

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da
Saúde**

TÂNIA MARIA DE ALMEIDA SILVA

**CURIOSAS, OBSTETRIZES, ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS:
A PRESENÇA DAS PARTEIRAS NA SAÚDE PÚBLICA
BRASILEIRA
[1930-1972]**

**Rio de Janeiro
2010**

TÂNIA MARIA DE ALMEIDA SILVA

CURIOSAS, OBSTETRIZES, ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: A
PRESENÇA DAS PARTEIRAS NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

[1930-1972]

Tese de Doutorado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em História
das Ciências e da Saúde da Casa de
Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito
parcial para obtenção do Grau de
Doutor. Área de Concentração:
História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira

Rio de Janeiro
2010

Ficha catalográfica

S586 Silva, Tânia Maria de Almeida .
.. Curiosas, obstetrizes, enfermeiras obstétricas: a presença das
parteiros na saúde pública brasileira: 1930-1972 / Tânia Maria
de Almeida Silva .- Rio de Janeiro : s.n., 2010.
259 f .

Tese (Doutorado em História das Ciências e da
Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz,
2010.
Bibliografia: f. 232-255.

1. Enfermagem Obstétrica 2. Parteira leiga. 3. História. 4.
Saúde Pública 5. Brasil

CDD 618.2

TÂNIA MARIA DE ALMEIDA SILVA

CURIOSAS, OBSTETRIZES, ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: A PRESENÇA DAS PARTEIRAS NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA [1930-1972]

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Rita de Cássia Marques
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.^a. Dr.^a. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a. Ana Teresa Venâncio
Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof.^a. Dr.^a. Cristina Maria Oliveira Fonseca
Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof.Dr. Luiz Otávio Ferreira – Orientador-
Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof.^a. Dr.^a. Tânia Salgado Pimenta – 1^a suplente
Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof.^a.Dr.^a. Maria Martha de Luna Freire- 2^a suplente
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro
2010

Ao meu filho Gabriel, que não me deixa esquecer o refrão “ há um menino, há um moleque, morando sempre no meu coração, cada vez que o adulto fraqueja ele vem prá me dar a mão”. À todas as crianças que estiveram presentes nessa trajetória e que, junto com o Gabriel, tornaram essa jornada bem mais alegre e criativa, crescendo junto com esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos leitores, que, como eu, adoram ler essa parte que inicia, e ao mesmo tempo finaliza todos os trabalhos dessa ordem, vai aqui uma advertência: a lista é grande. Nesse espaço se reflete um pouco dessa trajetória espaço-temporal que envolveu tantas pessoas e muitas situações, algumas vezes, bastante inesperadas.

Agradeço ao meu pai, José, ilustre e letrado pela vida e experiência, o seu exemplo cotidiano de força, sabedoria, flexibilidade, liberdade e solidariedade foi sempre uma inspiração e à minha mãe, Avani, pela dedicação em imprimir aos filhos os valores da cultura e da educação. Ao meu amado filho, Gabriel, sou grata pelo seu companheirismo e impecabilidade diante de situações que colocaram à prova, tão precocemente, o seu equilíbrio emocional.

À Luiz Otávio Ferreira - atencioso e competente orientador - pelo heroísmo de partilhar comigo dessa longa e complexa jornada.

À Dona Zezé e Dona Chiquinha (*em memória*), parteiras muito curiosas que me inspiraram, anonimamente, a iniciar esse trabalho.

Às acolhedoras e mágicas amigas “mães do Colégio Ágora” que cuidaram carinhosamente da minha vida e do meu filho durante todo o tempo em que estive no limiar da sobrevivência física: Sônia Folly, Mônica Lobo, Vera Aragon, Márcia Sitônio, Soraia Junger, Camila, Dorotéia Caziuk, Adriana Dias, Marta Bueno, e Margareth Garcia, amiga de longa trajetória.

Ao Sérgio pela solidariedade nos revezes desse caminho.

Aos meus irmãos de adoção mútua Sheila Carmanhanes e Zé Luiz Lagares pelo apoio incondicional, carinho, afeto e disponibilidade sempre

Às equipes do Dr. Paulo Marcos Nunes, numa primeira fase, e Dr. André Braune, na segunda fase, e com muito carinho à Dr^a Viviane Amaral pelo profissionalismo ético, competente e afetivo

Agradeço à João Tavares, querido amigo, acompanhante atento e ativo, terapeuta dos psicodramas da nossa existência.

Aos queridos instrutores e “respiradores” da “Arte de Viver”, com quem muito tenho aprendido.....Jai Gurudev

À Emília, que com solidariedade e competência foi durante cinco anos dedicada a cuidar não somente da casa, estendeu esse cuidado a todos nós.

Aos colegas docentes do Departamento Materno-infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro pelo apoio nos momentos mais difíceis dessa trajetória. Agradeço também aos alunos, com quem compartilho momentos de conhecimento absolutamente enriquecedores, alguns dos quais estendemos os nossos vínculos pelos caminhos mais estreitos da amizade, como Ricardo e Halyne.

Às companheiras e amigas de longa data da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - nós que ainda temos sonhos e utopias, que não deixamos a “peteca cair”, que trabalhamos pela melhoria da qualidade dos serviços prestados à população através das políticas públicas em saúde. Um brinde à nossa força!

À Coordenação e aos Professores do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde tenho imensa gratidão por todas as oportunidades de vivenciar conhecimento, carinho, compreensão, competência, disponibilidade. Todos contribuíram de maneira ímpar para a viabilidade desse trabalho. Entretanto, não posso me furtar de fazer um agradecimento muito especial à Prof^a Lorelay Cury, por ter me dito, de maneira absolutamente acolhedora, num momento em que eu vivenciava a mais absoluta fragilidade: “nós acreditamos em você, sei que vai conseguir, fique tranquila”.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação pelas contribuições à fase inicial desse trabalho e pela agradável convivência no período em que cursamos as disciplinas.

Ao corpo técnico do Departamento de Arquivo e Documentação e da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz pela competência, envolvimento e receptividade no atendimento às demandas relacionadas à essa pesquisa.

À pesquisadora Maria Lúcia Mott, pela generosidade com que disponibilizou textos preciosos sobre a historiografia das mulheres e das parteiras, bem como pelas ocasiões em que tivemos a oportunidade de debater questões importantes sobre o tema da pesquisa.

À pesquisadora Moema Guedes, pelo inestimável auxílio e atenção no trabalho com o banco de dados utilizado na composição de uma parte desse trabalho.

À minha irmã, Thais, que muito prestimosamente elaborou a primeira versão do banco de dados das parteiras sindicalizadas

Em Portugal, onde parte desse trabalho foi realizado, vivi por seis meses uma vida de cem anos, pela intensidade do trabalho e oportunidades de aprendizado e vivência, sou imensamente agradecida à Prof^a Laurinda Abreu pela acolhida, apoio e orientações preciosas durante minha estadia na Universidade de Évora.

Na Universidade de Évora contei ainda com o apoio inestimável e a acolhida de funcionários dedicados, no qual o auxílio, em muitas ocasiões, transpassaram a área profissional e interferiram positivamente na minha vida pessoal: Noélia, Adélia, Marta, António, entre outros.

Agradeço especialmente à Prof^a Marinha Carneiro, da Universidade do Porto, autora de referência na historiografia portuguesa sobre as parteiras, pela sua atenção, receptividade e importantes contribuições à pesquisa, na ocasião em que nos encontramos.

Aos amigos maravilhosos que fizeram com que, de Évora à Chaves, passando pelo Porto; Portugal fosse a nossa casa, nos proporcionando uma sensação de pertencimento e aconchego: Liliane, Lílian e Victor, Arianna, Sheila, Fátima, Helena, Isabel, Soraia, Domingos, Cristina e Armando, Pe. João, Lúcia, Ana, Clara, Cassilda, dentre muitos outros.

À Escola André de Resende, em Évora, e sua equipe de funcionários e professores, que acolheram e ofereceram ao meu filho um ambiente educacional estimulante e seguro, onde fizemos amigos, presentes até hoje, especialmente à Prof^a Maria Helena Barreto.

Às bibliotecárias Paula e Manuela do Instituto Nacional de Estatística de Portugal – Delegação de Évora – pelo valioso auxílio na pesquisa de fontes e pela amizade constituída com esse trabalho.

Finalizo os meus agradecimentos às instituições e seus representantes, sem os quais essa pesquisa não seria possível de ser implementada: agradeço à CAPES pela bolsa PDEE, que permitiu o desenvolvimento de estudos e pesquisas na Universidade de Évora – Portugal -; ao Programa de Capacitação Docente (PROCAD), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, à Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, pelo imenso privilégio de ter sido recebida e acolhida no Programa de Pós-Graduação

desse conceituado Centro de Ensino e Pesquisa. Um agradecimento especial à ABENFO-RJ- Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstétricos do Rio de Janeiro- na representação dos Profs. Valdecyr Herdy Alves; Bianca Dargam e Maysa Ludovice- que com generosidade e espírito científico abriram as portas da Associação, indicando e viabilizando a consulta aos arquivos inéditos do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro.

*O brilho da ciência, a sua magia, não
diminuirá, se uma Teoria Final não existir.*

Marcelo Gleiser, em *Criação Imperfeita*

JAI GURUDEV

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	13
LISTA DE TABELAS	15
LISTA DE ANEXOS	16
RESUMO	17
ABSTRACT	18
RESUMEN	19
INTRODUÇÃO	20
1.ESCOLARIZAÇÃO PROFISSIONAL DE PARTEIRAS EM CONTEXTO INTERNACIONAL: OS EXEMPLOS DA FRANÇA, INGLATERRA, CHILE E PORTUGAL	28
1.1. França: o sucesso das <i>sages-femmes</i>	35
1.2. Inglaterra: o nascimento da <i>Midwife</i>	44
1.3. Chile: a promoção da condição feminina na moderna profissão de Matrona	55
1.4. Portugal: a parteira transformada em enfermeira	65
2. FORMAÇÃO, TRABALHO E ATIVIDADE SOCIAL: AS PARTEIRAS DIPLOMADAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	81
2.1. Sou, com, licença da má palavra, parteira: instituição e estratégias de formação de parteiras no Brasil.....	82
2.2 O sistema de Saúde Pública: um lugar apropriado para as parteiras diplomadas?.....	101
2.3. O pequeno coletivo feminino: perfil das parteiras diplomadas sindicalizadas do Rio de Janeiro	122
3. PROFISSIONALIZAÇÃO SANITÁRIA E TREINAMENTO HIGIÊNICO: O LUGAR DAS PARTEIRAS POPULARES EM MEIO AO CONTINGENTE FEMININO EDUCADO PARA A SAÚDE PÚBLICA	141
3.1. A educação das mulheres, o sanitarismo e a criação de novas profissões femininas	144
3.2. A adesão contida das mulheres à profissão sanitária	157

3.3. Visitadoras sanitárias e auxiliares hospitalares: agentes para a assistência materno-infantil no Serviço Especial de Saúde Pública (<i>SESP</i>).....	161
3.4. A higienização das parteiras “curiosas” nos projetos sanitários do SESP	201

CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
-----------------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA	232
---------------------------	------------

FONTES PRIMÁRIAS	232
------------------------	-----

FONTES SECUNDÁRIAS	241
--------------------------	-----

ANEXOS	256
---------------------	------------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ficha de Inscrição ao Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro	124
Figura 2	Filiações ao sindicato por ano	128
Figura 3	Distribuição das parteiras filiadas ao sindicato segundo o tipo de local de trabalho	134
Figura 4	Distribuição das parteiras sindicalizadas segundo o tempo de exercício da profissão	135
Figura 5	Distribuição das parteiras filiadas ao sindicato segundo a idade que tinham ao se formar	136
Figura 6	Distribuição das parteiras segundo a idade que tinham ao se filiarem ao sindicato	137
Figura 7	Distribuição das parteiras sindicalizadas segundo estado civil	138
Figura 8	Distribuição das parteiras sindicalizadas segundo a idade em que se filiou e por estado civil	139
Figura 9	Boletim do SESP	166
Figura 10	Visitadoras Sanitárias do Sesp - 1945 - Santarém	170
Figura 11	Candidata ao curso de visitadoras do SESP - 1944/1947	171
Figura 12	Curso de Visitadora Sanitária em Colatina Espírito Santo	174
Figura 13	Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47.	181
Figura 14	Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47	181
Figura 15	Relatório do Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47	183
Figura 16	Mapa. Curso para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. 1943/46”	185
Figura 17	“As alunas vestem o uniforme da escola” Curso para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA - 1943/46. “	186
Figura 18	“Na maternidade” Curso Para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. 1943/46.	194
Figura 19	“No Berçário”. Curso Para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. 1943/46.	194
Figura 20	“Banhando o recém-nascido” Curso Para Auxiliares Hospitalares – Belém, 1943/46.	195
Figura 21	<i>A “visitadora” and a student demonstrate to the inexperienced mother how to properly bath her baby</i> Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. ”	195

Figura 22	<i>“The “visitadora” teaches the mother how to make an inexpensive bed and how to use a mosquito net”</i> Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA,1944-/47.	196
Figura 23	“Recordações do Projeto” Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47.	197
Figura 24	Foto 1 - Relatório fotográfico do Curso de Visitador Sanitário - Curitiba, Paraná.	198
Figura 25	Fotos 25 – Técnica do curativo umbilical. Relatório fotográfico do Curso de Visitador Sanitário, Curitiba, Paraná.	199
Figura 26	Técnica de pesagem do recém-nascido.Relatório fotográfico do Curso de Visitador Sanitário realizado em Curitiba, Paraná.	200
Figura 27	Grupo de parteiras curiosas com as visitadoras e o médico. Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA.,1944-/47.	218
Figura 28	Demonstração às parteiras. Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47.	219
Figura 29	Parteiras com a bolsa de trabalho Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. “Recordações do Projeto”	220
Figura 30	Parteiras com a bolsa de trabalho Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47.	221
Figura 31	Aula às Curiosas do Paraná. Projeto N° SL-FSP-35: Distritos Sanitários da Fronteira Sudoeste do Paraná	222
Figura 32	Aula Prática para curiosas da U.S Pato Branco Projeto N° SL-FSP-35: Distritos Sanitários da Fronteira Sudoeste do Paraná	223
Figura 33	Curiosas que frequntaram o curso na U.S. de Pato Branco Projeto N° SL-FSP-35:	224

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Orgãos de Regulação Profissional de <i>Midwives</i>	50
Tabela 2	Formação de Parteiras na Inglaterra	53
Tabela 3	Nascimento em Portugal na segunda metade do século XX. Local dos nascimentos	79
Tabela 4	Nascimento em Portugal na segunda metade do século XX. Tipo de assistência ao parto domiciliar	79
Tabela 5	Quadro da sindicalização feminina entre 1953 e 1965 elencados na categoria de “sindicatos das profissões liberais”	126
Tabela 6	Ano de obtenção do diploma de parteira	130
Tabela 7	Distribuição das parteiras sindicalizadas segundo a instituição de formação	131
Tabela 8	Regulamento da Residência	187
Tabela 9	Quadro do número de curiosas nas áreas dos programas sanitários do SESP em 1951	214
Tabela 10	Quadro de modalidade de assistência ao nascimento nas áreas dos programas sanitários do SESP em 1951	214
Tabela 11	Quadro dos agentes prestadores de assistência ao nascimento nas áreas dos programas sanitários do SESP em 1951	215

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Carta de Registro do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro	256
Anexo 2	Carta de Registro do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro na Academia Nacional de Medicina	257
Anexo 3	Certificado de participação em atividade social	258
Anexo 4	Diploma de Participação no 1º Congresso Brasileiro de Profissionais Liberais em 1965	259

RESUMO

A profissionalização do trabalho das parteiras foi um movimento de abrangência internacional. Desenvolvido em maior escala no decorrer do século XIX, a escolarização de parteiras esteve relacionada à consolidação da medicina científica e de reformas sociais voltadas para a saúde e bem-estar da população, com atenção especial para o grupo materno-infantil. No Brasil, a partir dos anos 1920, à medida que a propagação do sanitarismo e a institucionalização da saúde pública ganhavam espaço nos projetos de reformas sociais, podemos observar a emergência de novas profissões sanitárias femininas e o início de uma crise na formação e identidade profissional do grupo das parteiras diplomadas, desde 1832, através das Faculdades de Medicina. Ao mesmo tempo, o treinamento higiênico e as medidas de controle da atuação das parteiras sem certificação, *as curiosas*, foram assumidas, a partir dos anos 1930, como prioridade pelas autoridades sanitárias. O processo de formação ou treinamento, o modo como os dois grupos de parteiras esteve incluído institucionalmente nas políticas de saúde pública deste período e as suas interações com os novos grupos de profissionais sanitárias femininas se constituíram na abordagem central desse estudo. A consolidação da enfermagem como uma profissão sanitária importante e especializada contribuiu para o encerramento da formação das obstetrias no início dos anos 1970, ao passo que as parteiras *curiosas* permaneciam nos projetos de controle e treinamento dos órgãos sanitários.

ABSTRACT

The professionalization of midwives was a movement of international scope. Developed on a larger scale during the nineteenth century, the education of midwives was related to the consolidation of scientific medicine and social reforms aimed at health and welfare of the population, with special attention to maternal and child health. In Brazil, from 1920, to the extent that the spread of the sanitarianism and the institutionalization of public health took the space in projects of social reform, we can observe the emergence of new women's health professions and the beginning of a crisis in training and professional identity of the group of midwives, who graduated from 1832 through the Faculties of Medicine. At the same time, training public health actions and measures to control the performance of midwifery without certification, the curious, have assumed, from the 1930s, as a priority by health authorities. The process of education or training, how the two groups of midwives was institutionally included in public health policies of this period and their interrelationships with the new groups of female health professionals were formed in the central approach of this study. The consolidation of the nursing as an important and specialized health profession contributed to the closure of the training of midwives in the early 1970s, while popular midwives remained in control projects and training of health authorities.

RESUMEN

La profesionalización de las parteras fue un movimiento de alcance internacional. Desarrollado a mayor escala durante el siglo XIX, la educación de las parteras se relacionó con la consolidación de la medicina científica y las reformas sociales destinadas a la salud y el bienestar de la población, con especial atención a la salud materna e infantil. En Brasil, desde 1920, en la medida en que la difusión del sistema de salud y la institucionalización de la salud pública tuvo espacio en los proyectos de reforma social, se puede observar el surgimiento de nuevas profesiones sanitarias femeninas y el inicio de una crisis en la formación y la identidad profesional del grupo de las matronas, que se graduó desde 1832, a través de la Facultades de Medicina. Al mismo tiempo, el control sanitario y medidas para controlar el desempeño de las parteras sin certificación, las curiosas, fueron asumidas, desde la década de 1930, como una prioridad por las autoridades sanitarias. El proceso de educación o formación, así como la manera como los dos grupos de parteras se incluyó institucionalmente en las políticas de salud pública de este período y su interrelación con los nuevos grupos de mujeres profesionales de la salud fue el principal enfoque en este estudio. La consolidación de la enfermería como una profesión sanitaria importante y especializada fue crucial para la terminación de la capacitación de las parteras en la década de 1970, mientras que las parteras curiosas permanecían en proyectos de control y capacitación de las autoridades sanitarias.

INTRODUÇÃO

Quando nasci, no início dos anos 1960, no antigo Estado da Guanabara, a cidade do Rio de Janeiro contava com um número razoável de maternidades, de modo que nascer em ambiente hospitalar, como foi o meu caso, não era mais um evento de excessão. Entretanto, passado alguns anos, meus pais mudaram-se para o interior do Estado e assim passamos a morar, por algum tempo, numa área rural. É a partir desse período que aparece na minha memória a personagem que nortearia o tema central dessa pesquisa: *a parteira*.

“Sou, com licença da má palavra, parteira”. Era deste modo que, ao final da década de 1960, Dona Zezé, parteira pernambucana que assistiu a minha mãe e às outras mulheres da área rural em que passamos a morar, respondia aos que perguntavam sobre o seu trabalho. Naquela época, com cinco ou seis anos de idade, lembro de ficar intrigada e curiosa ao ouvir Dona Zezé falar desse modo, pedindo licença pelo uso do termo “parteira”, ao explicar o seu trabalho. Com uma vaga idéia de que o termo ‘parteira’ estava relacionado ao nascimento dos bebês, porém compreendendo que os adultos, ao pedirem ‘licença pela má palavra’, iriam falar alguma impropriedade, levei alguns anos procurando pistas para compreender porque a atividade de ‘parteira’ foi definida por Dona Zezé desta maneira.

Muitos ainda se perguntam, nos dias atuais, o que é e para que serve uma parteira, se já temos hospitais e médicos especializados. Podemos ver essa questão em pauta num interessante artigo da jornalista Maria Lúcia Dahl, publicado no Jornal do Brasil de 31 de dezembro de 2004, e que traz o relato do nascimento do seu neto. A jornalista relata toda a tensão que envolve a família quando descobrem que a sua filha havia optado pelo parto domiciliar com a assistência de uma “parteira” diplomada como enfermeira especializada. Dentre as questões discutidas pelos envolvidos, surge a pergunta sobre a presença da parteira: “Mas isso se usa agora?”. (“O abençoado parto natural em clima de natal”. Jornal do Brasil, dezembro de 2004, p. B2)

Numa situação repleta de expectativas e representações, como é o nascimento, como teria se perdido no Brasil, principalmente no meio urbano esse conceito de que quem assiste o parto é a parteira? Essa questão se tornava ainda mais instigante ao tomar conhecimento de que em outras sociedades, em culturas diferenciadas de países modernos, com culturas científicas desenvolvidas com base em tecnologias avançadas, o nascimento era um evento que podia ser domiciliar ou hospitalar e a parteira era a principal assistente do parto normal.

