de reconhecimento e legitimação do médico na esfera do parto e na gestão do corpo feminino bem como a medicalização dos partos no recorte temporal proposto.

### **Médicos e o parto domiciliar**

No Piauí, especialmente em Teresina, interferência médica mais efetiva na gestão da maternidade emerge nas décadas de 1930 e 1940 articulada à emergência de políticas e instituições voltadas à saúde materno-infantil<sup>282</sup>. Contudo, sua interferência foi limitada. A resistência feminina ao saber médico e aos serviços de saúde materno-infantil se manifestam na permanência de práticas tradicionais de cura, de parto e de cuidados infantis, espaços tradicionalmente femininos.

Uma das maiores causas das resistências centrava-se no pudor feminino.<sup>283</sup> Em decorrência deste traço, a entrada dos médicos no terreno do parto, ia ocorrendo mediante o atendimento de partos complicados, em que o medo da morte venciam o pudor e a vergonha. Dr. José Pires de Oliveira<sup>284</sup>, formado em 1935, na Faculdade de Medicina da Bahia, foi médico generalista por muito tempo em Barras e, posteriormente, obstetra na cidade de Teresina, lembra que

As dificuldades eram grandes, no início. Havia casos complicados para o médico, principalmente do interior do meu Estado. Eu tive oportunidade de ser chamado para assistir a uma parturiente e ouvi do chefe da família o seguinte: ‘Eu chamei o senhor para fazer uma ‘injeção de força’ na minha mulher. Lá dentro do quarto você não entra. Lá, fica apenas a parteira’. Dificuldades desta ordem enfrentávamos com frequência [...] Tal o pudor de algumas parturientes, ou dos seus maridos.(CARVALHO JUNIOR,1989,p.97).

---

<sup>282</sup> No período em estudo foram criados espaços institucionais voltados ao atendimento da saúde materna e infantil, surgindo centros de saúde, maternidades, lactários e postos de puericultura. Estas instituições visavam redefinir práticas relativas à gestação, ao parto, bem como as formas de cuidado infantis então em vigor. CARDOSO, 2010; MORAES, 2014; MARINHO, 2018

<sup>283</sup>Essa reserva com relação ao corpo evidencia impacto do processo civilizador, analisado por Norbert Elias. Segundo o autor, com interiorização da vergonha, dever-se-ia “evitar expor, sem necessidade, as partes às quais a natureza atribuiu pudor. Se a necessidade a compele, isto deveria ser feito com decência e reserva, mesmo que ninguém mais estivesse presente”. (ELIAS, 1994, p.136)

<sup>284</sup> Formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1935. Iniciou sua atividade profissional pela cidade de Barras; foi clínico generalista e obstetra. Mudou-se para Teresina, trabalhou na Maternidade São Vicente de Ver: RAMOS, 2003. p.98.

A partir da memória do médico, é possível acentuar que recorrer ao médico constituía o último recurso. E, mesmo, diante da expectativa de morte da parturiente, seu acesso à cena do parto poderia ser parcial, como ocorreu na situação narrada.

Os médicos passaram a estabelecer a relação entre atendimento médico durante o parto e segurança. Esta associação permitiu que os médicos principiassem o processo de legitimação de sua atividade neste campo, no seio da família, especialmente nos segmentos mais elevados (CARDOSO, 2010. p.439). Na verdade, começava-se a estabelecer a importância do médico no momento do parto e no acompanhamento da gestação.

O sistema de compadrio também favorecia o reconhecimento e a legitimação médica na esfera do parto e na gestão do corpo feminino. Buggy Brito, em suas memórias, relata que, entre as décadas de 1910 e 1940, o médico Manoel Sotero Vaz da Silveira<sup>285</sup> tornou-se conhecido por ter o maior número de afilhados em Teresina dentro do período em que clinicou (BRITO, 1977, p.191). Todos os afilhados decorriam do fato dele ter feito os partos respectivos e não ter recebido honorários.

Um dos caminhos no processo de legitimação, como vemos, era o exercício da benemerência. Atender cordialmente as famílias e auxiliá-las em momento de renovação das gerações possibilitava respaldo e legitimidade social.