Foi a partir do ano de 2004, alguns anos após a conclusão do curso de mestrado, cujo trabalho de pesquisa tinha relação com a temática do nascimento em perspectiva histórica, logo após o meu envolvimento na organização ou discussão de eventos¹, nos quais a questão da reinserção das parteiras no cenário do nascimento era a temática central dos debates, que começou a se delinear a temática de pesquisa que daria origem ao trabalho aqui apresentado. O contato com fontes documentais diversificadas, dos anos 1980 à 2004, tais como legislações, relatórios de projetos, publicações em jornais e revistas, abordando o nascimento no Brasil e as parteiras, forneceram elementos para que eu considerasse a existência de alguns sinais de revalorização cultural dos saberes e práticas das parteiras empíricas, nomeadamente a partir dos anos 1980 - com base numa leitura antropológica - como *parteiras tradicionais*.

No projeto de pesquisa inicial não tínhamos como foco elaborar a investigação histórica do papel social das parteiras como grupo, mas sim realizar um trabalho que comparasse historicamente a participação das parteiras na assistência ao parto em dois períodos distintos de organização da saúde pública brasileira. A investigação proposta tinha como um ponto de partida importante as reflexões desenvolvidas na minha dissertação de mestrado², que dentre outras questões, concluiu pela progressiva desvalorização das parteiras no âmbito das políticas de saúde, no período do governo de Getúlio Vargas.

No decorrer do curso de doutorado, o contato com pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz e de outras instituições de ensino e pesquisa, a participação em

¹ **Eventos:** II Congresso Internacional sobre Ecologia do Parto e Nascimento e I Fórum Regional Popular sobre parto e nascimento; realizado em maio de 2004 no Rio de Janeiro, VI Reunião da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais e II Encontro Internacional de Parteiras Tradicionais, realizado na Bahia, em setembro de 2004.

² Ver Tânia Maria de Almeida Silva (1999)

congressos científicos, o trabalho de pesquisa historiográfica e o acesso a fontes documentais importantes, tais como o Fundo *SESP*, depositado no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; desencadeou um processo de revisão temática da proposta de pesquisa inicial, reformulando substancialmente o projeto.

A apresentação de uma versão do projeto original no Simpósio Internacional História dos Trabalhadores em Saúde³ foi, nesse sentido, uma experiência decisiva. A exposição de minhas idéias e argumentos a uma audiência composta de especialistas foi um estímulo ao aprofundamento da reflexão acerca do lugar das parteiras na história das profissões em saúde. A partir de então optamos por pensar o problema das parteiras no Brasil de uma perspectiva ainda pouco explorada pela historiografia. Desse modo, a propagação do sanitarismo e institucionalização da saúde pública no Brasil, a emergência de novas profissões sanitárias femininas, as transformações na formação e atuação profissional de parteiras, o treinamento e controle das parteiras *curiosas* pela Saúde Pública, se constituíram nas questões norteadoras da investigação.

A pesquisa que buscava analisar o debate em torno das parteiras tradicionais tendo em vista os processos de exclusão social e revalorização cultural deste grupo no Brasil, no período de 1930-1960/1980-2004, deu lugar ao estudo sobre a posição de parteiras tradicionais e tituladas no processo de institucionalização da saúde pública no Brasil, no período de 1930-1972, incluindo como categorias de análise a formação e atuação desses grupos.

Apresentamos como objetivos desta pesquisa conhecer, interpretar e discutir os interesses, propostas e ações das instituições de saúde pública brasileiras a respeito da atuação e do trabalho das parteiras “leigas” e das “tituladas” nos projetos de Saúde Pública, no período dos anos 1930 a 1972. Busca-se deste modo compreender como as parteiras foram posicionadas e se posicionaram dentro da ordem medico-sanitária que emergiu no período e como se deu à interação entre as novas profissões sanitárias femininas e as parteiras (reconhecida historicamente como uma atividade tradicionalmente feminina, de longa duração).

³ Promovido pela Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz em abril de 2006.

A periodização definida para a realização deste estudo (1930-1972) apoiou-se em evidências encontradas nas normas e leis que regulamentaram a formação e a atuação profissional de parteiras no Brasil no período assinalado. A promulgação do decreto 20.865 de 28/12/1931 alterou a formação das parteiras tituladas⁴, passando a incluir a disciplina de prática de enfermagem e mudando a titulação de “Parteira” para “Enfermeira Obstétrica”. A mudança da titulação não implicou em mudanças imediatas da inserção da categoria no mercado de trabalho: as egressas do curso eram consideradas parteiras e atuavam como tal. Entretanto, esse acontecimento representou o início de um processo de finalização da formação de parteiras tituladas pelas Faculdades de Medicina, concretizado em 1972

A revisão substantiva do projeto de pesquisa inicialmente proposto não teria sido possível sem que novas fontes arquivísticas e bibliográficas de pesquisa fossem acionadas.

O Fundo do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), depositado no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, se constituiu na principal fonte arquivística de pesquisa no que diz respeito ao relacionamento das parteiras tradicionais com os profissionais sanitários representantes das instituições oficiais de saúde pública. Constituindo o arquivo histórico da Fundação *SESP*, este Fundo é fonte preciosa para a recuperação das estratégias de intervenção sanitária elaboradas pelo Estado brasileiro a partir da década de 40, particularmente para regiões como a Amazônia e o Nordeste, revelando, ao mesmo tempo, aspectos importantes da influência e participação dos Estados Unidos da América neste processo. Embora o período coberto pela documentação estenda-se de 1942 a 1982, verifica-se uma concentração para as décadas de 40, 50 e 60.

Os diversos programas de saneamento desenvolvidos pela Fundação na região Amazônica, no vale do São Francisco e no vale do Rio Doce, entre outros, bem como os inúmeros convênios de saneamento básico, realizados com governos estaduais e municipais, encontram-se amplamente documentados. Neste sentido merecem destaque os relatórios de trabalho regionais e gerais. Igualmente bem documentados estão os programas de educação sanitária, cujo

⁴ Os primeiros cursos oficiais para a formação de parteiras foram criados em 1832 como cursos anexos às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia.

objetivo era a formação de recursos humanos especializados, com vários níveis de escolarização.

Outra fonte arquivística importante para o desenvolvimento da pesquisa foi a documentação pertencente ao inativo Sindicato das Parteiras do Estado do Rio de Janeiro, que atualmente encontra-se sob a guarda da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras do Estado do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ). Trata-se de uma documentação inédita e específica sobre organização profissional das parteiras tituladas e que ainda não foi organizada como um arquivo histórico. Para os propósitos da pesquisa foram de extrema utilidade dois documentos que são parte desse acervo: as fichas de filiação e o livro de registro das sindicalizadas. Com base no exame foi montada uma base de dados informatizada onde foram armazenadas as seguintes informações a respeito das parteiras sindicalizadas: nome; data e local de nascimento; estado civil; local de residência; instituição de formação; local de trabalho; tempo de exercício profissional e tempo de filiação ao sindicato. O objetivo final foi a elaboração do perfil sócio-profissional das parteiras tituladas atuantes no Rio de Janeiro no período de abrangência da pesquisa. Desse acervo documental, trabalhamos também com certificados e cartas relativas às atividades do sindicato e das sindicalizadas.

Contamos ainda com algumas publicações periódicas. Assim, consultamos os “Arquivos de Higiene”, a Revista Brasileira de Enfermagem e os Boletins do Departamento Nacional da Criança.

O período de estudos e pesquisas que tiveram lugar na Universidade de Évora, em Portugal, enriqueceu a perspectiva da nossa abordagem, ao ter se revelado uma grande semelhança entre os dois países, Brasil e Portugal, no processo que definimos como profissionalização e desprofissionalização das parteiras. Tanto no contexto brasileiro como no português, as parteiras diplomadas foram convertidas em enfermeiras obstétricas no decorrer do século XX.

Para trabalhar com uma gama tão variada de fontes documentais, nossa inspiração metodológica esteve baseada nos estudos de Carlo Guinzburg⁵. Isso

⁵ Especialmente a obra *Mitos, emblemas, Sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras; 1990.

porque um caminho indiciário de pesquisa acabou se apresentando nesse percurso. Uma fonte foi seguindo outra, o que acabou trazendo mais que a mera questão técnica de identificação e ampliação de fontes para a pesquisa. O que se revelou nesse período de busca e encontros surpreendentes e inesperados foi a complexidade da institucionalização da saúde pública brasileira nos anos 1930-70, especialmente no que diz respeito às ações e participações dos profissionais dessa área.

Nossa análise contou com o apoio de uma historiografia especializada sobre as parteiras, a partir de trabalhos produzidos em contexto internacional, bem como de referências conceituais no âmbito da história das ciências, cujas abordagens foram elaboradas sob as perspectivas do gênero e da cultura.

Para uma análise relevante e profunda sobre o papel das mulheres na origem das ciências modernas e sua relação com os representantes do pensamento científico e filosófico, contamos com a interpretação de Londa Schiebinger (2004). Sua obra, uma referência clássica inovadora na historiografia das ciências, veio trazer visibilidade histórica para as mulheres participantes do processo de construção da ciência moderna. O seu trabalho demonstra o valor da participação feminina nas ciências naturais, nos cuidados com a saúde, alimentação e vestuário e na filosofia. Em meio ao contexto mais amplo de sua pesquisa, Londa Schiebinger situa o caso das parteiras ao discutir a ascensão profissional do cirurgião, num processo que, entre os séculos XVI e XIX, o elevou à categoria de médico, conduzindo-o ao controle de uma nova ciência dos partos, a “obstetrícia”, assim como conduziu os representantes dessa nova especialidade médica ao controle da formação de uma nova categoria de parteiras.

O trabalho de Mary Louise Pratt (1999) trouxe uma chave explicativa apropriada à questão da universalização do processo de profissionalização das parteiras. A autora, ao estudar o colonialismo cultural, interpretou a relação de dominação presente nesse modo de colonialismo como caracterizada por um conjunto de estratégias que conceituou como *anticonquista*. O conceito de anticonquista define o modo de aproximação de uma cultura sobre outra através da utilização de métodos de dominação exercidos através de um autoritarismo sutil, porém permeado de elementos estratégicos que oscilam entre trocas culturais e violências simbólicas, com vistas a comprovar a superioridade de uma cultura sobre a outra. O princípio da dominação consiste em se aproximar de uma

cultura, vista como inferior, apropriando-se de alguns dos seus elementos e enxertando outros, dando-lhes novos usos e significados.

A lenta porém eficaz apropriação das funções das parteiras pelos cirurgiões se processou segundo pontos de vista que, de início, valorizavam a função de parteira como feminina, porém desvalorizava as bases conceituais do seu tradicional modo de atuação. A anticonquista das parteiras foi implementada a partir de uma formação acadêmica baseada na ciência médica moderna, com a aprendizagem prática realizada no espaço hospitalar, porém limitada por interdições que incluíam o uso de certos medicamentos ou aparelhos cirúrgicos como o fórceps, inventado pelos cirurgiões no século XVI, além de um enquadramento jurídico-administrativo que a subordinava profissionalmente a médicos e cirurgiões, de modo que o seu papel e as suas atribuições foram socialmente resignificadas.

Do mesmo modo, a forma de abordagem junto às parteiras *curiosas* por parte da medicina científica, representada pelos profissionais sanitários, que teve lugar no Brasil, a partir dos anos 1930, foi baseada numa estratégia de controle que não era francamente coercitiva. Identificamos esse processo como uma modalidade do conceito de *anticonquista* formulado por Pratt (op.cit).

Nosso trabalho tem como ponto de partida o estudo do processo de profissionalização de parteiras na dinâmica internacional, que tiveram lugar num contexto de difusão dos princípios da medicina científica, cuja tendência foi universalizar, no sentido de expansão social, as práticas de assistência à saúde, baseadas na formação de especialistas. Analisamos, com base na historiografia e fontes documentais, os casos de escolarização de parteiras na França, na Inglaterra, no Chile e em Portugal.

No segundo capítulo procuramos compreender, com base na historiografia brasileira especializada e a partir de fontes documentais, o processo de formação e o exercício profissional das parteiras diplomadas pelas Faculdades de Medicina, a relação desse grupo com outras profissões/ocupações do campo da saúde, com o sistema sanitário e com o sistema trabalhista brasileiro. Discutiremos o perfil sócio-profissional das parteiras inscritas no “Sindicato das parteiras do Rio de Janeiro”, entidade profissional criada em 1957 como “Associação Profissional das Parteiras do Rio de Janeiro”. O Sindicato, registrado

em 1958 no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio constituía o 8º Grupo Federativo do Plano da Confederação Nacional das Profissões Liberais.

No terceiro capítulo enfocamos a instituição e consolidação de novas profissões sanitárias femininas no sistema de saúde pública brasileiro, a relação desses grupos com as propostas de higienização das parteiras *curiosas*, cujo modelo mais amplamente documentado e registrado foi o caso do Serviço Especial de Saúde Pública, instituído em 1942.

1. ESCOLARIZAÇÃO PROFISSIONAL DE PARTEIRAS EM CONTEXTO INTERNACIONAL: OS EXEMPLOS DA FRANÇA, INGLATERRA, CHILE E PORTUGAL.

Desde o final da década de 1980 pesquisadores de diversas áreas de investigação produzem estudos em perspectiva histórica enfocando o papel social das parteiras. São pesquisas que resultaram em maior visibilidade acerca das representações sociais desse grupo, ampliando a compreensão sobre os processos de institucionalização e profissionalização do trabalho feminino no contexto de emergência das “ciências da saúde”. Nosso propósito nesse capítulo não é elaborar uma síntese do trabalho dos autores que abordaram a temática das parteiras, e sim apreender, através das questões abordadas pelo valioso grupo de pesquisadores, alguns elementos de análise que se revelaram cruciais para apoiar o desenvolvimento da nossa pesquisa. Nesse capítulo iremos apresentar e discutir quatro situações diferenciadas. Destacaremos as semelhanças e diferenças encontradas em cada um dos contextos históricos-sociais, tendo em vista a perspectiva universalizante desse processo. Em face da contextualização histórica pertinente a cada caso, a cronologia poderá ser variável e será demarcada de acordo com os períodos em que o processo de profissionalização de parteiras foi colocado em curso.

Compartilho da opinião de Maria Soledad Zarate (2007) ao avaliar a preparação formal de parteiras como um processo de caráter universal na história ocidental.⁶ Por “caráter universal” compreendemos um processo de preparação

⁶ Em seu estudo sobre o nascimento no Chile durante o século XIX.

de parteiras implementado segundo modelos de formação baseados na moderna ciência dos partos, a *obstetrícia*, em espaços geográficos e realidades sociais diferenciadas, tendo em comum um período histórico situado, na maioria dos casos, entre a primeira metade do século XIX e o início do século XX. A excessão cronológica encontramos no caso francês, pioneiro na profissionalização maciça de parteiras desde o século XVIII, conforme discutiremos mais adiante.

As justificativas para a implementação dos programas de formação de parteiras nos diferentes países eram muito semelhantes e estiveram alinhadas por um objetivo geral comum: promover a melhoria do atendimento à maternidade criando um grupo especializado feminino, preparado para prestar atendimento na gestação e durante o parto, sob bases científicas.

A escolarização e profissionalização das parteiras foram desenvolvidas num contexto internacional amplo, conforme apontado nos diversos casos abordados pela historiografia especializada⁷. Os estudos sobre a parteira em perspectiva histórica trazem casos regionalizados, cuja abrangência pode ser encontrada em quatro continentes: Europa, América, Ásia e África.

A urgência dos Estados em resolver de modo mais eficaz e em larga escala a precária situação higiênica e sanitária das populações, a valorização social da infância e da maternidade; medidas relativas ao incremento do povoamento para o fortalecimento dos Estados Nacionais; a implementação de reformas sociais no sentido de transformar o núcleo familiar num reduto de moralidade; a transformação do hospital em espaço terapêutico e de produção de conhecimento científico e a valorização social de estudos universitários formam

⁷ Na França, que apresenta uma das mais vastas abordagens historiográficas sobre o tema, citamos a obra clássica de Jacques Gélis (1988) e também os estudos de Scarlet Beuvalet-Boutouyrie(2002), Richard L. Petrelli (1971), Olivier Faure(2005), Nathalie Sage-Pranchère (2006), Danièle Carricaburu (1994) , FrançoiseThébaud (2002) e Marie France Morel (2007-2008, pp.22-28; 2009). As pesquisas especializadas na Espanha contam com um vasto trabalho desenvolvido pela pesquisadora Teresa Ortiz-Gómez (1999; 2001;2006) em que o tema das parteiras é parte de uma produção intensa sobre as profissões sanitárias femininas e conta trabalhos produzidos em parceria de outros autores, como Montserrat Cabré (2001) e Clara Martínez Padilla (1997) para a Espanha citamos também Carmen González Canalejo (2007). Para o caso inglês citamos as contribuições de Maxine Rhodes (2001), June Hannam (1997), Kathryn Gleadle (2001) . A historiografia das parteiras no México tem nos trabalhos de Ana Maria Carrillo(1988; 1999), Laura Catalyna Díaz Robles y Luciano Oropeza Sandoval (2007), uma importante representação. A profissionalização das parteiras no Japão, iniciada no século XIX, tem sido tema de pesquisa de Aya Homei (2002). Anne Hugon (2005) abordou o caso da profissionalização de parteiras em Ghana, no período dos anos 1930-50. Alessandra Gissi (2005) tem se dedicado á pesquisa sobre as parteiras na Itália e também discute o contexto europeu de profissionalização. Charlotte G. Borst (1995) é umas das autoras representativas da historiografia norte-americana sobre as parteiras. Hilary Marland e Anne Marie Rafferty (1997) são pesquisadoras do tema e também organizadoras de obra coletiva que a história das parteiras em diferentes países. Hilary Marland (1995) tem dedicado suas pesquisas especialmente ao caso Holandês.

um conjunto de transformações sociais que representaram um papel fundamental na dinâmica de profissionalização e no modo de atuação das parteiras⁸. Um grupo que se constituiu em elemento estratégico importante tanto no processo de cientificação, medicalização e hospitalização do nascimento, à medida que incorporavam e reproduziam os novos paradigmas da medicina, bem como na implementação de políticas de bem-estar social, concebidas entre a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX.

El arte no es recibir al bebé. Cualquiera puede recibirlo [...] El arte es saber quando las cosas van mal. Si puedes predecir los problemas y llevar a tiempo la mujer al hospital, antes de que nada suceda. Éste es el arte de la matronería.

[Entrevista com parteira profissional *apud* Maxine Rhodes (2001, p.201)]

A citação acima é um dos trechos de um conjunto de entrevistas realizado por Maxine Rhodes em sua pesquisa sobre os saberes e práticas das parteiras profissionais inglesas no período de 1936 a 1950. A resposta dessa parteira representa a quintessência da expectativa social construída para esse grupo e incorporada pelas suas representantes através do processo formativo e da normatização profissional. A frase citada exemplifica a perspectiva universalizante do qual tratamos nesse capítulo. As parteiras deveriam incorporar esse discurso, em sua dimensão teórica e prática, nos contextos de assistência à saúde mais diversos, tais como na moderna Inglaterra ou mesmo na tradicional sociedade japonesa.

A capacidade de predição diagnóstica tendo em vista definir o momento adequado para a intervenção na 'natureza' do parto, foi elemento chave na formação das parteiras, balizando o alcance de suas atribuições. A predição diagnóstica, um signo da racionalidade médica moderna, se constituiu numa fronteira delimitadora entre a ação do obstetra e da parteira, podendo ser definida como um modo de antecipação sobre alguma provável fatalidade decorrente de

⁸ Para uma análise da transformação do espaço hospitalar citamos da obra de Michel Foucault: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. Ver também *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. Sobre os afetos e cuidados relacionados à infância e maternidade, ver os clássicos estudos de Philippe Ariés: *História social da Criança e da Família*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981; e Elisabeth Badinter: *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

alterações do estado de saúde, dando ao profissional tempo para agir e maior precisão na intervenção em cada caso.

No processo de profissionalização das artes e ofícios de curar, a parteira consolidou-se como a profissional da normalidade. Ela deveria estar apta para saber o momento adequado de passar a assistência ao obstetra, ao antever ou se deparar com alguma complicação da gestação e do parto, não era o seu dever, portanto, resolver os casos “difíceis”. Esse modo de ação das parteiras constituiu-se como limitadora de sua intervenção, diante dos novos recursos disponíveis no campo da medicina e cirurgia.

Assim, a partir do século XIX, nos países modernos da Europa, para receberem um diploma e terem prova de sua legalidade profissional, as parteiras precisavam frequentar os cursos teóricos organizados pelos cirurgiões, nas faculdades de medicina. Os treinamentos práticos eram executados nas enfermarias de parto dos hospitais, sob a rígida supervisão direta de uma parteira-mestra. Com base na historiografia internacional, pode-se afirmar que o modelo de formação difundido para outras escolas europeias de parteiras e para instituições organizadas em países de outros continentes foi inspirado sobretudo por uma escola francesa de parteiras⁹, que havia de longa data consolidado um modelo bem sucedido de ensino da arte obstétrica para esse grupo.