Outra possibilidade era produzir a legitimação, na família de origem. Principiar a atuação no campo do parto, atendendo a parentes, como ocorreu com Leônidas Melo, no começo do século XX (MELO, 1976. p.180-184). Em 1921, o médico, retorna ao estado do Piauí, depois de formar-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. À época atendeu uma cunhada, às pressas, após uma intervenção da parteira. No trecho lê-se:

[...] Minha cunhada, por natural acanhamento, comum nas senhoras piauienses, sobretudo a esse tempo, opôs-se a que meu irmão me chamasse. A velha Margarida lhe assegurara que tudo ia bem e o menino nasceria em paz. Mas o tempo passava e o menino não nascia. Foi precisamente à hora em que se realizava o banquete que a velha parteira desanimou e disse ao meu irmão que o menino não podia nascer “porque estava morto”. Otávio correu à minha procura [...]. entrei examinei minha cunhada [...] pratiquei massagens externas. Rapidamente as contrações se tornaram fortes, a criança nasceu. Nasceu bem viva, chorando alto (MELO, 1976, p.180-181).

O sucesso do médico propiciou a assistência a mais duas parturientes. Segundo rememora, no atendimento das parturientes: “[...] Deus ajudou e em ambos também fui feliz” (MELO, 1976, p.181). O relato de Leônidas Melo indica que o sucesso do médico em casos

---

<sup>285</sup> Médico e político. Foi diretor do Departamento Estadual de Saúde Pública e da diretoria da Instrução Pública do Estado. Ver: GONÇALVES, 2003.

complicados favorecia a construção e a popularização do nome do médico, bem como auxiliava na formação de uma clientela para o profissional.

Os médicos generalistas, que eram a maioria, no período em estudo, como afirma o Dr. José Pires de Oliveira<sup>286</sup>, para constituir um campo de atuação tinham “que saber um pouco também de obstetrícia”. Tal saber era ainda mais imprescindível para clinicar no interior do Estado, de tal modo que o “o médico não orientado para a obstetrícia não podia pensar em interior” (CARVALHO JUNIOR, 1989, p.97). Vale ressaltar que os médicos que atuavam no Estado, mesmo generalistas, em geral, eram conhecedores da criação de campos específicos sobre o corpo feminino, a ginecologia e a obstetrícia, ainda no século XIX, nas Faculdades de Medicina (ROHDEN, 2000)

Uma vez que os médicos eram chamados, geralmente, nos casos complicados, era comum o uso do fórceps, quando da intervenção médica. Tratava-se de um recurso em caso de parto laborioso<sup>287</sup>. Segundo o médico José Pires de Oliveira, diante dessas ocasiões, era preciso agir com presteza para evitar o sofrimento que o momento do parto envolvia. Ao rememorar sua prática obstétrica, no final da década de 1930, relata:

Não contávamos com auxiliares, nem medicação adequada, a não ser a corriqueira, que se leva na maleta de urgência, nos chamados rurais [... ] Levava-se, também anticoagulantes. Não tínhamos nem sulfa, nem antibiótico, mas eu conduzia comigo, para emergências, um esterilizador, com fórceps, um baixo e um de alívio (CARVALHO JUNIOR, 1989, p.98)

Dentro do próprio campo da medicina, diante das possibilidades restritas da época, a utilização desse utensílio ajudou a salvar muitas vidas, tanto das mães quanto das crianças. Isto, por sua vez, favoreceu o reconhecimento da intervenção e do saber médico neste campo. Vale lembrar que a possibilidade do médico adentrar a cena do parto estava ligada à associação entre intervenção médica e afastamento do perigo de morte.

Se o uso do fórceps, os cuidados e as relações de compadrio favoreciam o reconhecimento e a legitimação médica, no âmbito do parto, no interior do Estado, a ação médica permanecia limitada, em virtude de condições estruturais. Além do pudor, as dificuldades de acesso às parturientes restringiam a ação médica no parto. Os médicos que se firmaram, a partir da atuação no interior do Estado, conviveram, por exemplo, com dificuldades de acesso às residências das parturientes. Francisco Ferreira Ramos, em *Memorial do Hospital Getúlio*

---

<sup>286</sup>Segundo o Dr. José Pires de Oliveira: “O médico tinha que ser generalista e atender a todos que o procurassem. [...] Tinha que ser clínico, parteiro, oftalmologista, otorrino, de acordo com o doente que apareceu no consultório.” Ver: CARVALHO JUNIOR, 1989, op. cit., p.99.

<sup>287</sup> O parto “laborioso” consistia em situação melindrosa para o médico parteiro, porque exigia manobras obstétricas e certa perícia.

Vargas, ao abordar a trajetória do Dr. João Fortes Siqueira<sup>288</sup> em Piracuruca, em meados dos anos 1930, relata:

Os partos eram feitos nas residências. Muitos no interior do município a alguns quilômetros da cidade. Fazia as viagens ora a pé, ora a cavalo, durante o dia ou à noite, com ou sem chuva. Algumas vezes, diante de partos complicados, ficava dois a três dias na casa da parturiente, dando assistência, e, de lá, já partia para outro caso, na cidade ou em localidades do interior do município [...] (RAMOS, 2003, p.100, p.102)

Os poucos médicos que poderiam oferecer auxílio tinham que vencer várias barreiras no momento da emergência no parto, como a condição financeira da população, a distância, a alta de equipamentos e o tempo que teria que dispor, na tentativa de resguardar a vida da parturiente e da criança. Para legitimar sua participação no ato de partejar, os médicos tinham que demonstrar doação e solidariedade, que, tradicionalmente, envolviam o parto.

José Pires de Oliveira, formado em 1935, relata que ser obstetra à sua época significava total entrega e disponibilidade à profissão. Segundo o médico:

As nossas mulheres tinham de compreender a vida do médico seu marido, porque ele, praticamente, não pertencia só a sua família. Ser mulher de médico era renunciar a muitas atividades sociais, principalmente o obstetra, sem hora para trabalhar. O parto de uma primípara não se faz com rapidez. Às vezes demora 12 a mais horas, sob observação constante (CARVALHO JUNIOR, 1989, p.101).

Assim, à medida que os médicos adentravam o espaço doméstico, mediante as ocorrências de parto, esses esculápios também tentavam legitimar-se no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. Segundo eles, detinham um conhecimento científico, que, por exemplo, as parteiras leigas não tinham.

O ingresso dos médicos nas casas das parturientes através dos casos complicados permitiu o contato entre parteiras e médicos, estabelecendo relações mediadas por parcerias e conflitos. Nesses casos, abriram-se espaços para a circulação de saberes e, evidentemente, para readaptações nos procedimentos de uns e outros. Parteiras e mulheres poderiam observar as técnicas utilizadas pelos médicos, a higiene e o uso dos remédios, bem como os médicos aprenderiam a lidar e se inserir nas redes de solidariedade tradicionalmente femininas.

## **Médicos e o parto hospitalar**

---

<sup>288</sup> Formou-se pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, em 1934. Retornando a Piracuruca, foi um dos fundadores da Associação de Proteção à Maternidade e a Infância que teve como objetivo angariar recursos para construção da Maternidade. Instalada a Maternidade na cidade, foi criado o Clube das Mães. RAMOS, 2003, p.102-103.

A partir de 1930, com a criação de políticas de saúde e instituições médico-hospitalares voltadas para a atenção materno-infantil, em Teresina, valorizou-se a intervenção médica no parto e a transformação deste em uma prática hospitalar. No contexto, se abriram oportunidades de atuações profissionais para os médicos piauienses, generalistas e especialistas, na operacionalização de políticas de saúde pública. Analisaremos a atuação médica em três instituições, a saber, a Santa Casa de Misericórdia<sup>289</sup>, o Hospital Getúlio Vargas<sup>290</sup> e a Maternidade São Vicente.

Apesar do progresso no âmbito profissional e institucional, no período estudado, a medicalização do parto e a transferência para o ambiente hospitalar não ocorreram de forma rápida. No final da década de 1950, atendimento obstétrico, na capital, ainda não acontecia de acordo com ideal almejado pelos médicos da área. Os médicos destacavam a permanência das práticas de parteiras, principalmente entre as mulheres de classes populares ou residentes no interior do Estado, que recorriam ao parto hospitalar apenas em situações agravadas. A assistência médica havia sido incorporada, principalmente nos segmentos mais elevados (CARDOSO, 2010, p. 439). A possibilidade de minimizar os riscos de mortalidade ocorreria, segundo os médicos, através de suas intervenções, mediante aplicação de conhecimento especializado e das inovações científicas no campo da obstetrícia.<sup>291</sup>

Os médicos piauienses posicionam-se a favor da intervenção médica sobre o processo do parto. À medida que tinham contato com as moléstias específicas do corpo feminino e com os partos, os médicos iam adquirindo experiência e produzindo um saber institucional, a partir dos casos que vivenciavam no ambiente hospitalar. Os casos de sucesso médico viabilizavam a confiança e a aceitação da intervenção médica no parto.