Entretanto, a finalidade de formação das parteiras não se restringia à prepará-las para incorporação dos conhecimentos da “arte obstétrica” moderna, mas ampliava-se numa perspectiva de dotar esse grupo feminino de uma função sanitária mais ampla, incluindo no seu currículo conhecimentos de puericultura, higiene e profilaxia, voltados não somente para que aplicassem tais conceitos nas suas atividades de cuidado específicas, mas sobretudo para que fossem capazes também de prover a educação sanitária das mães.

O tipo de preparação oficial adotado para diplomar parteiras originou um grupo profissional feminino especializado e socialmente reconhecido como agentes prestadoras de uma assistência baseada não somente numa nova ciência dos partos, como também em princípios sanitários e higiênicos. A regulação do nível de conhecimento e os limites do exercício profissional desse

⁹ A exemplo do caso brasileiro, cito a pesquisa de Anayansi Correa Brenes (1996) realizada em sua tese de doutorado, enfocando a criação da “Escola de Parto”, inaugurada em Paris, em 1802 e as repercussões desse acontecimento no Rio de Janeiro, no século XIX. Na formação de parteiras no Chile também está nítido o “afrancesamento” nos modos de organização e objetivos do curso (ZÁRATE, *op.cit*).

grupo eram exercidos por autoridades compostas de médicos e cirurgiões, bem como de representantes das próprias parteiras, ainda que com uma composição minoritária.

Através de uma estratégia profissional definida pelas relações entre os gêneros, a medicina oficial resolveu a questão da concorrência das parteiras no cenário da gestação e do parto colocando-a oficialmente sob a supervisão do médico e estreitando os seus limites de atuação junto à clientela, desde o seu processo de formação¹⁰.

Entretanto, não podemos deixar de pontuar que a primazia feminina na assistência ao parto estava posta em xeque desde a entrada do cirurgião na cena do nascimento, na posição de “parteiro”, por volta do início do século XVIII. A novidade não é a sua presença na cena do nascimento, mas sim o seu novo papel, ao aparecer como uma alternativa à parteira e não sómente para tratar dos casos de partos laboriosos, usualmente dependentes de técnicas cirúrgicas para uma possível resolução.¹¹

A situação das parteiras na Europa foi analisada por Alessandra Gissi (2005) num enfoque que chamou a atenção para a complexidade dos processos de regulamentação do trabalho da parteira, do seu lugar profissional e do modo de formação, bastante variáveis em meio à diversidade dos contextos históricos e sociais. Contudo, um elemento comum foi identificado nesse processo de organização da profissão de parteira na Europa durante o século XIX e estava representado na criação de “estratégias de controle” exógeno ao grupo das parteiras. Tais estratégias encontram-se bastante esmiuçadas nas abordagens da historiografia internacional sobre as parteiras.

Foi, contudo, no decorrer do século XX, com a emergência e fortalecimento das políticas de saúde pública, que os mecanismos sociais de controle da formação e atuação desse grupo se tornaram mais eficazes e

¹⁰ Esse processo aconteceu, por exemplo, na França, ao final do século XIX, quando pelo decreto de 18 de novembro de 1881 foi instituída a categoria profissional de “parteiros dos hospitais”, destinada aos médicos concursados, lhes outorgando a direção do Serviço de Partos, anteriormente confiado às parteiras. Elas, a partir dessa nova regulação da organização hospitalar, foram enquadradas como auxiliares dos médicos (Beauvalet-Boutouyrie, 2002).

¹¹ Ver Londa Schiebinger (*op.cit.*, cap. 4). Beauvalet-Boutouyrie (*op.cit.*) cita o incômodo do obstetra francês Sacombe, opositor do obstetra e professor Baudelocque, que em 1802 manifestava críticas contundentes à Maternidade de Port-Royal, em Paris, pelo fato desse estabelecimento, de prestígio internacional, permanecer sendo dirigido por mulheres.

requintados, principalmente sob o ponto de vista legislativo¹². Um processo que resultou em consequências diversas para a identidade coletiva desse grupo profissional nos diversos países em que foi estruturado¹³.

A implantação de políticas sanitárias pelos Estados Nacionais foi determinante para a manutenção da profissionalização da atividade de parteira e para a permanência desse grupo, em maior ou menor escala, nos órgãos públicos, executando atividades regulamentadas de assistência à saúde das mulheres e dos recém-nascidos. Em países da Europa, tais como França, Portugal, Inglaterra e Holanda, muitas parteiras diplomadas assistiam ao parto em domicílio ou em instituições de assistência à maternidade através de vínculo com o Estado (RHODES, 2001; GISSI, 2005; THÉBAUD, 2002) .

Se no decorrer do século XIX podia-se observar a expansão e modernização da formação de parteira à luz das novas descobertas e transformações da ciência médica, esse foi também um período em que ocorreram tanto colaborações como embates, entre as parteiras experientes e socialmente reconhecidas e os médicos obstetras, pelos interesses relativos ao processo de construção e controle de uma profissão que trazia em sua trajetória uma inequívoca marca de gênero. Os estudos sobre as parteiras no contexto internacional são unânimes em apontar que a formação acadêmica desse grupo resultou no controle médico da profissão a partir do século XX. O prestígio social das parteiras transitava entre os valores tradicionais relacionados a um saber ancestral sobre o parto e a gravidez e uma perícia fundada com base na ciência e na técnica.

De qualquer modo, chama a atenção o novo perfil feminino definido pelos médicos ao instituírem uma formação própria para parteiras. Se na formação tradicional a exigência era de que as mulheres fossem mais velhas e experientes através da própria maternidade, os cursos para parteiras criados durante o século XIX, ligados às Maternidades ou às Faculdades de Medicina, exigiam mulheres

¹²No decorrer do século XX a parteira profissional passou a dividir o seu espaço de atuação com novas profissões sanitárias criadas no contexto dos projetos que visavam a melhoria das condições sociais e de saúde materno-infantil. O trabalho da parteira, se até o século XIX tinha interlocução especialmente com o cirurgião obstetra, passava a ser partilhado com a enfermeira, a assistente social e depois com o pediatra. Essa ampliação da profissionalização do cuidado materno-infantil trouxe junto, obviamente, a necessidade da regulação legal e constantes ajustes nas definições das competências de cada um desses grupos. Sobre a emergência da saúde pública em perspectiva histórica citamos o trabalho de George Rosen (1994).

¹³ Conforme discutiremos mais adiante, e de modo mais pormenorizado, o contexto brasileiro, ao abordar o perfil das parteiras sindicalizadas do Rio de Janeiro.

jovens, preferencialmente solteiras e minimamente escolarizadas, de boa família e com reputação irrepreensível. A imagem de modernidade representada pelas novas parteiras pode ser retratada como a substituição da velha “comadre” analfabeta pela jovem celibatária escolarizada.

As análises presentes nos estudos históricos feministas sobre a profissionalização das parteiras concluem por uma estratégia de dominação profissional da classe médica sobre esse grupo, baseada no princípio da desigualdade de gênero e, ao mesmo tempo, na perspectiva de um controle social maior sobre a saúde de uma parte importante da população, as mulheres e as crianças, num contexto de emergência e complexificação da saúde pública nos Estados modernos ou em processo de modernização.

O que a classe médica esperava dessas novas parteiras era a obediência às normas e protocolos assistenciais construídos por eles e submissão profissional. O controle do grupo feminino formado pelas parteiras empíricas se mostrava muito difícil de ser exercido, pois que as suas funções estavam no âmbito de redes sociais estabelecidas e amparadas pelos laços comunitários.

Mesmo diante do incremento da diplomação das parteiras pelas instituições oficiais, parteiras sem titulação permaneceram atuando em espaços sociais determinados, prestando atendimentos preponderantemente domiciliares, nas comunidades rurais e nas periferias do meio urbano.

O aspecto universalizante de todo esse processo de difusão internacional da profissionalização de parteiras apresenta reflexos em torno da semelhança das estruturas curriculares implementadas e na similaridade das expectativas profissionais relativas ao grupo. Entretanto, o modo como foram desenvolvidas as ações de formação, o impacto social da presença desse grupo nos sistemas de saúde pública, a permanência, transformação ou extinção dessa categoria profissional foram eventos que não transcorreram da mesma maneira, nos contextos históricos-geográficos em que o “projeto parteira” foi implementado.

1.1. FRANÇA: O SUCESSO DAS SAGES-FEMMES

A historiografia internacional nos oferece evidências que permitem avaliar o processo de formação e profissionalização de parteiras, instituído em várias partes do mundo a partir do século XIX, norteado por um paradigma obstétrico originado na França moderna. Mas qual era e como funcionava o modelo francês? ¹⁴. Uma perspectiva comparativa e de longa duração nos permite interpretar o quanto precoce foi a preocupação das autoridades francesas com a organização de uma capacitação especial voltada para mulheres que assistiam ao parto¹⁵.

No contexto geral, Richard L. Petrelli (1971), ao estudar o processo de regulamentação do trabalho de parteira na França no período do Antigo Regime, chamou a atenção para o papel do Estado e da Igreja nos primórdios da regulamentação. Petrelli considerou o interesse da Igreja pelo batismo dos recém-nascidos mortos durante o parto ou em risco de vida ao nascer e a organização e fortalecimento dos governos locais, como os fatores mais marcantes para a evolução da assistência das parteiras e das regulamentações impostas pela Igreja e pelo Estado, a partir do final do século XV.

A Igreja, ao impor as suas normas, estava preocupada com a ameaça ao poder eclesiástico diante da permanência e da possibilidade de crescimento do paganismo e das práticas religiosas pré-cristãs. No cerne das normatizações do Estado estava refletida a preocupação dos governantes com o bem-estar de sua população, principalmente com as mulheres que estavam à mercê da assistência

¹⁴ Cabe aqui assinalar que pesquisadores franceses contemporâneos especializados nos temas da história social da saúde têm alertado para a baixa produção historiográfica sobre as parteiras na França, principalmente relativa aos séculos XIX e XX.. Os autores chamam a atenção para a importância de se ampliar os estudos históricos através de investigações focadas nas especificidades regionais. De fato, o que esses pesquisadores sugerem é que as pesquisas sobre a normatização, formação e atuação do trabalho da parteira desloquem os seus objetos de estudo para além dos “muros” parisienses, cujo interior é representado pela conhecida e antiga instituição de assistência: a Maternidade do Hôtel-Dieu. Um dos autores mais citados para os estudos sobre parteiras é Jacques Gélis(*op.cit*), que concentrou sua pesquisa nos séculos XVII e XVIII. Scarlet Beauvalet-Boutouyrie (*op.cit*) é uma das autoras que problematiza a necessidade de ampliação dos estudos locais sobre a formação e profissionalização de parteiras.

¹⁵ Os registros de atendimento hospitalar para parturientes e de espaços especiais de formação de futuras parteiras, admitidas no Hôtel-Dieu como aprendizes junto à parteiras de reconhecida experiência, remonta ao século XIV, segundo Scarlet Beauvalet-Boutouyrie (*ibid.*).

de parteiras que atuavam sem controle oficial. A evolução da ciência e da técnica, como a invenção da imprensa e o desenvolvimento dos conhecimentos anatômicos, especialmente dos órgãos de reprodução, também foram fundamentais para a normatização de um novo perfil de parteira nesse período.

Entretanto, no que concerne ao papel do Estado, o desenvolvimento de medidas reguladoras do trabalho de parteira na França aconteceu num contexto descentralizado, marcado por um pequeno controle do governo central, cabendo uma maior responsabilidade aos governantes locais, que dispunham de forte autonomia. Isso implicou em ajustes próprios nas definições sobre as estratégias de controle e os modos de formação de parteiras, até pelo menos o final do século XIX.

Richard Petrelli chamou ainda a atenção para a “surpreendente extensão” do primeiro estatuto francês (1560) que definia o novo perfil exigido para ser parteira em Paris e seus arredores. Esse estatuto estipulava os parâmetros para a instrução, os exames, a licença e o registro das parteiras, definia os limites da sua prática obstétrica, estabelecia um código de conduta e determinava os fundamentos educacionais, morais e religiosos desse grupo. O estatuto de 1560 exigia que as aspirantes à parteira passassem pelo aprendizado prático, na qualidade de aprendiz, e por aulas teóricas de anatomia feminina ministradas por um cirurgião juramentado. A questão religiosa era fundamental na formação de parteiras. A admissão das postulantes ao curso do Hôtel Dieu, no século XVII, era considerado uma grande honra. Para isso, exigia-se que as futuras parteiras fossem católicas (as huguenotes estavam excluídas), francesas e casadas (PETRELLI, *ibid*, pp.277 e 280.).

Além do rigoroso sistema de formação oferecido pela Maternidade de Port-Royal em Paris, a educação e profissionalização de parteiras foi ampliada a partir do século XVIII, com a organização maciça de cursos para parteiras de segunda classe nos diversos departamentos e regiões do território francês. A publicação do estatuto parlamentar de 1730 normatizava, em nível nacional, o processo de admissão das parteiras, enquanto o estatuto de 1560 regulava juridicamente apenas as parteiras de Paris. Contudo, foi esse estatuto de 1560 o documento inspirador dos modelos de formação adotado pela administração dos governos locais, pois que a legislação posterior estipulava apenas os critérios de admissão, e não os modos de formação de parteiras nas províncias (PETRELLI, *ibid*, p.291).

A profissionalização das parteiras na França impressiona pela sua permanência e longa duração, tanto que um processo social da dimensão da Revolução Francesa não criou uma solução de continuidade na formação desse grupo. Menos numerosos, os cursos passaram por dificuldades de ordem financeira e política, quando muitos departamentos tiveram que interromper a formação pela carência de recursos e em decorrência da desorganização política durante o período revolucionário, os cursos coordenados pelos governos locais, instituídos no período do Antigo Regime, foram reavaliados e passaram por algumas reformulações curriculares no contexto das reformas nas políticas educacionais e pedagógicas.

Após a conclusão do processo revolucionário, a formação e a qualificação das parteiras seguiam priorizadas como uma “questão nacional” e fazia parte de um quadro político no qual se colocava em pauta a necessidade do aumento populacional. Dentre as estratégias encontradas para o incremento da população estavam a valorização moral do casamento legítimo e o apoio governamental às famílias numerosas. De modo que, promover os nascimentos e coibir os abortos e infanticídios, cuidar da saúde e do bem estar das mulheres e das crianças tornava-se uma prioridade. O governo estimulava a união civil legal e criava medidas para a melhoria da saúde e do bem estar de gestantes e crianças de todas as idades.

Em setembro de 1790 a Assémeleia Nacional designou um comitê especial com a finalidade de elaborar um plano que garantisse a instrução de parteiras em todos os departamentos franceses. Do mesmo modo, o Comitê de Salubridade do governo central realizou um ênquete junto às autoridades governamentais locais com a finalidade em conhecer a quantidade e a qualidade das parteiras oficiais que atuavam nas comunidades, concluindo por uma necessidade urgente em investimentos, visando a qualificação desse grupo, pois que as parteiras formadas ainda eram insuficientes para atender a população, muitos dos cursos municipais existentes estavam decadentes e desorganizados e o trabalho executado pelas tituladas concorria com a presença de um grande contingente de parteiras sem formação (GÉLIS, *op.cit.*, p.224).

A estruturação da formação profissional e as definições das competências do trabalho das parteiras francesas, assim como a qualificação de sua inserção social durante o século XIX, berço do incremento dos novos papéis sociais

definidos no processo de profissionalização desse grupo, foram alvo de uma abordagem esclarecedora nos trabalhos de Scarlet Beauvalet-Boutouyrie (2002), Olivier Faure (2005) e Nathalie Sage-Pranchère (2006).

Ampliando a perspectiva de análise para além do foco nas relações de disputa profissional entre médicos/homens e parteiras/mulheres, sem no entanto excluir a dimensão do gênero, os autores citados trabalham com fontes que permitem interpretar a profissionalização da parteira como contextualizada à mudança de mentalidades e transformações sociais próprias da modernidade, em que um dos aspectos relevantes esteve representado pelas medidas de ampliação da assistência pública às populações. A valorização da educação e profissionalização feminina no interior de um trabalho apropriado, de longa data, pelas mulheres, como era o antigo ofício de parteira, não estava fora desse contexto de modernização social. Não se pode perder de vista a questão da ascensão do controle médico sobre esse trabalho, porém esse não é o único ponto relevante na transformação da assistência prestada pelo grupo das parteiras.

A oportunidade de ascensão social, proporcionada pelos estudos subsidiados através de ações governamentais centrais ou locais, bem como pela inserção em profissão remunerada através de uma função considerada socialmente relevante e necessária; o reconhecimento da parteira como uma profissional da área médica; o grau de autonomia no exercício profissional, inclusive na reprodução social da categoria representou, segundo a análise dos autores anteriormente citados, uma oportunidade até então sem precedentes de melhoria do capital social de um segmento amplo da população feminina, que tinha sua origem social situada nas classes média-baixa da sociedade francesa.

No decorrer do século XIX, a *belle époque* da profissão de parteira, segundo a definição de Olivier Faure (*op.cit.*, p.172), a França permanecia investindo na formação maciça de parteiras mantendo dois modelos estratégicos vigentes desde o período do Antigo Regime: uma formação de parteiras de segunda classe executada através de cursos organizados pelas municipalidades

e uma formação de parteiras de primeira classe organizada nas faculdades de medicina de Paris, Strasbourg, Lyon, Bordeaux e Montpellier¹⁶.

Enquanto os cursos provinciais evoluíram a partir dos cursos itinerantes de curta duração, implementados entre 1759 e 1783 através da mestre parteira Mme. Du Coudray¹⁷, os cursos das escolas vinculados às Faculdades de Medicina tinham sua origem no modelo instituído no Hôtel-Dieu de Paris. Até pelo menos meados do século XIX, os cursos de segunda classe duravam aproximadamente 10 meses e os cursos de primeira classe eram ministrados em dois anos¹⁸. Sem contar com o mesmo prestígio do curso de parteiras de Paris, foram esses cursos de segunda classe a principal fonte de popularização e consolidação da *sage-femme*, termo pelo qual ficou historicamente conhecida a parteira titulada francesa, como uma respeitada profissão feminina moderna, cujas habilidades foram reguladas no interior da organização médica.

As cifras de formação desse grupo na França, apresentado na pesquisa de Olivier Faure (*ibid*, p.158), mostra que um número estimado de 30.000 mulheres optaram pela profissão de parteira no período entre 1800 e 1850. Os números mostram que esse grupo profissional se constituía como extremamente significativo na dinâmica da sociedade francesa. As *sages-femmes* executavam outras funções sanitárias importantes além da prestação dos cuidados à gestação e ao parto. Faure (*ibid*, p.172) associa aos índices de cobertura vacinal da população a um maior ou menor contingente de parteiras em determinada localidade, apontando a imunização vacinal da população como uma das atividades sanitárias desenvolvidas pelas *sages-femmes* provinciais.

Além disso, elas eram também responsáveis, em colaboração com os médicos especialistas, pela reprodução social da profissão de parteira, conforme se verifica no trabalho de Scarlet Beauvalet-Boutouyrie (*op.cit*) sobre as

¹⁶ Scarlet Beauvalet-Boutouyrie (*ibid*, 2002) chama a atenção para a ausência, na historiografia francesa, de estudos que abordem a formação e o papel das parteiras no âmbito dos cursos oferecidos nas faculdades de medicina citadas acima.

¹⁷ Formada no Hôtel-Dieu em Paris em 1739, Mme Du Coudray, conceituada parteira de Paris, aceitou a missão proposta pelos representantes do Reino em promover a formação de parteiras nas províncias através de cursos itinerantes, que teriam continuidade garantida pelas autoridades dos governos locais (Gélis, *op.cit*, p.111-147)

¹⁸ Ao final do século XIX a duplicidade de formação começou a desaparecer, num contexto de reformas do ensino da medicina, determinando o fim da formação profissional de segunda classe e concentrando o ensino dos profissionais de saúde nas instituições universitárias (Faure, *op.cit.*, p.163; Sage-Pranchère, *op.cit*, p.1-15).

Parteiras-chefes que atuavam na Maternidade de Port-Royal¹⁹ durante o século XIX, evidenciando bem a duração dessa “parceria” entre as mestras-parteiras e os professores de cirurgia. Aqui, as parteiras emergem como um grupo especialmente influente e dotado de grande prestígio no campo da assistência obstétrica até o final do século XIX. Formadas sob um rigoroso padrão científico, moral e ético, as parteiras de Port-Royal conviviam em relação de igualdade hierárquica com os cirurgiões obstetras, executavam atividades até então comuns às duas categorias profissionais, como a aplicação do fórceps²⁰ nos partos difíceis e, no período de 1789 a 1895, eram elas as responsáveis pela direção do serviço obstétrico. Quando essa função foi transferida para o médico obstetra, por Decreto, em 1895, essas parteiras se tornaram oficialmente subordinadas ao obstetra, representando o término da parceria e início de uma relação de subordinação profissional.

Do mesmo modo relevante para a compreensão do modelo francês de formação de parteiras são as pesquisas historiográficas que abordam as escolas provinciais de *sage-femme*. Olivier Faure (*op.cit*) publicou um artigo onde abordou pioneiramente essa questão, entretanto uma abordagem mais detalhada sobre esse modo de formação encontramos na pesquisa de Nathalie Sage-Pranchère (*ibid*) sobre o caso desenvolvido no departamento francês de Corrèze, entre 1834 e 1895, período que demarca a abertura e o fechamento da escola de parteiras de segunda classe de Tulle, capital de Corrèze. É importante assinalar que esse detalhado estudo apresentado por Sage-Pranchère não se constitui num caso modelar ou de excessão, ao contrário, insere-se justamente como parte de um contexto amplo do investimento público francês na formação desse grupo profissional.

Sage-Pranchère observa que a escola de Tulle é umas das últimas criadas entre as aproximadamente cinquenta escolas fundadas nas maternidades, durante a primeira metade do século XIX. Essas escolas

¹⁹ Estabelecimento modernizado que substituiu a maternidade do Hôtel-Dieu de Paris, fundado em 1795, onde se formava “a elite das parteiras francesas”, segundo a avaliação de Olivier Faure, *op.cit*).

²⁰ Um tipo de pinça metálica articulada, o fórceps representava um instrumento de distinção por excelência no meio dos cirurgiões obstetras e das parteiras. A habilidade em manejar esse instrumento tinha implicações diretas sobre o prestígio profissional das duas categorias. Criação atribuída, pela historiografia especializada, ao cirurgião obstetra de origem francesa Pierre Chamberlen, nascido na segunda metade do século XVI, na Inglaterra, o uso do fórceps era uma prerrogativa do cirurgião, entretanto, até o final do século XIX, as parteiras aprendiam à manejá-lo e o faziam de fato, conforme apontam Beauvalet-Boutouyrie (*op.cit.*) e Olivier Faure (*ibid*).

substituíram os cursos para parteiras oferecidos através das províncias, durante o decorrer do século XVIII. Assim como o caso da maternidade-escola de Port-Royal, em Paris, a maternidade-escola de Tulle era chefiada por uma parteira-mestra até 1887, quando essa função foi confiada aos médicos. Nesse caso, a parteira-mestra se tornou, do mesmo modo que na escola de parteiras de Paris, subordinada a um professor de obstetrícia.

O modo de admissão ao curso de parteiras de Tulle é um outro ponto que merece ser destacado: antes de 1837 as candidatas eram admitidas mediante a avaliação de um dossiê, a partir de 1837 se instituiu a admissão através de concurso público, com a dotação de bolsa de estudo para algumas alunas. Após 1840 todas as alunas se tornaram bolsistas. Havia contudo raras alunas pagantes. As bolsistas deveriam se comprometer a exercer, após formadas, a atividade profissional pelo período de dez anos no departamento de Corrèze.

Assim como outras escolas formadoras de parteiras de segunda classe, a escola de Tulle era também preparatória para as parteiras aspirantes à primeira classe²¹. A faixa etária das alunas admitidas oscilava entre dezoito e vinte anos de idade e exigia-se uma conduta ética e moral irrepreensível. Qualquer ato ou infração que atentasse contra a reputação da escola era passível de exclusão da aluna. O regime pedagógico era o de internato durante todo o período de formação, que durava inicialmente dois e, após o ano de 1852, foi estendido a três anos. Com uma agenda diária completamene saturada pelas atividades voltadas para a formação e vivendo sob rigoroso esquema de vigilância, as alunas tinham férias de dois meses no verão e descanso de quinze dias no carnaval.

²¹ Marie-France Morel (2009), esclarece que as parteiras de segunda classe tinham uma formação densa e primorosa: o aprendizado prático incluía a clínica obstétrica, com atendimento aos partos, a vacinação e a punção das veias. Do aprendizado teórico fazia parte a escrita, a leitura, o ensino de moral e religião, história, geografia e botânica. Segundo Morel, não era pelo aprendizado teórico, nem mesmo o prático, nem tampouco pelo período de formação, que se media a diferença entre os cursos de primeira classe e os de segunda classe. Essa diferença residia no estatuto jurídico dessas duas modalidades. As alunas formadas nos cursos da província não podiam exercer o trabalho de parteira por todo o território francês. Isso só era permitido para o grupo formado nas escolas de primeira classe. Os cursos de primeira classe eram oferecidos nas Faculdades de Medicina, enquanto os de segunda classe eram ministrados nas maternidades das províncias. Os cursos de primeira classe funcionavam como um complemento dos cursos provinciais, de modo que as alunas que almejassem obter um diploma de primeira classe deveria expandir seus estudos com mais dois anos de formação nas escolas oficiais de parteiras das Faculdades de Medicina. Esse diploma era muito valorizado e facultava à *sage-femme* o direito a exercer a função de instrutora de novas parteiras. Ver Faure (*op.cit*); Gélis (*op.cit*), Sage-pranchère (*op.cit*), Beauvalet-Boutouyrie, (*op.cit*).

Uma das questões apontadas pela historiografia francesa sobre as parteiras diz respeito à substituição das matronas pelas *sages-femmes*. Sage-Pranchère pondera que os conflitos existentes entre representantes da medicina oficial e matronas foram amenizados após a segunda metade do século XIX e, com a passagem do tempo e, acrescento, a continuidade dos investimentos na formação das *sages-femmes*, a substituição das matronas aconteceu no processo de “renovação natural das gerações”, segundo as palavras de Nathalie Sage-Pranchère.

Ao chegar ao século XX, a França havia desenvolvido definições e competências que estruturaram um novo perfil de parteira: ilibado, jovem, dinâmico, laico e científico que, além de perdurar por um longo tempo, acabou sendo apropriado nas experiências dos diversos países onde a profissionalização desse grupo foi posta em prática ²².

Contudo, a permanência desse grupo na assistência à saúde materno-infantil foi, a partir da primeira metade do século XX, garantida na sociedade francesa através de muitos embates e disputas. No contexto de estruturação e feminização de outras profissões de cuidado, como a enfermagem e a assistência social, bem como o crescimento da inserção social do obstetra, o *status quo* da parteira francesa passou por constantes reformulações profissionais. Isso de certo modo garantiu a sobrevivência profissional das *sages-femmes* no grupo de profissionais que tem atuado na assistência à maternidade, mesmo diante da concorrência das profissões femininas emergentes, como a enfermagem e a assistência social. ²³

A participação crescente dos médicos gineco-obstetras na assistência direta ao parto, e a sua prerrogativa de autoridade científica para todas as questões relacionadas ao parto e à saúde feminina, para além de colocar a parteira numa posição coadjuvante nesse cenário da assistência ao nascimento, trazia para esse grupo desafios constantes de adaptação aos novos paradigmas assistenciais criados pela ciência médica moderna. Responsáveis pela maior

²² A profissão de parteira na França acompanhou a evolução das tecnologias sanitárias, dos novos conceitos e tecnologias relacionadas à saúde feminina bem como do sistema educacional: nos dias atuais as parteiras atuam como profissionais independentes, com estatutos próprios, inseridas no sistema assistencial público ou privado, permanecendo como uma profissão feminina. Ao final do século XX (1985) a participação em grupos de pesquisa através da iniciação científica se tornou um ítem obrigatório para a formação de parteiras na França. Ver A. Demeester & A. Ducrot-Sanchez (2007) e Marie-France Morel (2007-2008, pp.22-28)

²³ O caso da disputa de espaço de trabalho com as enfermeiras aconteceu a partir do momento em que estas obtiveram o reconhecimento social através do diploma, instituído em 1922 (THÉBAUD, 2002).

parte da assistência domiciliar ao parto e nascimento, as parteiras enfrentaram novos e constantes desafios para manter um lugar profissional de prestígio frente a uma cultura medicalizada do nascimento (THÉBAUD, *op.cit*).

A implementação de uma assistência preventiva materno-infantil como uma política de Estado, a exemplo do cuidado pré-natal e da puericultura, o aumento dos partos nas maternidades e a diminuição dos nascimentos em domicílio observados no decorrer do século XX, afetaram o exercício liberal da profissão, entretanto ampliou o espaço de ação das parteiras na saúde pública, conforme assinala Thébaud (*op.cit*, p.423), que referindo-se a um congresso realizado em 1938 sobre o papel social das parteiras, salienta que esse grupo foi definido como “*controladoras vigilantes e informadas da maternidade, colaboradoras indispensáveis das organizações sociais e das diversas obras de proteção da maternidade e da infância*”, cujo campo de ação incluía todo o ciclo vital, da concepção ao desmame do bebê.

Para concluir, no decorrer do século XX, as expectativas em torno do papel social das parteiras demandaram necessidades de adequações constantes na sua formação e ao seu exercício profissional. De tal modo que Danièle Carricaburu (1994) considerou a profissão de *sage-femme* na França como “efetivamente” uma profissão médica, pois que contava com o mesmo nível de titulação que o dentista ou o médico, sua regulação profissional está inserida no sistema de regulação da medicina e, além disso, o seu aprendizado foi desenvolvido segundo os métodos e com base em conhecimentos no meio da ciência médica. Porém, considera a sua autonomia “relativa e limitada”, em termos de competência profissional, se considerada a amplitude profissional do médico obstetra. Uma limitação definida e oficialmente regulada pela Ordem dos Médicos, através da participação de seus representantes na Ordem das Sages-Femmes, composta por quatro médicos obstetras e cinco parteiras. O exercício profissional da parteira na França oscilaria, portanto, entre a autonomia e a subordinação ao profissional médico obstetra.

1.2. INGLATERRA: O NASCIMENTO DA *MIDWIFE*

Ao abordar a formação e profissionalização da obstetrícia na Inglaterra durante os séculos XVII e XVIII Jacques Gélis (*op.cit*, p.176-177) concluiu ser o modelo inglês de assistência ao nascimento marcado por um processo de tal modo original no contexto europeu do período, ao ponto de causar um certo estranhamento se comparado aos modelos francês, alemão e italiano.

Porém, em que consistia a originalidade inglesa apontada por Gélis?

Enquanto na França, na Alemanha e na Itália tanto os poderes públicos, como a sociedade em geral, partiam do princípio de que a assistência ao nascimento era um dever do poderes públicos, sob a responsabilidade do Estado, tendo como agente a parteira oficialmente titulada; a Inglaterra implementava, no mesmo período, um sistema assistencial organizado pela iniciativa privada e centrada na especialização obstétrica do cirurgião. Tendo por base conceitual a doutrina da livre iniciativa (*free trade*), popularizava-se na sociedade inglesa, em contraponto ao Absolutismo Real, a valorização social dos empreendimentos sem a regulação do Estado. Foi nesse ambiente impregnado pela ideologia do liberalismo econômico e da valorização da iniciativa privada que apareceram algumas iniciativas particulares de profissionalização da assistência ao parto.

Diversamente do que se passava na França, a profissionalização dos cuidados relacionados à gestação, parto e nascimento foi desenvolvida através da formação e especialização obstétrica dos cirurgiões. Muitos nomes que se constituíram em referência científica na história da medicina, em particular da obstetrícia, tem nos cirurgiões ingleses exemplos de renome.

Na Inglaterra, as parteiras permaneceram, até a primeira década do século XX, com o perfil tradicional de um ofício desenvolvido sob o amparo comunitário. Gélis pondera que o desinteresse do Estado inglês por uma formação oficial de parteiras, bem como a inexistência de medidas voltadas para uma profissionalização desse grupo, abriu espaço para a penetração do obstetra na sociedade inglesa, a partir de 1720. Entretanto, isso não significou que as mulheres estivessem assistidas majoritariamente pelos obstetras. Esse grupo médico assistia, privativamente, as mulheres da elite inglesa. As mulheres das

classes sociais menos abastadas eram atendidas por eles numa modalidade de assistência pública oferecida por algumas instituições hospitalares organizadas segundo as iniciativas filantrópicas e caritativas. Além de oferecer a assistência hospitalar ao nascimento, por sinal bastante concorrida, segundo demonstra Gélis, alguns desses hospitais organizaram, inclusive, a assistência domiciliar gratuita ao parto, como foi o caso da *Royal Maternity Charity de Londres*, que atendeu a um número razoável de nascimentos domiciliares no período de 1757 a 1856.²⁴

Se por um lado, as organizações filantrópicas que apoiavam a assistência médica ao parto contribuía com parcela importante dos atendimentos voltados para os segmentos populacionais mais pobres, cabia justamente às parteiras tradicionais atender a maior parte da clientela sem recursos financeiros significativos. Embora não tivessem um reconhecimento oficial essas parteiras eram respeitadas e reconhecidas nas comunidades onde atuavam, contudo, na moderna e tecnologicamente desenvolvida Inglaterra, esse grupo esperou até o início do século XX para ter a sua atividade profissionalizada e regulada pelo Estado. De modo que, no que tange às iniciativas governamentais relativas ao desenvolvimento da profissionalização das parteiras inglesas no século XIX, concordamos com Gélis ao considerar o modelo inglês uma antípoda ao modelo francês.

A historiografia que aborda o caso das parteiras inglesas aponta para a presença marcante das parteiras comunitárias nos grupos sociais do operariado urbano e dos trabalhadores rurais. Essas parteiras foram responsáveis por uma parcela significativa da assistência prestada às mulheres durante a gestação e no parto, até os primeiros anos do século XX²⁵, ou seja, mesmo após o Estado ter implementado a profissionalização do grupo.

Um dos primeiros indícios que sinalizam a crescente preocupação de parte da sociedade inglesa com o bem-estar da população, particularmente os grupos mais vulneráveis, como as mulheres e crianças em situação de pobreza, foi a criação, ao final do século XIX, em 1881, de uma instituição, a *Matron's Aid*

²⁴ Levando-se em conta a oferta de leitos hospitalares, em demanda crescente, e a assistência domiciliar prestada pelas parteiras, uma cifra de 385.000 atendimentos domiciliares organizados por essa instituição hospitalar em 100 anos é bastante significativa. Gélis (*op.cit.*, p.177).

²⁵ Conforme discute Alessandra Gissi (*op.cit.*) ao abordar o caso das parteiras e do controle da natalidade na Europa.

Society. A iniciativa partiu de um grupo composto por enfermeiras parteiras, militantes da causa das mulheres e da infância, oriundas da classe média-alta da sociedade inglesa. A instituição contava com o apoio de filantropas e reformadoras sociais.

É interessante observar como todas do grupo estavam inseridas formalmente num mercado de trabalho que se expandia para elas nesse período, conforme abordado no artigo da historiadora June Hannam (1997), em estudo que discute a biografia histórica de Rosalind Paget, uma das mais proeminentes ativistas da instituição.

O trabalho dessas mulheres se constituiu num exemplo bastante típico da profissionalização da assistência leiga feminina exercida junto aos grupos sociais menos favorecidos, parte de um contexto bem analisado por Michelle Perrot (*op.cit*). Ao discutir as alternativas de trabalho feminino ao final do século XIX, Perrot traz ao debate os aspectos transformadores da condição social feminina, quando as mulheres, ao abraçar “de corpo e alma” as atividades consideradas mais adequadas ao seu sexo, como o cuidado, a assistência social e algumas atividades educativas, saem do círculo de confinamento doméstico que lhe havia sido imposto e deslocam-se através dos espaços sociais, colocando-se em novas posições e ampliando assim sua influência nas decisões políticas e nas reformas sociais.

Ao partir do pressuposto de que a atenção ao nascimento estava no centro do movimento de reformas sociais visando o bem estar das populações mais vulneráveis, como as mulheres e as crianças, e ainda acreditando que o investimento na profissionalização das parteiras iria contribuir para a promoção moral, regeneração das famílias e, conseqüentemente levaria ao progresso social, a *Matron's Aid Society* foi fundada com a missão inicial de incrementar a profissionalização e promover o reconhecimento social das parteiras²⁶

²⁶ A fundação da *Matron's Aid Society* é atribuída a um grupo de mulheres organizadas, sendo a iniciativa creditada à enfermeira e parteira Zepherina Veitch e à Rosalind Paget, parteira, enfermeira e reformadora social. Ver histórico da instituição no *site* oficial, disponível em <http://www.rcm.org.uk/>. Ver também June Hannam (*op.cit*) que abordou a biografia histórica de Rosalind Paget (1855-1945). Enfermeira, parteira e dama da sociedade inglesa, atuou no movimento de mulheres e promoveu o reconhecimento social das parteiras. Segundo a historiografia inglesa especializada, a liderança de Rosalind Paget representou para as parteiras inglesas o que Florence Nightingale representou para a enfermagem moderna. Ela nasceu na cidade de Liverpool em família de classe alta inglesa. Entre os membros de sua família haviam políticos e proprietários com importantes cargos governamentais e representação no Parlamento local, que, como ela,

A *Matron's Aid Society*, transformada poucos anos mais tarde em *Midwife's Institute*, foi a instituição aglutinadora do processo de reconhecimento social, formação e profissionalização das parteiras na Inglaterra. Suas fundadoras eram parteiras profissionais, oriundas da classe média inglesa, diplomadas através do *London Obstetrical Society*, que desde 1872 havia instituído um programa de preparação de parteiras, porém as representantes das classes sociais mais baixas não tinham acesso a essa formação. A criação do *Midwives' Institute*, impregnada dos princípios da filantropia, teve por missão qualificar de modo mais abrangente as parteiras em geral.²⁷

A partir do século XX teve início uma nova era para as parteiras inglesas. A publicação, em 1902, de uma legislação reguladora, o *Midwifery Act*, definiu e oficializou a formação e a prática das parteiras e ainda estabeleceu parâmetros na relação de trabalho entre médicos e parteiras. Segundo a historiografia, a aprovação da lei foi resultado de uma mobilização das elites, incluindo a aristocracia, motivados pelas ações de filantropia na área social e da saúde, que interviram junto aos médicos para convencer esse grupo, inicialmente contrário à regularização devido ao temor da concorrência profissional.

A finalidade do *Midwifery Act* era profissionalizar o ofício de parteira e coibir a atividade das parteiras tradicionais através de uma fiscalização rigorosa e de um sistema de certificação de parteiras práticas. Essas ações eram realizadas através do Conselho Central de Parteiras (*Central Midwives Board*), criado no contexto da legislação de 1902. Para se candidatar a essa habilitação a parteira deveria exercer a atividade há mais de um ano e apresentar atestado de boa conduta assinado por autoridade religiosa. As funções do Conselho Central de Parteiras eram complementadas, em nível local, pelos Departamentos de Supervisão Local, que contavam com um sistema de inspeção organizado através do Departamento Médico Local de Saúde (RHODES, *op.cit.*).

Segundo a interpretação da historiografia sobre o tema, essas medidas eram um modo de assegurar um corpo oficializado de parteiras diante da falta de parteiras diplomadas, uma vez que os cursos oferecidos eram dispendiosos, assim como todo o aparato exigido para o exercício profissional, que incluía

eram sufragistas e ativistas em prol da resolução das questões sociais, especialmente dos direitos das classes trabalhadoras, principalmente das mulheres.

²⁷Ver Kathryn Gleadle (2001, p.145-147).

desde equipamentos obstétricos específicos até uma indumentária própria. Além disso, a linguagem adotada durante as aulas também era considerada pouco acessível para o grupo das parteiras, dotadas, e sua maioria, de um nível educacional elementar.

As parteiras práticas habilitadas, denominadas *bona fide midwives*, eram supervisionadas por inspetores (GISSI, op.cit, p.22). Uma supervisão que incluía desde o ambiente em que moravam, onde se observavam a higiene pessoal e doméstica, através de visitas ao interior das suas casas e até sua conduta moral, que deveria seguir a padronização da moral sexual da época. As parteiras que fossem mães solteiras eram eliminadas desse grupo oficial.

À partir de 1903, com a entrada em vigor da lei das parteiras promulgada em 1902, tanto as políticas assistenciais materno-infantis como o processo de profissionalização de parteiras foram implementados sob a coordenação do governo central em parceria de gestão com as municipalidades (Rhodes, op.cit).

Tradicionalmente, as parteiras inglesas trabalhavam em regime liberal, ou seja, por conta própria, mesmo quando atuavam vinculadas aos hospitais ou instituições beneficentes das localidades. Contudo, a maior parte do seu atendimento era no domicílio da cliente.

Quando a assistência materno-infantil foi implementada como uma política pública, esse grupo foi reconhecido como um elemento essencial para a nova assistência materno-infantil inglesa. Após 1902 as competências atribuídas às parteiras habilitadas foram ampliadas. Além da assistência ao parto normal, elas se tornaram responsáveis pela vigilância da gestação e do acompanhamento da mãe e do bebê por pelo menos 14 dias após o parto domiciliar e, caso detectassem indícios de complicações, deveriam acionar o médico.²⁸

A incorporação da ideologia da maternidade científica, embasada pelos princípios eugênicos, e a preocupação das autoridades do governo com o bem-estar da população, incluindo-se nesse caso a melhoria dos índices de sobrevivência infantil apareceram ao final do século XIX e foram, aos poucos afetando o comportamento da sociedade inglesa, relutante em admitir as

²⁸ Maxine Rhodes (*op.cit*) esclarece que o Conselho Central de Parteiras havia definido esse grupo como “*as profissionais sanitárias responsáveis pelo parto normal*”, tendo como norma acionar o médico sempre que houvesse intercorrências fora do padrão de normalidade estabelecido. Entre esses casos citamos a gemelaridade, a necessidade de uso do fórceps, ruturas genitais que demandassem suturas, apresentação fetal não cefálica, etc.

interferências externas e o controle das políticas públicas numa área que consideravam como uma questão da vida privada, de âmbito familiar/comunitário. A preocupação com a capacitação, aprimoramento e regulamentação do trabalho das parteiras acontecia portanto num contexto de organização da assistência à saúde materno-infantil, à medida em que os cuidados de saúde e o bem-estar social das mães e das crianças eram colocados como prioridade na pauta dos órgãos governamentais.