Conforme já referido, na década de 1930, a intervenção obstétrica mais comum era o uso do fórceps e as versões por manobras interna, sob anestesia geral ou com éter ou clorofórmio (MARTINS, 2004, p. 192). No contexto, as mortalidades fetal e materna eram elevadas pelas infecções puerperais graves, quando não se contava com medicamentos indicados para tais situações.

---

<sup>289</sup> O atendimento hospitalar até a década de 1940, em Teresina, estava centrado na Santa Casa de Misericórdia. Fundada, em 1849 na cidade de Oeiras, com a denominação Hospital de Caridade, fora transferida para Teresina em 1854. SILVA, 2007.

<sup>290</sup> Inaugurado em 1941, durante a interventoria de Leônidas de Castro Melo. SILVA, 2007.

<sup>291</sup> Ana Paula Vosne Martins afirma que o desde o século XIX, na Europa, multiplicaram-se as publicações médicas sobre a singularidade da fisiologia e da anatomia do corpo feminino, prescreveram-se condutas através da higiene, técnicas de tratamento, instrumentos cirúrgicos, medicamentos, analgésicos e vacinas. Essas discussões faziam-se presentes nas Faculdades de Medicina, no Brasil, no final do século XIX e início do século XX. MARTINS, 2005, p. 650.

As intervenções cirúrgicas foram aos poucos fazendo parte do cotidiano médico, tendo em vista que a maioria dos casos registrados, na assistência hospitalar, tratava-se de casos complicados. Em 1939, José Emílio Falcão Costa, chefe da Clínica Obstétrica da Santa Casa de Misericórdia, demonstra que já havia possibilidade de sucesso nas incursões cirúrgicas em gestantes (COSTA, 1939, p. 115-118). Em artigo publicado na *Revista da Associação Piauiense de Medicina*, o médico relata o caso de sucesso de uma laparotomia<sup>292</sup> realizada no hospital devido à constatação de uma gravidez ectópica<sup>293</sup> abdominal.

O desenvolvimento das gestações anômalas, que ocorriam fora da cavidade uterina, geralmente nas trompas, no colo do útero ou na região abdominal, foi objeto de estudo de muitos esculápios, entre 1930 e 1940, que visavam compreender seu funcionamento e as formas principais de intervenção, com vista a salvaguarda da vida da mulher (COSTA, 1939, p. 115-118; CHAIB, 1943, p. 19-30; VASCONCELOS, 1948, p. 16-23).

O alívio da dor era outra prerrogativa do auxílio médico na realização dos partos com intervenção cirúrgica. Na década de 1940, o dr. Rocha Furtado relata em sessão da Associação Piauiense de Medicina o êxito que vinha tendo com a anestesia Peridural<sup>294</sup>, introduzida pelo dr. Zenon Rocha, largamente empregada na clínica cirúrgica do Hospital Getúlio Vargas (SESSÃO..., 1943, p. 45). Em 1944, o Dr. Gerardo Vasconcelos afirma ser a anestesia peridural a “preferencial” também na sala de cirurgia (SESSÃO..., 1944, p. 50).

O tratamento das infecções puerperais tornou-se alvo da atenção dos médicos, no ambiente hospitalar. A moléstia acometia as mulheres no período do pós-parto e era ocasionada, de acordo com os médicos, pela invasão de microorganismos patogênicos no aparelho genital feminino durante o momento da parturição ou, seja, após o toque feito por parteiras ou atendimento de urgência realizado pelos médicos (CARVALHO, 1943). Em Teresina, com o funcionamento da Clínica Obstétrica no Hospital Getúlio Vargas, uma enfermaria foi dedicada exclusivamente às puérperas infectadas. No espaço, realizavam um ritual obrigatório de esterilização dos materiais utilizados na sala do parto. O método mais frequente era o processo de fervura de luvas e seringas, sendo estes posteriormente lavados e inseridos na cuba para flambar (MAPURUNGA, 2003. p. 20)

Com o parto hospitalar e a atuação médica, hábitos e costumes típicos do modo de atuação das parteiras foram mudados. No parto hospitalar, havia a ausência da família na hora do parto,

---

<sup>292</sup> Laparotomia é o procedimento de retirada do mioma uterino através da abertura cirúrgica da parede abdominal.

<sup>293</sup> Gravidez que se desenvolve fora da cavidade uterina.