É interessante assinalar que o processo de profissionalização das parteiras na Inglaterra deveu-se sobretudo ao ativismo da filantropia, do movimento de mulheres e dos investimentos públicos governamentais em prol da formação desse grupo.

A criação e o fortalecimento dos órgãos reguladores e das associações de classe representaram um movimento importante para o desenvolvimento profissional das parteiras. Mesmo contando com uma legislação reguladora para a atividade de parteira, a Inglaterra presenciou uma mudança gradativa no panorama da assistência ao parto. As parteiras tradicionais permaneceram na assistência até pelo menos a quarta década do século XX (Rhodes, *op.cit.*, p194-195).

As medidas visando a formação escolarizada das parteiras e sua inserção profissional no sistema de saúde pública contou com o apoio de duas instituições, cujo papel relevante tem garantido o *status* social das parteiras inglesas até os dias atuais. São elas o Colégio Real de Parteiras e o Conselho Central de Parteiras.

Apresentaremos a seguir um quadro sintético referente às atribuições e trajetórias de cada um desses órgãos, numa perspectiva de ilustrar e comparar as atribuições dos dois órgãos na normatização e estruturação do perfil profissional das parteiras.

Tabela 1 Órgãos de Regulação Profissional de *Midwives*

Instituição/Perfil	Colégio Real de Parteiras	Conselho Central de Parteiras
Criação	Em 1881, como <i>Matron's Aid or Trained Midwives Registration Society</i> , em 1906 já era conhecido como <i>Midwives' Institute</i> . Em 1941 a instituição foi denominada <i>College of Midwives</i> . A titulação de <i>Royal College of Midwives</i> foi outorgada em 1947 através de uma Carta Real.	Em 1902, no contexto da promulgação da primeira Lei da Parteiras (<i>Midwives Act, 1902</i>)
Composição/representação	Parteiras	Parteiras, médicos e leigos .
Objetivos	Aprimorar a competência das parteiras na execução de suas atividades; promover o aporte cultural e o reconhecimento social e realizar a defesa da classe	Elaborar normas e submetê-las ao Ministério da Saúde
Função	Associação profissional e cultural	Regulamentar e legislar sobre a formação e o exercício profissional das parteiras, fiscalizar o exercício profissional
Atividades	Proteção jurídica e defesa dos direitos profissionais, negociação salarial, promoção de cursos de aperfeiçoamento para parteiras inglesas e estrangeiras, representação da classe nos órgãos do governo, tais como o Conselho Central de Parteiras e o Ministério do Trabalho, publicação de periódico (uma revista mensal intitulada " <i>Midwives Chronicle</i> ")	Planejar os cursos para parteiras e promover os meios necessários à execução dos mesmos, nomear examinadores, definir data e localização dos exames, conceder certificados e registro profissional, cancelar o registro das parteiras que infringissem as normas, publicar anualmente o Registro das Parteiras (<i>Midwives Roll</i>), contendo o nome das autorizadas ao exercício profissional
Localização	Sediada em Londres, com filiais no Reino Unido	Sediada em Londres, com as atribuições de fiscalização e autorização de exercício profissional executadas em conjunto com as autoridades sanitárias municipais.

Fontes: Maria Rosa Pinheiro. "Formação e controle de parteiras na Inglaterra". *Anais de Enfermagem*. Rev.bras.enferm 7(3): 248-66, 1954; *Royal College of Midwives* (<http://www.rcm.org.uk/>) em janeiro de 2010; June Hannan. "Rosalind Paget: the midwife, the women's movement and reform before 1914". In: Marland, Hilary & Rafferty, Anne Marie (ed). *Midwives, Society and Childbirth: debates and controversies in the modern periode*. Londres: Routledge, 1997, p.81-101.

Uma comparação entre as duas instituições, o "Colégio Real de Parteiras" e o "Conselho Central de Parteiras", notamos que a primeira representa o órgão de aprimoramento científico e cultural do grupo, além de atribuições de defesa da classe, se constituindo como um órgão corporativo. A segunda instituição

representa a relação das parteiras com a sociedade, regulamentando os seus direitos e deveres e exercendo o controle das suas ações.

Não sendo representado exclusivamente por membros do grupo das parteiras, a composição mixta do “Conselho Central de Parteiras” denota que a profissão tem um caráter sobretudo social, de modo que a autoregulação, papel de certo modo exercido pelo “Colégio Real de Parteiras”, instituição criada e composta por parteiras tituladas, não foi considerado suficiente para o controle social da profissão.

Quando foi criado o “Conselho Central de Parteiras”, a lei de 1902 definiu por um conselho composto por nove membros, dentre os quais quatro deveriam ser médicos, pois a legislação havia reconhecido a obstetrícia como uma prática médica.

Em 1953 havia 16 membros, sendo que destes, nove eram médicos de diferentes especialidades, dentre os quais três obstetras e dois pediatras, e seis representantes do Conselho eram parteiras. Acontece que uma “Lei de Parteiras”, promulgada em 1918, havia definido que o Conselho poderia solicitar ao Ministro da Saúde a alteração de sua constituição representativa. Foi portanto definida a seguinte composição de membros: 6 seriam nomeados pelo Ministério da Saúde, 4 eram representantes de associações médicas, 4 eram enviados pelo “Colégio Real de Parteiras” e 2 eram representantes de associações municipais²⁹.

O “Conselho Central de Parteiras”, apesar de contar com a presença de representantes oficiais do grupo profissional “parteiras”, estava também sob um controle rígido das representações médicas oficiais.

A partir da terceira década do século XX um conjunto de medidas normativas e legislativas contribuiu para novas transformações no cenário da assistência à saúde na Inglaterra.³⁰

²⁹ Ver Maria Rosa Pinheiro, *ibid*, p. 250.

³⁰ O panorama sobre a situação social das parteiras a partir desse período até o final dos anos 50 está descrito e muito bem analisado em três trabalhos que consideramos como as principais referências historiográficas para a nossa abordagem. Um desses estudos é o de Maxine Rhodes (*op.cit*). A outra referência é um estudo, baseado em fontes documentais inglesas sobre a formação e o controle de parteiras na Inglaterra, apresentado por Maria Rosa S. Pinheiro (1954) à Revista Brasileira de Enfermagem. Formada em Línguas Neo-Latinas pela Universidade de São Paulo e em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade de Toronto, Canadá, como bolsista da Fundação Rockefeller, Maria Rosa Sousa Pinheiro (1908-2002) foi, entre outras funções relevantes, diretora da Divisão de Enfermagem do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP entre 1951 e 1955 e consultora da Organização Pan-Americana de Saúde. O terceiro trabalho da nossa referência foi apresentado por June Hannan (*op.cit*).

Assim, em 1936 foi instituído um novo *Midwifery Act*, que transformou de modo substancial a assistência ao nascimento na Inglaterra ao criar, para todo o território inglês e País de Gales, um serviço de partos domiciliar executado por parteiras assalariadas pagas pelos governos locais, também responsáveis pelo registro e supervisão das mesmas. Desse modo, as parteiras foram convertidas em funcionárias públicas³¹, mesmo antes da criação do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*), que veio a acontecer em 1948. Nesse período a profissionalização e os espaços de atuação desse grupo estavam com o processo de consolidação muito bem definido, principalmente desde a legislação de 1902.

Um contraponto que não podemos deixar de assinalar ao compararmos o modelo francês ao inglês diz respeito ao modo de formação da categoria das parteiras.

Enquanto a escola francesa para *sages-femmes* foi organizada como um curso tributário à faculdade de medicina, segundo o paradigma científico e cultural da moderna ciência obstétrica mesclada ao *savoir-faire* tradicional das parteiras, a formação das *midwives* inglesas teve ligação estreita com o processo de profissionalização e cientificação da enfermagem.

Muito embora a profissão de parteira tenha regulamentações e modos de atuação diferenciados da profissão de enfermeira, quando se organizou de modo amplo, em caráter nacional e sob o amparo do Estado, a regulamentação e formação das *midwives*, se envolveu tanto as instituições médicas como as instituições que formavam as modernas enfermeiras inglesas. De modo que a formação das parteiras inglesas seguiu um padrão próprio, conforme apresentamos no próximo quadro³².

³¹ Desde a lei de 1902 essa tendência em alterar o exercício liberal da ocupação de parteira estava materializada pelas iniciativas dos governos municipais ao incluírem nos Planos de Assistência Maternal o pagamento dos partos executados pelas parteiras, o que antes era feito pelas famílias das parturientes.

³² Quadro elaborado Com base no relatório de Maria Rosa Pinheiro (*ibid*, 1954). O programa de formação apresentado foi instituído em 1938.

Tabela 2 Formação de Parteiras na Inglaterra

Qualificação exigida	Tempo total de formação	Duração do primeiro período	Duração do segundo período	Titulação
Aluna graduada enfermeira	1 ano	6 meses	6 meses	<i>Midwife</i>
Aluna sem graduação em enfermagem	2 anos	18 meses	6 meses	<i>Midwife</i>

O primeiro período do curso, dividido em duas etapas, incluía na primeira etapa, aulas teóricas e práticas sobre a assistência de enfermagem, estudos de anatomia e fisiologia, antissepsia, infectologia, nutrição, saneamento doméstico e higiene. Na segunda etapa eram ministradas aulas teóricas sobre a assistência a todo o ciclo da gestação, parto e pós-parto, bem como os cuidados com o recém-nascido; aulas práticas de acompanhamento pré-natal e atendimento ao parto. No segundo período as alunas tinham aulas teóricas e práticas com grande ênfase à prática dos partos, especialmente o atendimento ao parto domiciliar e, além disso, deveriam aprender teoria e prática de anestesia e conhecer profundamente a legislação social e os seus aspectos relacionados a assistência à maternidade e à infância. Ao final do primeiro período do curso, bem como ao término do segundo, todas as alunas deveriam ser submetidas a uma prova de avaliação de conhecimentos denominada Exame de Estado. Após receber a aprovação nos dois exames elas poderiam receber o título de parteira (PINHEIRO, *ibid*).

Para finalizar, consideramos relevante destacar dois indicadores importantes que expressam a evolução da adequação das parteiras às padronizações definidas no processo de regulamentação profissional. Trata-se dos números relativos à aplicação da penalização às parteiras e, também do índice dos partos normais realizados por elas. Assim, no que se refere às penalidades aplicadas pelo Conselho Central de Parteiras, entre 1902 e 1932 foram aplicadas 1.744 penalidades, que resultava na retirada do nome da profissional do quadro do “Registro de Parteiras”; no período entre 1932 e 1952 esse número caiu para 200 profissionais penalizadas. Quanto aos índices de

assistência ao parto pelas parteiras, em 1953 foi registrada a cifra de 98% de partos normais realizados por esse grupo (Pinheiro, op cit, 1954). O que é um forte indício do sucesso da profissionalização da categoria “parteira” na sociedade inglesa.

1.3. CHILE: A PROMOÇÃO DA CONDIÇÃO FEMININA NA MODERNA PROFISSÃO DE MATRONA

En cuanto a vosotras, señoras, la profesión que emprendéis debe excitar sentimientos que, tal vez, os han sido desconocidos hasta este día. Ella va a daros un carácter más elevado que no se reconoce jeneralmente en vuestro sexo; un papel más noble os está reservado en el mundo; vais a haceros ábitras de los intereses de la sociedad.

(Lorenzo Sazié, 1834, citado por ZARATÉ, 2007, p.191).

Maria Soledad Zárate (2007) ao estudar o caso da assistência ao parto no Chile durante o século XIX, afirma que nesse período teve início uma transformação ampla dos modos de prestação de cuidados às gestantes e aos recém-nascidos. Tais mudanças colocavam em confronto as ações da medicina científica, em fase de estabelecimento nos espaços de formação profissional em saúde, e a medicina popular, preponderante nesse período. A inclusão da assistência ao parto no processo de formação e profissionalização médica e as iniciativas formação de parteiras profissionais, iniciada em Santiago em 1834, são dois casos exemplares desse processo de transição de um modo de assistência à saúde executado segundo antigas tradições, para outro, baseado nos novos conceitos e métodos desenvolvidos no âmbito da moderna ciência médica e sanitária de matriz européia.

Tendo como perspectiva a melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil, especialmente do segmento mais pobre da população, médicos, educadores e outros representantes ilustrados da sociedade chilena provocavam o surgimento de uma nova consciência social, ao convocar as mulheres para participar de um processo de renovação numa área de assistência à saúde que, afinal, se reconhecia como delas.

Ainda que vista sob um ângulo que desqualificava as suas práticas, pois que estavam baseadas numa denominada “ciência de hembra”³³, as autoridades

³³ O termo significa “ciência de fêmea” e era usado pelos médicos, em alusão aos saberes e práticas das parteiras. Tinha um sentido pejorativo, pela sua identificação ao gênero feminino, considerado inferior. Uma contraposição em relação à “ciência obstétrica”, de origem masculina e por pressuposto, mais confiável e socialmente superior (ZARATE, *op.cit.*, p. 316-324).

representantes da saúde consideravam importante para a sociedade qualificar profissionalmente as mulheres para prestarem assistência ao parto, devendo ser treinadas segundo um conhecimento científico apresentado como superior, especializado e mais qualificado, tal como era interpretado o saber da ciência médica obstétrica nesse período no Chile.

Considerando a pesquisa de Zárate (*op.cit.*), percebemos que a profissionalização do cuidado tradicionalmente prestado pelas parteiras foi colocado em curso, no Chile, sob um marcante referencial de gênero. Os discursos que fizeram parte da construção da profissionalização do ofício de parteira são exemplos apresentados por Zárate como representativos de uma visão sobre a inferioridade feminina. Foram formulados por representantes ilustres da sociedade e seus argumentos chamavam a atenção para os limites da confiança que a sociedade deveria desenvolver sobre a ação das parteiras, mesmo quando profissionalizadas segundo os saberes da moderna ciência obstétrica. Através de estratégias discursivas, médicos e representantes do poder público proferiam debates que chamavam a atenção para algumas características atribuídas ao feminino e que, portanto, estariam presentes no caráter da parteira profissional. Tal visão era propalada com base na crença de um feminino universal, a-temporal e a-histórico, definindo as mulheres em geral como seres não confiáveis, deficientes e inferiores na hierarquia social.

Analisando o caso chileno, podemos avaliar, numa perspectiva de síntese, que a proposição de uma assistência profissional feminina à gestação e ao parto foi organizada com base nas idéias de que os cuidados em torno do nascimento era um lugar próprio para um trabalho de assistência feminina. As mulheres, embora consideradas como seres emocionalmente mais frágeis, bem como socialmente inferiores aos homens, poderiam ter seu caráter e seu lugar social aprimorados através da ciência. Nesse caso, as novas técnicas de intervenção e os novos conceitos baseadas na moderna ciência obstétrica representavam o aprimoramento científico, cultural e moral que iria diferenciar a antiga parteira da nova *Matrona*.

Zárate pondera que durante o século XIX a profissionalização das parteiras não se processava do mesmo modo que a dos médicos. Seus certificados não tinham o mesmo valor científico da certificação do médico, o que fazia de *matronas* e farmacêuticos também, embora portadores de diplomas,

meros executantes de um ofício prático e não de uma profissão. Essa diferenciação é feita pela autora com base no grau de escolarização. As *matronas* não recebiam um grau de licenciada ou bacharelada, como acontecia com os egressos dos cursos de direito, medicina e engenharia. O curso oficial para *Matronas*, embora ministrado através da Universidade, não titulava como um curso universitário, de modo que Zárate afirma ser esse um primeiro indicador formal de que as *matronas* instruídas exerciam um ofício paramédico e que sua formação não correspondia a um clássico modelo de profissão. O fato de as *matronas* não terem se apropriado desde o início, do controle e da regulação da sua atividade, também leva a autora à concluir que, durante o século XIX, o que houve foi um processo de pré-profissionalização das parteiras. Os cursos representaram, para Zárate, uma modalidade de treinamento voltado para o aperfeiçoamento técnico, não científico, ao contrário da profissionalização dos médicos, que haviam controlado tanto o seu processo de formação como o exercício profissional.

Não pretendemos aprofundar aqui a discussão acerca dos conceitos que diferenciam 'profissão' e 'ofício'. Contudo, não podemos concordar com esse ponto da interpretação de Zárate, por consideramos a formalização do ensino e a regulação das atividades pelos órgãos do Estado como indícios inequívocos da profissionalização do trabalho executado pelas parteiras, ainda que sua formação não tenha se organizado de acordo com o mesmo nível educacional que se oferecia e se exigia dos candidatos a médicos. A promulgação de leis, regulamentos e o apoio dos organismos do Estado; a criação de um mercado formal de trabalho, além da execução de todo um processo formal voltado para a educação e o exercício profissional são signos da passagem de um ofício para uma profissão. Isso ocorreu no Chile através da passagem de parteira a *matrona*, ainda que não tenha se processado, num primeiro momento, sob a égide de um título universitário.³⁴

Partindo de uma perspectiva histórica mais ampla, percebe-se a variação da autonomia profissional em diferentes contextos históricos, embora no mundo do trabalho, de modo geral, a passagem de ofício à profissão faça parte das

³⁴A Licenciatura en Matronería (Obstetricia y Puericultura) outorgante do título universitário de *Matrón/Matrona* foi instituído em 1991, segundo Leticia Lorenzetti Silva (2005), ex-presidenta nacional do Colégio de Matronas do Chile.

transformações inerentes à modernidade. Sobre a questão das parteiras, concordamos com a historiadora Maxine Rhodes(*op.cit*) que, ao discutir o caso da profissionalização das parteiras inglesas, traz uma releitura acerca das linhas divisórias que definem algumas interpretações dos conceitos acerca de profissão/ocupação/ofício. Rhodes argumenta que o caso das parteiras, como um grupo ocupacional preponderantemente feminino, tem sido interpretado por uma determinada vertente analítica da historiografia como um grupo sem o status profissional completo, pois que não possuíam um controle completo sobre os seus próprios programas de formação e nem sobre as normas que regulavam suas atividades de trabalho. Contudo, pondera a autora, as definições acerca do conceito de profissão embasadas pela idéia de uma completa autonomia profissional têm sido seriamente questionadas, uma vez que as pesquisas mais recentes tem revelado que os grupos ocupacionais que compartilham de um conjunto de conhecimentos nunca se caracterizaram por gozar de total autonomia (RHODES, *op.cit*, p189-191).

A transição da situação pré-profissional de assistência para a profissional caracterizou a mudança da situação de “parteira” para a situação de “*Matrona*”, denominação que caracterizou a parteira profissional no Chile. As transformações ocorreram gradativamente num período entre a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX. A formação da *Matrona* no Chile foi uma iniciativa do Estado, apoiada pela comunidade médica e implementada, em 1834, sob a coordenação do médico francês Lorenzo Sazié³⁵. O texto do discurso do médico francês, durante a abertura do curso de parteiras no Chile, em 1834, citado no trabalho da pesquisadora chilena Maria Soledad Zárate, merece ser lido como um exemplo emblemático do tipo de argumentação utilizada para convocar as mulheres a serem parteiras profissionais: a promessa de que ao tornarem-se *Matronas*, essas mulheres abraçariam uma missão social valorizada que estimularia à elevação do seu caráter feminino.

³⁵Considerado pela história da medicina chilena como o “pioneiro da obstetrícia no Chile”, o jovem Lorenzo Sazié, que contava então com 24 anos, era titulado pela Faculdade de Medicina de Paris e assistente do renomado cirurgião e obstetra Armand Trousseau. Foi levado ao país em 1834 com a missão de docência e organização do ensino de obstetrícia no Chile, segundo os modernos preceitos da nova ciência dos partos, pois não havia no país profissionais habilitados para o ensino da obstetrícia para o curso de medicina da Universidade do Chile. Em sua bem sucedida trajetória profissional, além de docente, ocupou cargos acadêmicos e de gestão e organização. Ver Zárate, *op.cit*, p 105-106.

O projeto de formação de *Matronas* no Chile foi colocado em prática num contexto de demandas sociais que pediam pela melhoria da cobertura de uma assistência medicalizada ao nascimento, diante de um diagnóstico situacional de inexistência de parteiras instruídas e como medida de reforço e apoio ao trabalho de algumas parteiras tituladas estrangeiras e que atuavam no país mediante autorização oficial.

A principal dificuldade limitadora para a ampliação mais eficiente do processo de profissionalização das parteiras no Chile durante o século XIX foi, segundo Zárate, as deficiências da educação feminina. A escolarização, requisito exigido para ascender ao processo de formação profissional, era baixa para as mulheres, tanto em dados quantitativos, quando comparado aos índices masculinos, como no nível de conhecimento das escolarizadas. O que acabou acontecendo em maior escala, nas primeiras iniciativas de formação profissional foi, segundo Zárate, a capacitação técnica de algumas mulheres que já vinham praticando o ofício.