<sup>294</sup> A anestesia peridural é um tipo de anestesia que não entra na corrente sanguínea e afeta somente uma parte do corpo, mantendo a pessoa acordada. Disponível em: <http://www.tuasauade.com/anestesia-peridural/> Acessado em: 05/06/2013, 17:42h

bem como a possibilidade de realização de um parto sem dor. Após o parto, a visita da família obedecia às normas institucionais. A parturiente, por sua vez, era tratada como paciente/doente.

### **Estado, parteiras e médicos**

O trabalho das parteiras constituiu uma das bases da institucionalização das políticas de saúde materno-infantil. Simultaneamente, operou-se a desqualificação de seu trabalho e sua inserção no ambiente hospitalar. Institui-se o hospital e a maternidade como lugares legítimos para o parto, mas se manteve o trabalho efetivado pelas parteiras nesses espaços, conforme discorremos a seguir.

A possibilidade de as parteiras se oficializarem no exercício da atividade permanecia muito distante da realidade da maioria das mulheres-parteiras, em Teresina, já que não existiam cursos de parteiras, na cidade, e a maioria não tinha recursos para estudar em outros estados.<sup>295</sup> Contudo, entre os anos de 1920 e 1930, encontram-se nos jornais e almanaques piauienses, anúncios de parteiras diplomadas, bem como a especificação da experiência profissional em maternidades de grandes centros.<sup>296</sup>

Iniciativa para redefinir o trabalho das parteiras ocorreu com a formação de especialistas no campo da saúde pública, as visitadoras sanitárias, que, deveriam, dentre outras funções, levar as parteiras curiosas ao Centro de Saúde, para que pudessem adquirir conhecimentos científicos relativos ao parto. Cabia ao serviço, a fiscalização, a matrícula e a instrução das parteiras leigas, conforme almejava os discursos disciplinadores do código sanitário e de normas dos Centros de Saúde.

No Regulamento do Departamento de Saúde Pública do Piauí, de 1938, estipulava-se que as parteiras e as enfermeiras obstétricas apenas poderiam exercer a profissão no Estado após “registro na seção de fiscalização do exercício profissional do Departamento Nacional de Saúde e na repartição sanitária competente” (BATISTA, 2011, p.112). Estratégia utilizada pelo Estado era a de converter as parteiras curiosas à esfera do discurso sanitário e, quando possível, formá-las e torná-las visitadoras, devidamente autorizadas pelo discurso dominante (BATISTA, 2011, p.111-117).

---

<sup>295</sup> Em relação ao parto, havia a possibilidade, no Rio de Janeiro e na Bahia, desde o século XIX, de proporcionar às parteiras uma formação, segundo os preceitos médicos, mais condizentes com as atividades que elas desenvolviam. (MOTT, 1999, p. 133-160; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002, p. 450)

<sup>296</sup> Em 1927, Maria José dos Santos, parteira diplomada, anunciava seus serviços no jornal *A Imprensa* e em 1938, a parteira Anália Silva Rios, encarregada do *Lactário Suzanne Jacob*, em Parnaíba, oferecia seus serviços em anúncio do *Almanaque da Parnaíba*. Ver: CARDOSO, 2010, p.434.

No Piauí, a iniciativa foi de seguir o modelo Nacional dos Centros de Saúde, considerando que a melhor forma de “combatê-las” era incorporando-as às instituições voltadas para a saúde pública (SILVA, 1939, p. 27-28).

Mesmo as parteiras registradas e as visitadoras sanitárias autorizadas não puderam exercer suas práticas sem restrições. No código sanitário era vedada a prestação assistência fora dos casos de urgência às parturientes que não tivessem atestado médico, prevendo, na medida do possível, parto normal; a prestação de assistência médica a mulheres e crianças fora do período do parto, assim como a realização de intervenção cirúrgica; receber parturientes e gestantes em sua residência ou em estabelecimento sob sua direção; prescrever medicações, salvo em caso de urgência, até que chegasse o médico (BATISTA, 2011, p.113). Os limites da atuação da visitadora e da parteira registrada estavam na necessidade do atendimento médico. Desta forma, o desejo era facilitar também o acesso dos médicos com quem trabalhavam aos lares das parturientes, ou encaminhá-las ao hospital, caso certas intervenções fossem necessárias.

Ao tempo em que a criação do serviço de pré-natal dos Centros de Saúde e Postos de Higiene contribuiu para aproximação entre médicos, visitadoras sanitárias e parteiras, a convivência destes agentes de saúde, nesses espaços, também foi marcada por relações conflituosas. As parteiras passaram a dispor de mais técnicas de intervenção, as quais, quando colocadas em prática, nem sempre iam de acordo com as regras estabelecidas pelo código sanitário (FURTADO, 1939, p. 126).

Investiu-se na desarticulação da relação entre parteira e gestante, para que houvesse espaço para a ação higienista da autoridade sanitária. As parteiras práticas<sup>297</sup> eram acusadas de “charlatanismo” e de “ignorância”. Do ponto de vista médico, as mulheres que partejavam sem deter formação específica, parteiras, “curiosas” ou comadres eram desqualificadas. Segundo o médico Otávio de Freitas<sup>298</sup>:

Sem preparos, sem cultivo científico algum, desconhecendo as mais mezinhas regras anatômicas, às vezes mesmo, completamente analfabetas, as nossas parteiras foram em muitas ocasiões a causa dos mais sérios desastres no momento do parto a termo e antes deste mesmo, quando, por instâncias das interessadas, intervinham provocando abortos criminosamente por meios os mais grosseiros e impertinentes (FREITAS, 1904, p. 102)

Apesar das recomendações, aos seus profissionais, para que mantivessem uma relação colaborativa com as parteiras, na prática, isso nem sempre acontecia (BATISTA, 2011, p. 107-

---

<sup>297</sup> O termo parteira prática refere-se às mulheres que exerciam a arte de partejar sem ter o diploma.

<sup>298</sup> O Dr. Otávio de Freitas foi médico sanitarista, administrador de saúde pública, escritor, jornalista e pesquisador.

118). As ideologias e os valores profissionais de médicos e enfermeiras visitadoras os compeliavam a percebê-las como um grupo que, em certas situações, ao invés de ajudar, atrapalhava o sucesso das medidas sanitárias dirigidas à população materno-infantil.

A criação de instituições hospitalares com prestação de serviços voltados para o atendimento materno-infantil, no Piauí, também possibilitou a criação de um campo profissional para as parteiras, mas sob controle dos médicos. Na Santa Casa de Misericórdia, as pacientes internadas eram assistidas pelas parteiras, deixando o atendimento médico apenas para os casos extremamente complicados.

Quando o Hospital Getúlio Vargas foi inaugurado, em 1941, criou-se um espaço especializado para a assistência das parturientes. Naquele momento, a incipiência da atuação de enfermeiras diplomadas no Piauí teve que ser suprida com os serviços das freiras e das enfermeiras-parteias<sup>299</sup>(NOGUEIRA,1996, p.86).

A tentativa de organização hospitalar assistida pelos conhecimentos de uma enfermeira-diplomada iniciou-se em Teresina a partir do recrutamento de Dagmar Rodrigues de Oliveira junto à Escola de Enfermagem Anna Nery, parceria com o Ministério da Educação e Saúde – Departamento Nacional de Saúde (NOGUEIRA, 1996, p.88; RAMOS, 2003, p.138). Ao assumir o posto de enfermeira-chefe, Dagmar ofereceu treinamento específico, com duração de seis meses, para seis atendentes remanejadas da Santa Casa de Misericórdia e as 30 novatas, antes da inauguração do hospital.

Algumas parteiras do Hospital Getúlio Vargas tiveram a oportunidade de participar desse curso, que incluía a preparação das parteiras. As demais parteiras que trabalharam no hospital aprenderam a arte de partejar por meio da observação das atividades realizadas pelas parteiras mais experientes e da atividade médica (MAPURUNGA, et. al., 2003, p.16).

A atividade das parteiras na Clínica Obstétrica era bem mais frequente do que a dos obstetras. Eram as parteiras, conhecidas no ambiente hospitalar como enfermeiras, que participavam do ritual de preparo e realização dos partos ditos “normais”. D. Maria de Lurdes Alves da Silva, por exemplo, durante os anos de 1940 e 1950, teve dez filhos dos quais dois nasceram em casa e seis no Hospital Getúlio Vargas e dois na Maternidade São Vicente. A entrevistada enfatiza que a presença do médico não era comum na cena do parto, resumia-se a “quando estava em perigo” (SANTOS, M., 2013). No geral, “eram as enfermeiras que iam fazer, se não desse, elas chamavam o médico.” (SANTOS, M., 2013). As parteiras apenas

---

<sup>299</sup> Na época a denominação enfermeira era utilizada para os trabalhadores que prestavam assistência a clientela do hospital. O termo não se refere às enfermeiras diplomadas. Ver: MAPURUNGA, 2003. p.11-12.

tinham autorização e conhecimentos relativos aos partos normais. Quando havia alguma complicação ou houvesse necessidade de intervenção cirúrgica, o médico era chamado.