O primeiro curso oficial para *Matronas* teve lugar em Santiago, capital da República, em 1834, na maternidade da instituição de assistência conhecida como “Casa dos Expostos”³⁶. Executado sob o financiamento do Estado, a escola para *Matronas*, inserida no “Colégio de Obstetrícia” foi inaugurada com a presença de 16 alunas. Elas contavam com a subvenção do Estado para a sua formação e manutenção. Exigia-se da candidata que soubesse ler, escrever, tivesse recebido uma “educação decente”, saber ler e escrever e que fosse “jovem, robusta e bem constituída” (ZÁRATE, *op.cit.*, p.198). As alunas provinham da capital e das províncias e, neste caso, eram indicadas pelas autoridades provinciais que se responsabilizavam pela garantia do exercício profissional após a formação.³⁷

Em 1865 os cursos para *Matronas* oferecidos através do Colégio de Obstetrícia foram interrompidos devido ao falecimento do professor Estanislao del Rio, responsável pela formação das parteiras. As aspirantes foram orientadas a procurar uma outra modalidade de instrução, oferecida por médicos que atuavam como docentes em caráter privado, para depois serem tituladas, mediante

³⁶ Local para recolhimento de crianças abandonadas.

³⁷ Conforme informa o texto de Letícia Lorenzetti Silva (*op.cit.*).

exames, através do *Protomedicato*³⁸, órgão do governo, regulador dos serviços de saúde (ZÁRATE, *ibid*, pp.225-226).

Em 1872 o curso oficial para parteiras foi reaberto pelo Colégio de Obstetrícia, por um decreto que outorgou ao médico Luis Domingo Bixio a responsabilidade pela formação, a ser ministrada na *Casa de Maternidade de Santiago*, com disciplinas teóricas e atividades práticas. O Ministério de Instrução Pública, referendou, em 1873 o novo curso através de publicação de um plano de estudos. Nesse plano, a formação era concluída em dois anos e as disciplinas cursadas incluíam, no decorrer do primeiro ano, os seguintes estudos: história da obstetrícia, anatomia pélvica descritiva e topográfica, pelvimetria (medidas da pelve feminina) e craniotomia (procedimento cirúrgico obstétrico, complexo, executado em fetos mortos para viabilizar sua retirada do útero materno), anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos, puberdade, nubilidadade, menstruação e menopausa, embriologia, gravidez uterina simples, modificações da gravidez ocasionadas ao corpo feminino, procedimentos para diagnóstico da gravidez, arte de sangrar e procedimentos para aplicação de ventosas. Para o segundo ano os temas se tornam mais complexos e com uma característica mais cirúrgica, embora cabesse aos médicos os procedimentos cirúrgicos complexos, os professores consideravam que as parteiras deveriam ser preparadas para auxiliá-los ou para atuar em caso de eventualidades. Foram as seguintes disciplinas planejadas para o segundo ano de formação: fisiologia e fenômenos mecânicos do parto, apresentações e posições do feto, cuidados à mãe e ao recém-nascido no pós-parto, gravidez e parto gemelar, parto prematuro, parto retardado, aborto, patologia do feto, distócia (dificuldades do nascimento relacionados à alterações anatômicas e fisiológicas da gestante e/ou do feto), operações - versão, fórceps e cesariana, embriotomias, sinfisiotomias, parto prematuro artificial, aborto provocado, patologias da gravidez, amamentação (Zárate, *ibid*, 231-240).

Nesse sentido, é importante destacar que os cursos oficiais, com o apoio estatal, organizados através do Ministério do Interior e da Instrução Pública,

³⁸ O *Tribunal do Protomedicato* do Chile manteve atribuições docentes, de inspeção e jurídicas até o ano de 1875. A sua função de vigilância sanitária e polícia médica foi mantida até 1892, quando suas atribuições foram substituídas no contexto de criação de dois órgãos substitutos: o Conselho superior de Higiene Pública e o Instituto de Higiene, em setembro de 1892 (LAVAL, 2003).

voltados para a formação das *Matronas*, não se constituíram como único espaço de qualificação no decorrer do século XIX. Havia também cursos privados, com duração em torno de três anos, oferecidos pelos obstetras interessados no aperfeiçoamento e regularização das parteiras que, em muitos casos, já vinham atuando informalmente em serviços de atendimento ao parto ou no domicílio da cliente, algumas vezes numa situação de auxiliar do médico, numa relação que implicava num certo tipo de cooperação de trabalho. Após a formação teórica e prática, oferecida nas maternidades públicas pelos obstetras, essas parteiras eram encaminhadas pelos seus professores de obstetrícia ao *Protomedicato*, instituição que concedia a certificação de *Matrona* mediante exames de avaliação teórico-prático. Zárate argumenta que se a formação privada de *Matronas* interessava ao obstetra, também era interessante para as candidatas, que podiam contar com uma formação profissional que lhes possibilitaria obter um diploma reconhecido, o que lhes permitiria atuar com mais autonomia.

No que se refere ao espaço autorizado para o exercício profissional conforme acontecia com as *sages-femmes* na França, onde a formação na escola oficial de Paris permitia o exercício em todo o território nacional, as *Matronas* formadas na escola oficial em Santiago podiam exercer o seu trabalho em todo o território chileno, ao passo que as habilitadas nas maternidades das províncias somente podiam exercer a profissão em âmbito regional. Do mesmo modo, cabia às parteiras a prerrogativa do atendimento ao parto normal, enquanto os obstetras atuavam em situações que exigiam maior complexidade de intervenção, geralmente procedimentos relacionados ao campo da cirurgia obstétrica.

Durante o século XIX os cursos para matronas passaram por algumas descontinuidades, com momentos de interrupção e retorno do processo de formação. Porém, durante o século XX, mediante a continuidade das iniciativas particulares associadas ao apoio do Estado, que valorizava a formação de *Matronas* e a própria capacidade de organização do grupo, a profissão foi gradativamente fortalecida e consolidada³⁹. Zárate pondera que desde o curso

³⁹ Desde o final do século XIX encontram-se registros de organizações que congregaram as *Matronas* em associações próprias. Citamos: a União de *Matronas* do Chile, fundada em 1889; o Sindicato de *Matronas* do Chile, criado em 1904; a Sociedade de *Matronas* do Chile, fundado em 1924; O Sindicato Profissional de *Matronas* do Chile, que perdurou de 1946 a 1965 e o Colégio de *Matronas* do Chile, instituído em 1962. Ver site oficial do Colégio de *Matronas* do Chile em <http://www.colegiodematronasdechile.cl/> .

coordenado por Luiz Bixio em 1872, a instrução de Matronas se tornara um processo contínuo.

Em 1906 foi criado o Instituto de Puericultura, que teria crucial importância no processo de formação e da redefinição do perfil profissional das *Matronas* nos anos seguintes. No âmbito da formação é relevante citar a incorporação, desde 1913, do ensino da Puericultura ao currículo dos cursos para Matronas. Essa medida foi um passo importante para a atuação do grupo, por ter agregado à formação novos conhecimentos trariam para as Matronas um perfil típico de profissional sanitária, ajudando assim a garantir sua permanência, num meio bastante disputado, entre os profissionais que atuavam na prestação de cuidados especializados em saúde. Nesse período do início do século XX, as exigências para o ingresso nos cursos também aumentaram, solicitando-se das postulantes a aprovação do quinto ano do ensino primário. Em 1917 a escola de Matronas foi fundida ao Instituto de Puericultura, quando se determinou a mudança na denominação da Escola, que passou de “*Escuela de Obstetricia*” para “*Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas*” (ZÁRATE, *ibid*, p. 243-245).

Tanto o processo de formação profissional como a inserção da *Matrona* no mercado de trabalho seguiram uma trajetória de ampliação, correspondente às demandas dos órgãos reguladores nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), voltados para a assistência à saúde pública. Quando o Serviço Nacional de Saúde do Chile foi instituído, em 1952, a sua diretriz doutrinária e foco assistencial estavam voltados para o grupo familiar, reconhecido como a célula médico-assistencial básica. Nesse contexto, o trabalho da *Matrona* passou por algumas transformações, no sentido de ampliação do seu rol de atividades fora do ambiente hospitalar. O trabalho direto com a comunidade e a atuação em consultórios públicos fora do espaço hospitalar passaram a fazer parte do cotidiano profissional dessas parteiras. Dentre as atividades executadas pelas Matronas, além da assistência direta à gestação e ao parto, foram agregadas a assistência ao planejamento familiar, incluindo-se nesse rol a prescrição e o controle dos métodos contraceptivos bem como os exames para detecção do câncer ginecológico⁴⁰.

⁴⁰ Segundo Letícia Lorenzetti Silva (*op.cit*), a partir de 1969 as escolas de Matronas incluíram no currículo da formação básica os conceitos e as práticas relacionadas à assistência ao planejamento familiar.

Contudo, a assistência pública, embora um espaço privilegiado de atuação de *Matronas*, não se constituiu como a única opção para o desenvolvimento do exercício profissional do grupo. As universidades, os serviços de saúde privados e ainda a opção pelo atendimento particular, em caráter liberal, foram espaços socialmente reconhecidos para o desenvolvimento do papel social da *Matrona*.⁴¹

O Código Sanitário⁴², publicado em 1968 pelo Ministério da Saúde (Diário Oficial de 31-01-1968) definiu nos seus artigos de número 117, 118, 119, 120 e 124 as atribuições e competências da *Matrona*. O Código assinala, na página 35, livro quinto, que os serviços profissionais desse grupo compreendem a atenção à gestação, ao parto e ao puerpério normal(de baixo risco); a assistência ao recém-nascido, as atividades relacionadas ao aleitamento materno, o planejamento familiar, a execução de ações relativas ao diagnóstico e prescrição médica, além do dever de executar ações de gestão para otimizar os recursos assistências destinados ao bem-estar dos pacientes. O Código também estabeleceu que a intervenção das parteiras na assistência aos partos estava limitada às técnicas manuais, o que implica na interdição de uso do fórceps, por exemplo, e proibiu qualquer tipo de intervenção destinada à prática do aborto. A prescrição e administração de medicamentos também foi definida, sendo permitida á *Matrona* a sua utilização, segundo uma listagem de itens farmacêuticos regulamentados, voltados para o atendimento do parto normal. Os medicamentos e outros produtos farmacêuticos específicos e necessários ao exercício da profissão podiam ser mantidos sob o porte da *Matrona*, entretanto esse grupo, bem como os médicos, cirurgiões e dentistas, não podiam ter interesses comerciais que tivessem relação direta com o exercício de suas atividades profissionais em estabelecimentos responsáveis por produção, distribuição e venda de medicamentos e produtos ortopédicos, protéticos ou óticos.

A partir da segunda metade do século XX, congregadas através de uma organização de regulação profissional com reconhecimento legal⁴³, a atividade de

⁴¹ O exercício liberal da *Matroneria* é uma atividade reconhecida por lei desde 1969, mediante a “Lei de Medicina Curativa na Modalidade de Livre Eleição”. Ver Letícia Lorenzetti Silva (op.cit).

⁴² Versão eletrônica do documento disponível em <http://www.colegiomatronasdechile.cl/>. Consulta em 19/01/2010.

⁴³ Nos referimos ao Colégio de Matronas do Chile, criado pela Lei n° 14.895 de 31 de agosto de 1962, um órgão colegiado, sediado em Santiago, com as seguintes atribuições: aperfeiçoamento, proteção econômica e social e a supervisão e vigilância da profissão de *Matrona*.(Chile. Ministerio de Salud Publica, Biblioteca del Congreso Nacional. Lei 14.895, publicado em 11-09-1962. Disponível em <http://www.colegiomatronasdechile.cl/>)

Matrona estava constituída no Chile como uma importante profissão sanitária. De modo que, ao final do século XX, essa parteira certificada havia consolidado sua representação como profissional de saúde idônea e cientificamente competente para atuar na atenção ao grupo materno-infantil. Até o momento presente, o seu trabalho permanece respaldado legalmente através de diversos códigos legislativos, tais como o Código Sanitário citado acima; o Código Civil, Penal e do Trabalho, bem como as resoluções do Ministério da Saúde (LORENZETTI SILVA, *op. cit.*).

1.4. PORTUGAL: A PARTEIRA TRANSFORMADA EM ENFERMEIRA.

Um olhar sobre a historiografia europeia a respeito das parteiras, especialmente no foco do processo de profissionalização e transformação da representação social do grupo nos diferentes contextos históricos-sociais, nos permite avaliar, num exercício de análise comparativa, que o lugar das parteiras na história da saúde de Portugal apresenta um quadro que evoluiu de modo particularmente diferenciado dos modelos encontrado na França e Inglaterra. Nesses países a tendência foi profissionalizar o antigo ofício das parteiras tradicionais através da formação de um novo tipo parteira, educada segundo os princípios científicos da moderna ciência médica. Em Portugal, a profissionalização do grupo, iniciada timidamente no século XIX, embora também baseada nos princípios iluministas de uma ciência médico-cirúrgica em processo de validação social, não foi marcada por investimentos públicos significativos para a transformação do antigo ofício de parteira numa profissão socialmente relevante.

No decorrer do século XX, a criação de uma miríade de categorias profissionais femininas diversificadas surgiram atuando em funções que ao mesmo tempo complementavam e concorriam com a tradicional função das parteiras. De modo que, em Portugal, não se priorizou a formação de um tipo ímpar de parteira profissional, como vinha acontecendo em outros países da Europa entre o final do século XIX e o início do XX. Ao contrário, as propostas de profissionalização da assistência das parteiras, notadamente as implementadas no século XX, seguiram um caminho que reforçou a hierarquização e a dispersão dos saberes e das funções tradicionalmente atribuídas ao grupo, ao promover a formação de vários tipos de profissionais com funções semelhantes, conforme discutiremos mais adiante.

De acordo com a historiografia⁴⁴, foi a partir da segunda metade do século XVI que surgiram as primeiras regulamentações oficiais relativas ao exercício das

⁴⁴ A nossa abordagem sobre o caso de Portugal contou com a referência de dois estudos históricos especializados, enfocando “parteiras” como tema central. Citamos o trabalho de Isabel Maria M.S.S. Ruano da Costa (2001) e de Marinha Fernandes Carneiro (2003). A primeira apresentou uma dissertação de mestrado sobre o tema e a segunda discutiu amplamente a história das parteiras em Portugal em sua tese de

“artes e ofícios de curar”, fazendo referência direta à função da parteira⁴⁵. O aparecimento do “Regimento das Parteiras”, em 1572, sinalizou a preocupação com os limites definidores do exercício da “arte do partejar”. Registrado na Câmara de Lisboa, o “Regimento das Parteiras” foi apresentado seguindo um padrão presente em outros estados europeus, vinculando a atuação da parteira ao sistema de ofícios corporativos, regulado através de exames, certidões, juramentos e penalidades.

Contudo, no caráter oficial do exercício da “arte de partejar” não havia um sentido laico. No caso de Portugal, assim como de outros Estados católicos, como a França, era obrigação das parteiras, bem como dos médicos e cirurgiões, exigirem da sua clientela o sacramento católico da confissão antes de lhes prestar assistência especializada (Carneiro, *op.cit*, p.91). Consideramos interessante ressaltar que, para exercer legalmente o ofício, a partir do século XVII, após os regulamentos estipulados no “Regimento do Cirurgião Mor do Reino”, a parteira deveria pagar para ser examinada pelo Cirurgião-Mor, bem como por duas parteiras assistentes, uma quantia bastante significativa, que totalizava 1200 réis em 1631. Caso fosse aprovada, pagava ainda uma taxa pela carta de autorização (Carneiro, *ibid*, p.93). Após passar pelos trâmites legais, a parteira examinada se constituía na autoridade oficial reconhecida para ofertar não sómente assistência ao nascimento e às doenças de mulheres, como também emitir pareceres sobre os assuntos relacionados ao corpo e à moral sexual feminina.

Um exemplo que sinaliza o *status* social da parteira examinada encontramos num trabalho em que o objeto de pesquisa, embora sem nenhuma relação direta com a questão das parteiras, trata de situações sociais envolvendo representantes desse grupo. Nesse contexto citamos o interessante artigo de Isabel M.R. Mendes Drumond Braga (1997), que ao abordar o nascimento nos

doutorado. A nossa pesquisa bibliográfica nos levou a concluir que são poucas as pesquisas na historiografia portuguesa sobre esse tema. A possibilidade de consulta direta a fontes pouco exploradas pela historiografia especializada, no caso, os dados estatísticos sobre saúde e profissões de saúde, referentes ao século XX, possibilitaram uma compreensão mais ampla acerca da profissionalização do grupo e sua participação nas instituições de saúde. Foram consultadas as publicações disponíveis na Direção Regional do Alentejo do Instituto Nacional de Estatística, na cidade de Évora, referentes ao período de 1940-80.

⁴⁵ Marinha Carneiro (*op.cit*, p. 90-91) cita dois atos oficiais importantes: um alvará de 03 de março de 1565 que definia a interdição do ofício, caso a parteira não obtivesse a carta de autorização do Cirurgião-Mor, adquirida mediante exame; e uma lei datada de 06 outubro desse mesmo ano que exigia, além do exame, uma aprovação oficial referente a sua “vida e costumes” mediante declaração da Câmara local.

cárceres do Santo Ofício em Portugal acaba explicitando a amplitude do papel social da parteira institucionalizada e juridicamente reconhecida, em períodos anteriores ao processo de formação escolarizada e profissionalização desse grupo, que viria a conhecer as primeiras iniciativas nesse sentido em meados do século XIX.

Assim, sabemos que a parteira recebia pelo seu trabalho junto ao Tribunal de Évora, no século XVI, a quantia de 400 réis por cada parto que atendia e que a maior parte das prisioneiras grávidas encarceradas pelo Santo Ofício não contavam com o auxílio da parteira oficial, pois estas eram convocadas apenas quando parto significava algum risco para a parturiente ou para o bebê (BRAGA, *op.cit*, p. 439). Esse tipo de registro é elucidativo sobre a transformação dos saberes e das competências atribuídas às parteiras no decorrer do seu processo de escolarização e profissionalização. Conforme discutimos anteriormente, um demarcador da diferença entre a assistência das parteiras profissionais e a dos médicos obstetras diz respeito justamente à interdição, imposta ao grupo formado no âmbito da ciência médica, em “operar” diante de situações de risco, deixando isso para o obstetra. Segundo tem apontado os documentos⁴⁶ usados como fontes para os estudos da historiografia especializada, no decorrer do processo de profissionalização da assistência à gestação e ao nascimento, o médico obstetra foi instituído como o novo perito do parto de risco, enquanto a parteira era transformada na “profissional da normalidade”.

Em Portugal, até as três primeiras décadas do século XIX, a formação, os espaços de atuação, o modo de prestação dos serviços e a representação social das parteiras não haviam passado por transformações significativas. A parteira “examinada” e detentora de uma “carta de parteira” representava a vertente oficial do grande grupo das parteiras, do qual também faziam parte as denominadas “curiosas”⁴⁷. Entretanto, a partir de 1836, num contexto de mudanças políticas e sociais, numa condição de pós-guerra civil e sob a vigência de uma ideologia liberal e de modernização da sociedade, a questão sanitária passou a ser tema importante na agenda das reformas administrativas propostas pelo Estado. Nesse contexto, projetou-se que a assistência oferecida pela parteira deveria fazer parte

⁴⁶ Tais como regimentos de cursos, legislação profissional, juramentos profissionais, códigos sanitários.

⁴⁷ Assim como no Brasil, a denominação “curiosa” para a parteira sem licença oficial é termo de uso corrente em Portugal.

de uma ciência da saúde, tributária da medicina, alicerçada sobre uma nova base oficial, escolarizada e profissional (CARNEIRO, *op.cit.*, 154-161).

Segundo Marinha Carneiro (*ibid*) e Isabel Ruano da Costa (*op.cit.*), a partir de 1836 foi iniciada uma formação escolarizada para parteiras através dos “cursos de partos” oferecidos pelas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto e também no “Curso de Arte Obstétrica”, criado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Os “cursos de partos” e o curso de “Arte Obstétrica”, fizeram parte de um processo de reforma do ensino da medicina e da cirurgia, através da implementação de um “Plano Geral de Estudos” que determinou, entre outras ações, algumas mudanças no ensino médico da Universidade de Coimbra e a transformação das Escolas de Cirurgia de Lisboa e do Porto em Escolas Médico-Cirúrgicas⁴⁸.

O “Plano de Organização das Escolas Médico Cirúrgicas de Lisboa e Porto”, documento publicado em 1836⁴⁹, definiu que o *Curso de Parteiras* tinha a duração de dois anos, era gratuito, com componentes de conhecimentos teórico e prático e destinado especialmente para a formação mulheres na arte de partejar; que seria ministrado pelo Lente de Partos, em ambiente separado (dos alunos do curso médico-cirúrgico) e apropriado para as alunas. Ficava a critério do Lente de Partos delimitar a aprendizagem das estudantes, avaliando, segundo critérios próprios, o conhecimento teórico e prático a ser ministrado nos cursos de parteiras. Definia-se que ao final dos dois anos de curso, as alunas deveriam ser examinadas por uma banca composta pelo Lente do ano, por um Lente de operações e ainda por um cirurgião nomeado pelo Conselho da Escola, desde que este tenha prestado serviços no hospital onde se executaram as atividades práticas. Como pré-requisitos para ingresso exigia-se que a candidata soubesse ler e escrever, fosse maior de 20 anos e apresentasse uma certidão de “vida e costumes” assinada pelo administrador do bairro em que residia.