Ressalta-se que as parteiras encarregavam-se do atendimento dos partos das mulheres pobres. Nesse caos, o médico era chamado quando havia complicação. Os partos de pacientes mais abastadas, atendidas mediante pagamento, eram realizados por médicos (MAPURUNGA, et. al. , 2003, p.17)

Quando inaugurada, a Maternidade São Vicente em 1954, a instituição contava com um total de 37 servidores, todos provenientes da Clínica Obstétrica do Hospital Getúlio Vargas. Dentre esses profissionais, havia sete parteiras (SOUSA, 2005. p.35). No espaço da maternidade<sup>300</sup>, o exercício das parteiras mantinha relação estreita com a atividade das atendentes.

As parturientes que chegavam à maternidade eram atendidas inicialmente pela atendente, que se responsabilizava pela assepsia antes do toque, a tricotomia e a utilização de mercúrio cromo. Apresentava ainda o pré-parto e a sala de parto, onde a parturiente ficava com a parteira até a realização do parto. Em vista do maior número de “partos normais”, a atividade da parteira predominou na maternidade, na década de 1950 (MARTINS, 1961,p. 33)

As parteiras que trabalhavam no espaço hospitalar, no período em estudo, continuavam mantendo prestígio no espaço domiciliar. A respeito do tema, eis depoimento de uma auxiliar de enfermagem da Maternidade São Vicente, concedida a Aldi Sousa:

Quando as pacientes não tinham condições e moravam distantes da Maternidade, a gente ia buscar de ambulância em qualquer lugar de Teresina. Nós íamos preparadas, com material e tudo. Se chegasse na casa e a paciente já estivesse parido ou quando chegasse lá estivesse acabando de parir, a gente terminava o parto e deixava ela lá, tudo direitinho, a não ser que houvesse uma ruptura ou outra complicação[...] Lá, nós fazíamos a medicação, fazíamos o parto e deixávamos a mãe acomodada [...] Sempre avisávamos que qualquer coisa, como febre, fosse nos procurar (SOUSA, 2005. p. 39).

A parteira/enfermeira da Maternidade incorporou conhecimentos médico-científicos e higiênicos, no espaço hospitalar e, ao mesmo tempo, era objeto da confiança das parturientes, que de longa data reconheciam a ação das parteiras no momento do parto.

A formação de um grupo de profissionais femininas em ações específicas de cuidados materno-infantis, incluindo a assistência ao parto hospitalar, denota o princípio de substituição do parto domiciliar pelo hospitalar e, ao mesmo tempo, de substituição da assistência

---

<sup>300</sup>A Maternidade São Vicente estruturava-se com 110 leitos, uma enfermaria de gestantes, duas de puérperas normais, uma de puérpera infectada, uma enfermaria de operadas, uma pequena enfermaria para gravidez de alto risco, uma para eclampsia, uma sala de cirurgia, três salas de parto, dez apartamentos para pensionistas e um berçário. MARTINS; PAZ, 2003. p. 129.

tradicionalmente prestada pela parteira “curiosa”, por parteiras detentoras de conhecimento científico e médicos. No Piauí, observamos que, no período em estudo, as ações que visavam à institucionalização e medicalização do parto, principalmente na capital do Estado, estavam embasadas no trabalho das mulheres. Algumas parteiras migraram para o ambiente hospitalar e outras que não ingressaram eram constantemente “convidadas” pelas visitadoras sanitárias para receber novas instruções de parto, mediadas pelo saber médico. O Estado não prescindiu do saber das parteiras. Uma das formas de institucionalizar as parteiras consistiu em incorporar e ressignificar suas práticas tradicionais.

### Referências

CARVALHO, J. Coriolano de. *Trinta casos de infecções puerperais*. (Trabalho discutido e apresentado na 11 Semana Paulista-Carioca de Ginecologia e Obstetrícia) Rio de Janeiro, 1943.

CHAIB, Salomão A. Prenhez tubária Rota. *Revista da Associação Piauiense de Medicina*, Teresina, n. 6, p. 19-30, jun., 1943.

COSTA, Emilio. Um caso de prenhez abdominal, com feto vivo, no 9º mês de gestação. Teresina: *Revista da Associação Piauiense de Medicina*, n.2, p. 115-118, dez., 1939.

FREITAS, Otávio de. *Nossos médicos e a nossa medicina*. Recife, 1904.

FURTADO, Rocha. Administração intempestiva de um ocitócito e conseqüente ruptura uterina, histerectomia, peritone, morte. *Revista da Associação Piauiense de Medicina*, Teresina, n.2, p. 126, dez., 1939.

MARTINS, Ursulino; PAZ, Renato. Mortalidade Infantil no Piauí: Influência da má assistência obstétrica. *Revista na Associação Piauiense de Medicina*, n.20, p. 27-28, 1961.

SANTOS, Maria de Lurdes Alves dos. *Depoimento concedido a Livia Suelen Sousa Moraes*. Teresina, 2013.

SESSÃO de 12 de maio de 1944. *Revista da Associação Piauiense de Medicina*, Teresina, n.8, p. 50, dez., 1944.

SESSÃO de 9 de janeiro de 1942. *Revista da Associação Piauiense de Medicina*, n. 6, p. 45, junho, 1943.

SILVA, Candido. Centro de Saúde de Teresina *Revista da Associação Piauiense de Medicina*, Teresina, n.1, p. 27-28, ago., 1939

VASCONCELOS, Gerardo. Prenhez Tubária Rôta – Prenhez Tópica – Superfecundação e Superfetação. *Revista na Associação Piauiense de Medicina*, Teresina, n.10, p.16-23, 1948.

BATISTA, José Wilson Campos. História da Anestesiologia. In: SANTOS JUNIOR, Luiz Airton (Org.). *História da medicina no Piauí*. Teresina: Ed. Academia de Medicina do Piauí; 2003.

BATISTA, Sorailk Lopes. *Saneamento, educação e instrução: a configuração do campo da saúde pública no Piauí*. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em História do Brasil), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

BRITO, Antonio Bugyja. *Narrativas autobiográficas*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1977. v. 1.p.191.

CARDOSO, Elizangela Barbosa. *Identidades de gênero, amor e casamento em Teresina (1920-1960)*. 2010. Tese (Programa de Pós-Graduação em História), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

CARVALHO JUNIOR, Dagoberto Ferreira de. *A obstetrícia no Piauí: subsídios para sua história*. Recife: Ed. Apipucos, 1989.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Zahar, 2ª ed., 1994.

GONÇALVES, Wilson Carvalho. *Dicionário enciclopédico Piauiense Ilustrado 1549 – 2003*. Teresina, 2003.

MAPURUNGA, Glaucia A. et. al. *A arte de partejar no Hospital Getúlio Vargas: um olhar das parteiras tradicionais (Teresina – 1941/1954)*. Monografia (Departamento de Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2003.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. “*Manter sã a criança sã*”: as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945. Jundiá: Paco Editorial, 2018.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 650, set.-dez., 2005

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora FioCRuz, 2004.

MELO, Leônidas de Castro. *Trechos do meu caminho: ‘memórias’ à feição de autobiografia*. Teresina: COMEPI: 1976.

MORAES, Livia Suelen Sousa. *Saúde materno-infantil, mulheres e médicos em Teresina (1930-1950)*. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2014.

MOTT, Maria Lucia de Barros. O curso de partos: deve ou não haver parteiras?. *Cadernos de Pesquisa*, n. 108, nov., 1999.

NOGUEIRA, Lydia Tolstenko. *A trajetória da enfermagem moderna no Piauí: 1937-1977*. Tese (Doutorado em Enfermagem), Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

PAZ, Renato. História da Maternidade São Vicente. In: SANTOS JUNIOR, Luiz Airton (Org.). *História da medicina no Piauí*. Teresina: Ed. Academia de Medicina do Piauí; 2003.

**Humana Res**, v. 1, n. 1, 2019, p. 212 - 226. ISSN:

RAMOS, Francisco Ferreira. *Memorial do Hospital Getúlio Vargas: contexto histórico-político-econômico-sócio-cultural 1500 – 2000*. Teresina: Gráfica do povo, 2003.

RIESCO, Maria Luiza; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. *Estudos Feministas*, ano 10, p. 449-459, 2. sem., 2002.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*. Tese de doutorado em Antropologia, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ, 2000.

SILVA, Iêda Moura da Silva. *Tempos de epidemias: a medicalização da sociedade teresinense nas primeiras décadas do Regime Republicano*. Monografia. Teresina, 2007.

SOUSA, Aldi Lima de. *A história da enfermagem obstétrica na Maternidade São Vicente (1954 a 1976)*. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2005.