Com base na avaliação dos resultados apresentados nas pesquisa de Marinha Carneiro (*op.cit.*) e Isabel Ruano da Costa (*op.cit.*), notamos que durante todo o período do século XIX, desde que fora criado em 1836 até o ano de 1919, os cursos para parteiras ministrados pelas Escolas ou Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra sofreram vários ajustes administrativos, curriculares e

⁴⁸ Estas em 1911 serão transformadas em Faculdades de Medicina. Ver Marinha Carneiro (*ibid*, p.159)

⁴⁹ Collecção de Leis e Decretos. Lisboa:1836, p.823-824. Apud Marinha Carneiro (*ibid*, p. 162)

relativos aos critérios admissionais das candidatas. Entretanto, uma parte da estruturação inicial permanecia em todas as regulamentações apresentadas nesse período. Trata-se do corpo docente previsto nessa modalidade de formação. No grupo de professores para o campo teórico e para a prática obstétrica, executada nas enfermarias de parto dos hospitais da Misericórdia, ou entre os examinadores que decidiam se a aluna estava ou não apta para o exercício profissional, não havia nenhuma mestra parteira participando oficialmente do grupo de docentes responsável pela formação do grupo⁵⁰. As regulamentações determinavam que na banca que compunha os professores e examinadores deveriam ter apenas os médicos obstetras.

As propostas de profissionalização de parteiras através dos cursos oferecidos pelas escolas de medicina não era a única via para o exercício profissional reconhecido. Em 1870 a “Secretaria de Estado dos Negócios da Instrução Pública” enviou para publicação um programa para admissão aos exames de parteiras, destinado à fornecer certificados que autorizavam o exercício profissional às parteiras que não tinham feito o seu aprendizado nos cursos das escolas de medicina. A banca de avaliação, mediante o qual a aspirante teria o título de parteira, caso fosse aprovada, poderia ser composta ou pelos professores das escolas de medicina (Coimbra, Lisboa, Porto e Funchal) ou pelos Delegados de Saúde dos municípios. Os critérios de admissão e as provas eram bastante rigorosos e todo o processo tinha um custo financeiro a ser pago pela requerente, ao contrário das habilitadas nos cursos das escolas de medicina, em que todo o processo de formação e habilitação à profissão era gratuito. Os critérios exigidos para requerer o exame e o conteúdo das avaliações teórica e prática, com forte ênfase no conhecimento obstétrico e anatômico ensinado nas escolas de medicina, deixavam pouca margem para que as parteiras “curiosas” das camadas mais pobres da população pudessem se candidatar a tais exames. Muito provavelmente, as parteiras que pleiteavam essa modalidade de oficialização do seu trabalho já estavam atuando com algum conhecimento dos princípios da obstetrícia médica. As parteiras habilitadas através dos exames poderiam exercer o seu trabalho com abrangência distrital e apenas nas

⁵⁰A presença de professoras parteiras era praxe nas bancas de avaliação das novas parteiras na França e na Inglaterra.

localidades onde não houvesse parteiras habilitadas pelos cursos ministrados nas escolas de medicina (RUANO da COSTA, *op.cit*, p.129-134).

Essa modalidade de ingresso, ainda que em pequena escala, representou mais uma contribuição no sentido de ampliar o número de mulheres autorizadas a exercer legalmente a profissão de parteira, uma vez que os cursos promovidos pelas escolas de medicina registraram sempre uma baixa frequência de alunas.

51

Essa situação, que facultava às parteiras empíricas, sem escolarização institucional, a possibilidade de validar o seu trabalho através de exames oficiais, foi analisada por Carneiro (*op.cit*) como um dos obstáculos à ampliação da profissionalização escolarizada das parteiras durante o século XIX e nas três primeiras décadas do século XX. Não concordamos com essa análise. Pensamos que a baixa adesão feminina nos cursos de parteiras reflete a complexidade da dinâmica social desse período, envolvendo as desigualdades entre os gêneros, bem como a permanência de valores e representações sociais atribuídos às práticas tradicionais relacionadas à gestação e ao parto, postas em confronto diante das mudanças representativas da modernidade.

O que pensamos que “faltou” nesse processo de incremento da profissionalização escolarizada das parteiras em Portugal foi sobretudo uma mobilização mais ampla e precisa tanto por parte das instituições governamentais como por parte de grupos sociais organizados, para criar espaços que tornassem a presença de parteiras profissionais uma necessidade assistencial.

Entretanto, para a criação de um amplo quadro feminino qualificado e escolarizado, era necessário, antes de tudo, um investimento maciço na escolarização das mulheres, reconhecida pela historiografia como mais baixa que a escolarização masculina, que também não era considerada satisfatória, ao se comparar os índices de Portugal com o de outros países europeus.⁵² O aumento

⁵¹ Ver Marinha Carneiro(*ibid*, p.186-187). A título de exemplo, registramos que entre os anos de 1880-1885 foram matriculadas nos cursos da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa um quantitativo de 70 alunas, enquanto as que obtiveram certificado mediante o exame foram apenas 28 parteiras. Uma outra tabela, apresentada por Marinha Carneiro(*ibid*), contabilizando o registro de diplomas e de matrículas das parteiras da Escola Médico-Cirúrgica do Porto mostra que entre 1837 e 1907 foram matriculadas 247 alunas e dentre essas, apenas 176 tiveram os seus diplomas registrados nessa instituição.

⁵² Irene Flunser Pimentel (2001, pp. 77-81) em pesquisa que aborda a história das organizações femininas no período do Estado Novo em Portugal, aponta que (ainda) nos anos 30 do século XX quase a metade da população em idade escolar primária não frequentava estabelecimentos de ensino, e que a escolaridade feminina era muito inferior à masculina, acrescentando ainda que o o analfabetismo em Portugal era o mais alto da Europa.

da profissionalização de mulheres, notadamente nas atividades de cuidado e assistência, como era o caso das parteiras, só viria a acontecer após a terceira década do século XX, de modo verticalizado, conforme veremos mais adiante. De qualquer modo, essa questão precisaria ser tratada de modo mais aprofundado pela historiografia especializada.

Nota-se no processo de profissionalização escolarizada das parteiras em Portugal, iniciado no século XIX, uma tímida participação dos órgãos governamentais, embora o Estado tenha imprimido uma presença marcante na criação de medidas reguladoras voltadas para as modalidades de profissionalização. O processo de escolarização teve por base ideológica as idéias de cunho liberal, de modo que as instituições de governo faziam a normatização administrativa, porém deixavam um grande espaço para que cada responsável pela formação, expresso na figura do “Lente de Partos”, desenvolvesse o programa de estudos práticos e teóricos a partir de suas próprias idéias e valores. Assim, os critérios de desenvolvimento dos planos de estudos para o aprendizado das futuras parteiras tinham sempre um tom personalista, levando em conta os interesses e as perspectivas de cada professor (Carneiro, *ibid*).

Conforme assinalamos anteriormente, toda a escolarização profissionalizante, bem como a regulação profissional das parteiras estava sob a coordenação exclusiva de médicos, com ausência de parteiras tituladas nos comitês docentes, reguladores e normativos⁵³.

Toda essa situação reflete um bloqueio administrativo da participação das parteiras tituladas no processo de formação das alunas, tornando impeditivo o acesso das egressas dos cursos a um segmento importante do mercado de trabalho: a formação das novas parteiras. Acreditamos que isso dificultou, em grande medida, a organização, coesão e autonomia profissional, itens essenciais para o fortalecimento e crescimento do grupo.

Foi a partir da segunda metade século XX que surgiram as primeiras transformações no estatuto das parteiras que terminariam por redefinir o grupo

⁵³ Em seu estudo sobre as parteiras, Isabel Ruano da Costa (*ibid*, p.31) registra que “*No estudo clínico(práticas) as alunas estavam sujeitas à supervisão da “parteira superior”(...)”*. Marinha Carneiro (*ibid*) também assinala, sem nenhum detalhamento especial, que nas maternidades em que havia essa “parteira superior”, as alunas poderiam ser supervisionadas por elas. Em todo caso, as normas e legislações não previam nenhuma participação docente das parteiras tituladas nesse período.

como uma categoria profissional de enfermagem. A incorporação de conhecimentos de enfermagem no processo de formação do grupo teve como propósito associar ao trabalho da parteira as ações de cuidado da enfermagem. Tal mudança no processo educativo da parteira teve início em 1919, por exigência das Faculdades de Medicina, que as formavam através dos “Cursos de Parto”. Desde então, a parteira profissional passou a conviver com dois tipos de titulações possíveis, representativas de identidades profissionais que lhe podiam ser designadas: *Parteira ou Enfermeira-Parteira*.⁵⁴

Porém, antes da instituição dessa mudança é fundamental chamarmos a atenção para uma cronologia de acontecimentos marcantes em torno da assistência à saúde, implicando em medidas definidoras para as transformações do perfil social e das novas atribuições profissionais das parteiras portuguesas no decorrer do século XX.

Em 1877, no âmbito de uma maior preocupação por parte dos médicos com uma assistência sistematizada e continuada aos doentes em situação de internação, foi criada uma “escola de enfermeiros” junto ao Hospital de Santo Antônio, através da Santa Casa de Misericórdia do Porto. Seguindo essa tendência, em 1881 a Universidade de Coimbra instituiu um curso para formação de enfermeiros em seus hospitais e em 1886 foi criado o primeiro curso de enfermeiros em Lisboa, no Hospital de São José, por iniciativa governamental. Em 1901, numa tendência de normatização da assistência em saúde pública, o governo publicou o “Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública”, com o objetivo de adequar a política de saúde “às exigências científicas e sociais da higiene, bem como às condições administrativas e econômicas do país” (*apud* CARNEIRO, *ibid*, p.273). No processo de distribuição dos poderes e atribuições na reorganização da saúde, foi a classe médica o grupo referendado para se constituir como a liderança executiva do novo sistema sanitário em vigor.

Em 1901, inaugurou-se a primeira Escola Profissional de Enfermeiros, em anexo ao Hospital de São José, em Lisboa. Em Outubro de 1903, foi aprovado um regulamento para todos os cursos oficiais de parteiras, professados na Universidade de Coimbra e nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto. A partir de 1905, só serão admitidas nesses cursos, com duração de dois anos,

⁵⁴ Ver Marinha Carneiro(*ibid*, 281-310)

candidatas com o 2º grau de instrução primária, o equivalente atual ao 1º ciclo do ensino básico⁵⁵. Em março de 1917 o governo instituiu um curso de enfermagem para as mulheres, especialmente voltado para os quadros das participantes da primeira Grande Guerra. Em 1918, no mesmo Decreto (nº 4563) que reorganizava os Hospitais Civis de Lisboa era também instituída uma Escola Profissional de Enfermagem. Uma outra Escola de Enfermagem foi criada, em 1919, pelo Decreto nº 5763, nos Hospitais da Universidade de Coimbra (Carneiro, *ibid;*).

Nesse período a assistência materno-infantil também se organizava de modo mais efetivo, no âmbito da preocupação higiênica e eugênica com a infância e a maternidade. A questão materno-infantil foi materializada através de uma forte campanha médica em prol da criação de maternidades públicas e do desenvolvimento de ações de assistência baseadas na Puericultura. As propostas de reforma do ensino das parteiras era também defendida pelos higienistas e sanitaristas, no contexto de valorização profissional a partir da incorporação de novos conhecimentos, especialmente o da ciência da Puericultura.

Entretanto, apesar da exigência de formação prévia ou concomitante em enfermagem para o acesso aos cursos de parteiras, a partir de 1919, Marinha Carneiro (*ibid*, p. 310-311) argumenta que os cursos de enfermagem não eram dotados de qualidade científica reconhecida e a situação profissional da enfermagem era, nas décadas de 20-30, bastante indefinido. Vários praticantes e outros trabalhadores com formação diversificada auxiliar no campo da saúde eram admitidos ao trabalho hospitalar como categorias de enfermagem, de modo que, algumas Faculdades de Medicina que ofereciam o curso de parteiras, como foi o caso de Coimbra, continuaram admitindo candidatas sem o pré-requisito exigido. Segundo Marinha Carneiro, tal situação se constitui numa chave explicativa para que as parteiras formadas pelas Faculdades de Medicina não se posicionassem como um corpo homogêneo e dotado de atitudes profissionalizantes, tornando-se assim objeto de críticas contundentes, principalmente por parte dos médicos sanitaristas. Assim como acontecia com as “curiosas”, pesava sobre as parteiras escolarizadas suspeitas em torno das suas

⁵⁵ O primeiro ciclo do ensino básico corresponde à atualmente quatro anos de escolaridade.

atividades profissionais, pois ordinariamente, nos discursos médicos, elas eram referidas como potenciais abortadeiras ou “fazedoras de anjos”.

Foi no contexto desse tipo de discurso que surgiram propostas e solicitações, encaminhadas tanto através das parteiras organizadas, como por eméritos professores das Faculdades de Medicina, como o Professor Costa-Sacadura, de Lisboa, pleiteando ao governo pelo aperfeiçoamento moral e educacional da parteira. No âmago das propostas apareciam, como caminho, a formação aprofundada nos temas de higiene e puericultura, da ciência obstétrica e da enfermagem geral. A maior novidade aqui é a questão da puericultura. Apreender os conceitos, a ideologia e implementar ações que levassem em conta os conceitos em torno da Puericultura era apresentado como um elemento importante de combate ao aborto criminoso. Caberia à parteira-enfermeira escolarizada ser transformada no principal agente de moralização social relacionado às questões reprodutivas, à luz desse novo campo do conhecimento médico-social (CARNEIRO, *ibid*).

Contudo, apesar das dificuldades enfrentadas pelas parteiras na constituição de uma identidade e na afirmação profissional do seu campo de trabalho, em 1925, o grupo, ou melhor, uma parte dele, se organizou em torno da *Associação de Classe das Parteiras Portuguesas*. Entidade que poucos anos depois, em 1933, foi transformada compulsoriamente, no contexto da política autoritária do Estado Salazarista⁵⁶, ao se instituir os “sindicatos nacionais”, em *Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas*. Essa nova reorganização das entidades trabalhistas seguia a determinação do Estatuto Nacional do Trabalho, instituído nesse período. A entidade sindical das parteiras foi incorporada, em 1945, ao Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. Alguns anos antes, em 1941, um representante do Instituto Nacional do Trabalho e da Previdência havia “sugerido”, ao Sindicato das Enfermeiras de Lisboa, a fusão

⁵⁶ Quando se constituiu o chamado “Estado Novo” (1933-1974). Um regime autoritário, conservador, com inspiração ideológica nazi-fascista. Contava com o apoio da Igreja Católica. Defendia as tradições e desenvolveu uma política corporativista, centralizadora e antiliberal, antiparlamentarista, anticomunista, e colonialista. Vigorou em Portugal sob a chamada Segunda República. O regime criou a sua própria estrutura de Estado e aparelhos repressivos típicos dos chamados Estados Policiais. Apoiava-se na censura, na propaganda de governo, nas organizações paramilitares (Legião Portuguesa), nas organizações juvenis (Mocidade Portuguesa) e no culto populista do “Chefe” de Estado. Ver Irene Flunser Pimentel (op.cit).

dos sindicatos de enfermagem do país e do sindicato das parteiras em um organismo único (RUANO da COSTA, *ibid*, pp.43-47).

Desde o início dos anos 30, a família se tornava um importante instrumento para política de Estado. Baseada em princípios da Eugenia, e na perspectiva em desenvolver uma sociedade forte e coesa, as famílias seriam capacitadas, através da elevação dos níveis de educação e saúde, para serem detentoras de rígidos princípios morais e cívicos, em prol do desenvolvimento econômico/social e da manutenção do regime político instituído. Nesse contexto, várias instituições e organizações foram criadas com a finalidade em proporcionar assistência à mãe e à criança. A Maternidade Dr. Alfredo da Costa, inaugurada em 1932, em Lisboa, ao oferecer 300 leitos destinados à internação ginecológica e obstétrica, foi um bom exemplo da expansão da política de saúde materna e infantil nesse período.(PIMENTEL, *op.cit*, 2001; CARNEIRO, *op.cit.*) .

Como parte de uma política natalista e antiliberal, de valorização do núcleo familiar, através do bem-estar da mãe de família e da valorização da vida doméstica feminina, foram instituídos diversos órgãos no governo tendo por objetivo trazer concretude nas ações das políticas de saúde materno-infantil. Citamos duas dessas instituições, a Organização Nacional “Defesa da Família”, instituída em 1935 e a *OMEN* (Obra de Mães pela Educação Nacional), organização estatal feminina criada em 1936, que tiveram uma função chave na organização da política de assistência às mulheres e crianças. Um desdobramento da política assistencialista da organização “Defesa da Família” em parceria com a *OMEN* foi a criação do Instituto Maternal, em fevereiro de 1943, tendo por função primordial a centralizar coordenação e impor princípios comuns “às várias modalidades de assistência” prestadas de maneira dispersas. O Instituto seria o órgão articulador de uma rede baseada em instituições públicas, privadas e filantrópicas pré-existentes. Em relação à assistência pública ao nascimento, as instituições do governo preconizavam o atendimento domiciliar ao parto, através de uma organização local executada pelas maternidades públicas. Apenas a gestante no qual fosse diagnosticado risco de vida para ela ou para o bebê deveria ser atendida nas maternidades (CARNEIRO, *ibid*, 339-382; PIMENTEL, *ibid*, p.152-153).

A formação de quadros especializados para atuar nos cuidados à saúde materna e infantil também estava no âmbito da missão social atribuída ao

Instituto Maternal, de modo que, desde a criação da instituição, não poderemos mais nos referir à “parteira”, mas sim à “parteiras”, de tal forma se tornou complexa a formação e o perfil profissional desse grupo.

Se até 1943 a formação das parteiras era desenvolvida exclusivamente através das Faculdades de Medicina de Lisboa, de Coimbra e do Porto, a partir desse período, no âmbito do Instituto Maternal, seria instituída outras formações cujas atribuições e titulação permitiria o exercício do trabalho de parteira: tratava-se inicialmente do título de “Enfermeira Puericultora”. Com Regulamento aprovado pela Subsecretaria de Estado em fevereiro de 1945, os cursos do Instituto Maternal foram iniciados em novembro de 1946, oferecendo um período de formação circunscrito a três anos, em regime de internato. No curso desenvolviam-se disciplinas obrigatórias, teóricas e práticas, que incluíam conhecimentos de enfermagem geral, puericultura, partos, higiene social, técnicas de serviço social, moral e profissional. A formação não era gratuita, ao contrário, tinha um custo bastante elevado, embora estivesse previsto no Regulamento o acesso às postulantes de baixa-renda⁵⁷, que seriam avaliadas pela assistência social (CARNEIRO, *ibid*; RUANO da COSTA, *ibid*).

Com a abertura dos cursos oferecidos através do Instituto Maternal, os cursos de parteiras, ministrados através das Faculdades de Medicina, foram pressionados no sentido de sua finalização. O curso ministrado pela Faculdade de Medicina de Lisboa foi o primeiro a encerrar as suas atividades, quando da criação do Instituto Maternal. A Faculdade de Medicina do Porto encerrou os cursos para parteiras em 1956 e em Coimbra, essa formação permaneceu até 1982, quando foi extinto por Decreto (RUANO da COSTA, *ibid*, p. 50-51).

A partir 1950, numa tendência em considerar a assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido como uma área especializada do campo da medicina, o Instituto Maternal passou a oferecer somente cursos chamados pós-básicos, pois exigia como pré-requisito a formação em enfermagem geral. Desse modo, foram ministrados cursos que foram mudando de titulação a cada novo estatuto ou agregação de novas disciplinas. Assim foram ministrados os cursos para formar Enfermeiras Parteiras Puericultoras, até 1955, quando foi substituída pela

⁵⁷ Conforme discutimos anteriormente, a formação de parteiras na França, Inglaterra e Chile recebiam apoio financeiro do governo para estimular e garantir a presença de alunas, que recebiam bolsas de estudo. Essas medidas facultavam o acesso às mulheres de baixa renda dotadas da escolaridade mínima exigida para ingresso nos cursos.

formação de Enfermeira Parteira. Em 1956 a titulação mudou para “Parteiras–Puericultoras”. O Instituto Maternal também organizou cursos para a formação de quadros auxiliares, através de cursos de “auxiliar de enfermagem parteira”.

As diferentes denominações do título outorgado às profissionais não implicava em alteração no pré-requisito educacional exigido: a formação prévia em enfermagem. O Instituto maternal, que contava com três escolas de formação localizados nas Maternidades de Lisboa, no Porto e em Coimbra, cessou suas atividades em 1967, quando os cursos que ministrava foram agregados às Escolas Profissionais de Enfermagem (Ruano da Costa, *ibid*, p.92). Ainda nesse ano, pelo Decreto 47884 de 31 de agosto, ficou determinado que as escolas oficiais de enfermagem promovessem a criação de cursos de enfermagem obstétrica, cujo programa de curso foi aprovado em 1968 (CARNEIRO, *ibid*, p.550-551).

Foi no contexto da política maternalista do Estado-Novo que os diversos grupos de parteiras diplomadas acabaram se constituindo em agentes fundamentais dos projetos de proteção e valorização da família, da maternidade e da infância. Reflexo desse movimento podemos encontrar na visualização da presença das diversas categorias de parteiras nos serviços públicos, atuando tanto em domicílio como em instituições de saúde, conforme dados baseados em consultas às tabelas apresentadas nas “Estatísticas da Saúde” do Instituto Nacional de Estatística de Portugal.

No capítulo II das “Estatísticas da Saúde de 1969”, encontramos o registro de **499 parteiras**, classificadas como parte do pessoal “*em serviço nos estabelecimentos de saúde com internamento*”, sendo **232** em maternidades e **257** em estabelecimentos gerais. Nos dados deste censo sobre os profissionais que atuam “*em estabelecimentos de saúde sem internamento*” encontramos, para o grupo profissional classificado como “**Parteira**”, o seguinte quadro: **398 parteiras** atuando em Postos Médicos e **77** atuando em Dispensários e Postos materno-infantis, destas **38** trabalhavam em organizações que pertenciam ao Estado, **1** trabalhava em “*Corpos e autoridades administrativas*”, **120** atuavam através de organismos corporativos, **285** em organismos de previdência, **10** atuavam através nas “*Misericórdias*” e **21** exerciam a atividade de parteira através de entidades particulares.

Nas “Estatísticas da Saúde” de 1979, capítulo II, em “*Pessoal em serviço nos estabelecimentos de Saúde com internamento, segundo a profissão e por modalidade de estabelecimento*”, temos um quadro que aponta 209 parteiras atuando em maternidades. Em exercício profissional nos *estabelecimentos gerais* (pois as maternidades foram categorizadas como *estabelecimentos especializados*) temos um quadro com **621** parteiras. O quadro de pessoal em exercício nos *Dispensários e Postos Materno-Infantis* aponta para a presença de **61** parteiras.

Ao examinar a frequência destes grupo profissional nos “Postos Médicos”, encontramos registro de **262** parteiras. O censo estatístico de 1979 apresentou a vinculação profissional das parteiras, de modo que as parteiras em exercício profissional, nos estabelecimentos com internamento (maternidades e estabelecimentos gerais) compuseram o seguinte quadro: **740** atuavam vinculadas ao Estado, **2** em organismos de Previdência, **8** vinculadas às “Misericórdias” e **82** trabalhavam em entidades particulares. Nos estabelecimentos sem internação, encontramos: **312** parteiras vinculadas ao Estado, **4** em associações distritais e patronais, **1** vinculada a organismos de previdência e **6** estabelecidas em entidades particulares.

Mesmo com a criação de maternidades durante o século XX, não foi nesse espaço o lugar onde, por excelência, se desenvolveu o exercício profissional das parteiras, e sim na assistência domiciliar, que, conforme assinalamos anteriormente, era uma prioridade da política assistencial desenvolvida durante o Estado Novo, cujos reflexos podemos observar nas tabelas abaixo, no qual o nascimento em domicílio para o ano de 1969 apresentou cifras três vezes maiores quando comparado aos dados da década seguinte. Observamos ainda que entre o final das décadas de 60 e término da década de 80 o nascimento domiciliar sofreu um declínio considerável. Os nascimentos foram deslocados para o espaço hospitalar, em grande escala, a partir dos anos 70, período em que a formação de parteira perdia espaço para a especialização obstétrica das enfermeiras⁵⁸

⁵⁸ Ao avaliar os quadros das “Estatísticas da Saúde” de 1989, que apresenta os dados mais agrupados, não mantendo os mesmos critérios de classificação encontrado nos períodos anteriores, deparamo-nos com uma classificação denominada “Pessoal em serviço nos estabelecimentos de Saúde, segundo a profissão e por

Tabela 3 Nascimento em Portugal na segunda metade do século XX. Local dos nascimentos.

Ano	Total geral de Partos	Local dos nascimentos		
		Domicílio	Estabelecimento hospitalar	Outros locais
1969	193 501	127 462	65 677	362
1979	161 766	45 819	115 702	246
1989	118 641	7107	111 351	160

Fonte: Dados estatísticos da saúde

Portugal. Instituto Nacional de Estatística
Estatísticas da Saúde: Continente e Ilhas Adjacentes

Tabela 4 Nascimento em Portugal na segunda metade do século XX. Tipo de assistência ao parto domiciliar.

Ano	Total geral de Partos	Tipo de assistência ao parto domiciliar			
		Médico	Enfermeira, Parteira ou pessoal de enfermagem	Sem assistência	Outra
1969	193 501	11 292	50 797	67 799
1979	161 766	6 589	22 147	16 682
1989	118 641	1714	3 444	396	1553

Fonte: Dados estatísticos da saúde

Portugal. Instituto Nacional de Estatística
Estatísticas da Saúde: Continente e Ilhas Adjacentes

Em Portugal, as atribuições do antigo ofício de parteira foram compreendidas, no meio médico-sanitário, como uma função tributária dos cuidados de enfermagem. Os investimentos crescentes em torno da formação, profissionalização e especialização desse cuidado propiciaram que, durante os anos 1970, as escolas de enfermagem estivessem aptas a formar o quadro de “Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica”. Nesse contexto, partir dos anos 1980, foi criado o cursos de “Enfermeira Especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”, representando, até os dias atuais, o grupo substituto da parteira profissional. Consideramos importante ressaltar que a

modalidade de estabelecimento”. As categorias que representavam o grupo das parteiras não aparecem mais nesse período. Com base no critério estatístico adotado, reflexo inequívoco da finalização da formação do grupo “Parteiras”, encontramos um total de **21.010 Enfermeiros** atuando em hospitais, porém não está discriminada a especialidade desta categoria.

integração da enfermagem ao Sistema Educativo Nacional ocorreu entre 1988/1989, quando as Escolas de Enfermagem foram convertidas em Escolas Superiores de Enfermagem.

Num certo sentido, a trajetória de profissionalização das parteiras em Portugal assumiu uma situação ímpar na Europa, uma vez que a historiografia especializada revela que a tendência da maior parte dos países europeus foi profissionalizar o grupo das parteiras sem fundi-las profissionalmente com o grupo das enfermeiras, mantendo uma identidade profissional baseada em formação independente e funcionando com base em estatutos próprios.

2. FORMAÇÃO, TRABALHO E ATIVIDADE SOCIAL: AS PARTEIRAS DIPLOMADAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.

As discussões em torno das estratégias e das necessidades de formação de parteiras, na sociedade brasileira, fizeram parte da pauta de discussão das autoridades, desde o período do Império, quando o ensino médico passou pelas suas primeiras reformas após o início do governo Imperial. No contexto de institucionalização da saúde pública, e com a emergência de novas profissões sanitárias, surgiram novos debates, desta vez em torno de dois modelos de formação profissional de parteiras. Esse debates foram travados no período entre 1925-1970. Nessa parte do nosso trabalho discutiremos as questões relacionadas à formação, inserção social e atividades profissionais de parteiras, tendo como referência o grupo diplomado através das Faculdades de Medicina.

2.1. SOU, COM LICENÇA DA MÁ PALAVRA, PARTEIRA: INSTITUIÇÃO E ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO DE PARTEIRAS NO BRASIL.

Por volta dos anos 1830, em um ambiente político e cultural impregnado por intensos debates e conflitos em torno da autonomia brasileira no período pós Independência, a questão do ensino médico se constituía num dos temas mais discutidos pelos parlamentares nacionalistas. Um grupo de políticos, apoiados pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (instituição criada em junho de 1829), debatia intensamente a necessidade de reformas no sentido de promover o ensino das artes médicas no Brasil, dotado de *status* e nível semelhante aos cursos existentes na nações modernas da Europa, notadamente a França (SANTOS FILHO, v. 2, p.86-96). Em 1832, a Câmara dos Deputados e o Senado do Império aprovaram o “Plano de Organização das Escolas Médicas do Império do Brasil”, apresentado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 03 de outubro de 1832 foram criadas, por decreto governamental, as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, em lugar das “antigas” e respectivas “Academias Médicos-Cirúrgicas”. A partir da reforma passaram a ser oferecidos três modalidades de formação para o exercício oficial das artes de curar: o curso de medicina, de farmácia e o de partos. Dentre os três cursos, somente o de medicina oferecia o título de doutor. O curso de partos titulava “parteiras” e o de farmácia concedia o título de “farmacêutico” (SANTOS FILHO, *ibid.*).

O primeiro movimento relacionado à profissionalização do ofício de parteira no Brasil aconteceu, portanto, no contexto de transformação das Academias médicos-cirúrgicas, existentes na Bahia e no Rio de Janeiro, em Faculdades de Medicina.

Segundo Dilce Rizzo Jorge (1974, p. 42, 74 e 75), para ser admitida no Curso de Partos, com base no estatuto de 1832, a candidata devia saber ler, escrever e contar. Quanto aos pré-requisitos de ordem social, exigia-se a idade de 16 anos completos, atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguesia e pagamento de matrícula. Durante o decorrer do século XIX, com base em sucessivas reformas do ensino médico que se seguiram à criação das Faculdades, os requisitos de admissão para a formação de parteiras foram

ampliados. De modo que, em 1854, quando houve uma reformulação dos cursos, a idade mínima de ingresso passou para 21 anos; a autorização para matrícula era dada pelo pai, quando a candidata era solteira ou pelo marido, quando casada, exigia-se das candidatas a leitura escrita, as quatro operações da aritmética e conhecimentos da língua francesa. A legislação de 1879 determinava os conhecimentos prévios de língua portuguesa e francesa, aritmética, álgebra e geometria; a reforma de 1884 acrescentou os conhecimentos de física, química e história natural e por fim, em 1901, exigia-se domínio da língua portuguesa, aritmética com enfoque para a operação de proporção e uma língua estrangeira: francês, inglês ou alemão. A elevação do grau de exigências estabelecidas desde 1879, na prática, inviabilizavam o ingresso da maioria absoluta das mulheres aos cursos de parteiras. Somente poucas mulheres oriundas das elites possuíam os requisitos culturais exigidos.

Durante todo o século XIX, a frequência nos cursos de parto oferecidos pelas Faculdades de Medicina foi considerada muito baixa. O quadro elaborado por Dilce Rizzo Jorge (*ibid*, p.35) mostra que entre 1832 e 1901 foram certificadas 34 parteiras, sendo 03 na Bahia, 21 no Rio de Janeiro e 10 na Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre⁵⁹.

Em Pernambuco, que só viria a ter uma Faculdade de Medicina em 1922, desde 1840 havia a formação de parteiras com a instalação da “Aula de Obstetrícia” (privativa às mulheres), na cidade de Recife, sob a direção do Liceu Provincial, instituição de ensino público. As aulas eram ministradas no “Hospital Paraíso”. Foi um curso ímpar, promovido legalmente e apoiado pelo Governo Provincial, que lhe atribuiu uma dotação orçamentária. Além disso, a matrícula ao curso era gratuita e não havia definição quanto ao limite mínimo de idade das postulantes. De resto, os pré-requisitos de ingresso seguiram a normatização das Faculdades de Medicina: proficiência em leitura e escrita e atestado de bom comportamento assinado pelo vigário ou autoridade policial da freguesia de origem. O curso era ministrado em 2 anos, funcionava num hospital, tinha início em fevereiro e término em novembro de cada ano, durante três dias por semana. A frequência era obrigatória e o segundo ano consistia na repetição das matérias do primeiro ano (SANTOS FILHO, *op.cit.*; MOTT, 1999; JORGE, *op.cit.*, p.87-90).

⁵⁹ Em Porto Alegre a Escola de Farmácia precedeu a criação da escola de medicina. O Curso de Farmácia foi criado em 1894, o de Partos em 1897 e o de medicina em 1898.(Jorge, *op.cit.*, p.99)

Essa iniciativa foi coordenada pelo médico obstetra Simplício Antônio Mavignier - que havia estudado medicina em Paris – e foi descontinuada após a morte deste, em 1856. Os indícios trazidos pela historiografia apontaram para a extinção do curso pelo governo provincial em 1860, o que nos permite supor que não havia um interesse institucional mais amplo, por parte das autoridades públicas, com a profissionalização das parteiras. Entretanto, entre 1875 e 1884 foi ministrado em Recife outro curso de Partos para mulheres, a cargo do Diretor do Hospital Pedro II, que pertencia à Santa Casa de Misericórdia, porém tratava-se de uma iniciativa particular e funcionou até 1922.

É interessante observar que em 1921 foi criada a Faculdade de Medicina de Recife, onde havia um curso de obstetrícia, cujas atividades tiveram início em 1927 (MOTT, *ibid*, p.152; SANTOS FILHO, *ibid*, p.93, JORGE, *ibid.*, p. 89-93).

Apesar da legislação de 1832 facultar a existência de cursos livres voltados para a arte de curar em todo o território nacional, apenas as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia podiam emitir diplomas ou reconhecer as certificações de outras instituições formadoras. Bem mais do que normatizar o exercício profissional das artes de curar, tal legislação acabou criando obstáculos para o desenvolvimento ou continuidade de cursos oferecidos fora do âmbito das Faculdades.

A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro reconhecia o diploma de parteiras estrangeiras, após serem submetidas a exames, entretanto recusava a admissão aos seus exames de suficiência às egressas do curso ministrado pela Província de Pernambuco, por exemplo, alegando que as parteiras formadas na escola da Província não tinham o mesmo nível das egressas das escolas estrangeiras (MOTT, *ibid.*).

É importante notar que o curso provincial de Recife formou 32 alunas no período de 1840-54, segundo relatado pelo professor Mavignier, responsável pelo curso, enquanto o curso da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro matriculou 21 alunas entre 1832 e 1901 (MOTT, *ibid.*, p. 152-153).

Além do caso pernambucano, Maria Lúcia Mott (*ibid*) chamou a atenção para outras iniciativas de formação de parteiras, como o projeto apresentado em 1862 pelo Conselheiro Jobim - diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O Conselheiro propôs a instituição de cursos de segunda classe para médicos, farmacêuticos e parteiras (conforme acontecia na França). Segundo

definido no projeto, a formação se daria em escolas secundárias a serem criadas em São Paulo, Pernambuco, Maranhão, Minas Gerais e Rio Grande do Sul). Seriam profissionais cuja formação priorizaria o aprendizado prático, exerceriam sua profissão preferencialmente no interior do Brasil, com a missão de combater o “charlatanismo”.

O debate travado em torno desse projeto pelas autoridades da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro é ilustrativo da opinião da elite médica a respeito da profissionalização das parteiras. A principal preocupação explicitada pela Comissão encarregada de avaliar a proposta era com a concorrência profissional que seria aberta, mediante a possibilidade de formação de “um número excessivo de profissionais”. Nesse sentido, a congregação da Faculdade de Medicina achava mais prudente licenciar os “curandeiros” que já exerciam os ofícios relacionados do que formar novas parteiras em cursos oficiais⁶⁰. O projeto foi rejeitado em 1863 pela Congregação da Faculdade na razão de 19 votos contra 2 (MOTT, *ibid*, p.138-139).

Outro projeto visando a formação obstétrica de parteiras e que, do mesmo modo, foi rejeitado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, era de autoria do médico cirurgião Florêncio Estanislao Le Masson. O modelo de formação proposto por Le Masson estava baseado nos estatutos franceses de formação de parteiras de segunda classe, onde a participação dos governos provinciais era fundamental e imprescindível. O orçamento seria organizado pelas províncias através de recursos da filantropia. Todo o curso seria gratuito para as alunas. Era proposto em regime de internato e as mulheres sem instrução teriam acesso ao curso, e teriam escolarização concomitante ao processo de formação.

Além da assistência ao parto, as parteiras formadas pelo projeto do Dr. Le Masson fariam a vacinação da população, preparariam e administrariam medicamentos simples, de uso emergencial, fariam sangrias segundo os preceitos médicos. Enfim, a proposta do Dr. Le Masson acabaria por fazer da

⁶⁰ Diante dessa opção tomada pelos representantes da Faculdade de Medicina, e partindo de uma visão de totalidade, não podemos deixar de refletir sobre algumas iniciativas que tiveram lugar durante o processo de institucionalização da saúde pública brasileira, a partir de 1920. Foram iniciativas sanitárias voltadas para a melhoria da higiene materno-infantil que contaram, em diversos projetos, com o auxílio precioso das parteiras “curiosas”, num sentido de ministrar a esse grupo [de curandeiras] um treinamento mínimo para que pudessem atuar como ‘colaboradoras’ nas ações sanitárias propostas, tais como, a higiene pré-natal, vacinações, puericultura e hospitalização do parto. Trataremos desse processo de modo mais detalhado no capítulo seguinte.

parteira uma profissional sanitária bastante autônoma (BRENES, 2008; PIMENTA, 2003; MOTT, *ibid*).

O projeto apresentado pelo médico Le Masson continha um diferencial importante que, uma vez aprovado, acabaria por ampliar, como acontecera na França, o acesso de mulheres à profissionalização nesse campo. A rejeição da proposta, por parte dos médicos que respondiam pela oficialização da formação de parteiras representava, ao mesmo tempo, uma demonstração do poder outorgado aos seus membros e um real desinteresse por projetos e propostas que significassem a expansão de um grupo profissional não-médico na assistência ao nascimento. Nesse período os médicos procuravam ampliar o seu espaço de atuação como grupo profissional e muitos deles estavam interessados em ocupar um espaço maior no atendimento ao parto, majoritariamente nas mãos de parteiras empíricas.⁶¹

Apesar de, durante boa parte do século XIX, os discursos médicos apresentarem uma visão pejorativa e desvalorizante sobre as mulheres que exerciam empiricamente o ofício de parteira, principalmente em relação à sua origem e condição social; as iniciativas particulares para formação de parteiras, apresentadas fora do âmbito das Faculdades de Medicina, não foram reconhecidas por esta instituição.

Contudo, não partiram somente dos médicos as propostas voltadas para uma profissionalização feminina mais abrangente, destinada para o atendimento à maternidade. Segundo Anayansi Brenes (*op. cit*, 2008) em 1832, antes da criação do Curso de Partos das Faculdades de Medicina, a parteira Madame Berthout, diplomada através da Faculdade de Medicina de Paris e Parteira Mestra da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro - cuja nomeação foi creditada à ordem da Imperatriz Amélia - encaminhou um projeto de formação de parteiras à Assembléia Legislativa. Esse documento intitulado “*Memorial para se consultar*” continha, em suas linhas gerais, propostas semelhantes às apresentadas pelo Dr. Le Masson. Porém, a clientela alvo do curso seriam as orfãs do Recolhimento da Santa Casa de Misericórdia, cujo dote seria utilizado como fonte de custeio da formação. Em 27 de julho de 1832 a Assembléia legislativa encaminhou o documento para a Comissão de Saúde Pública da Câmara. Anayansi Brenes

⁶¹ Essa questão foi discutida de forma mais pormenorizada na minha dissertação de mestrado. Ver Almeida Silva(1999), ver também Brenes (1991).

relata que o projeto não recebeu aprovação, seguindo o parecer contrário do Dr. Júlio Xavier⁶², também responsável pela rejeição do projeto do Dr. Le Masson.

A historiografia sobre as parteiras reconhece e tem constantemente colocado algumas questões a respeito da baixa adesão de mulheres à profissionalização do atendimento ao parto através do curso de parteiras oferecidos pelas Faculdades de Medicina.⁶³ A vasta extensão territorial, a baixa escolarização feminina, a longa permanência do sistema escravista, o patriarcalismo, a desvalorização social do trabalho de parteira tem sido frequentemente apontados como os principais fatores do “desinteresse” das mulheres pela profissionalização nas “artes do parto”.

Mott (*op.cit.*, 1999) pondera que, diversamente do que se passava na Europa, onde a questão da baixa populacional - ocasionadas por guerras, epidemias e escassez de alimentos - pressionava os governos pela melhoria da assistência ao parto e aos recém-nascidos e, nesse contexto, a profissionalização das parteiras era vista como uma ação importante no meio das políticas sanitárias; no Brasil a situação não se colocava do mesmo modo. O estímulo à imigração européia era uma das modalidades de aumento da população do Brasil e um meio de colonizar o território.

De fato, a preocupação com a mortalidade infantil, com a puericultura e com a maternidade começou a aparecer nos discursos médicos, como um problema sanitário de âmbito nacional, ao final do século XIX. E nesse caso, a filantropia era apontada como um modo eficaz de mobilização de recursos (Martins, 2005).

Renilda Barreto (2008), discutindo o contexto baiano, comenta que por todo o século XIX a Faculdade de Medicina da Bahia, instituída em 1832, diplomou duas parteiras e validou os diplomas de duas estrangeiras: uma portuguesa e uma italiana. Sobre o perfil social desse pequeno grupo, Renilda Barreto afirma que tanto as parteiras formadas através da Faculdade de Medicina da Bahia como as estrangeiras que tiveram seus diplomas reconhecidos eram mulheres brancas, alfabetizadas e que viviam do ofício de parteira. Elas

⁶²Francisco Júlio Xavier era filho de médico. Foi formado em Paris. Era membro da Academia Imperial de Medicina e deputado provincial do Rio de Janeiro. Após a instituição da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, era ele o Lente responsável pela Cadeira de Partos (Brenes, *ibid*)

⁶³ A historiadora Maria Lúcia Mott (1999) abordou essa questão a partir da instigante e provocativa pergunta, originalmente formulada pela parteira Mme. Durocher ao apresentar um trabalho de admissão à Imperial Academia de Medicina- “Deve ou não haver parteiras?”- uma questão que acompanharia toda a trajetória de formação e profissionalização do grupo até o final dos anos 1960, conforme discutiremos mais adiante.

anunciavam os seus serviços na imprensa local e contavam com respeito por parte da sociedade baiana.

Renilda Barreto (op.cit) credita a baixa adesão das mulheres ao Curso de Partos da Faculdade de Medicina às exigências do domínio da escrita e da leitura; à adoção de livros e manuais de ensino de obstetrícia em língua estrangeira e ao [alto] custo da formação. Essas exigências teriam excluído a possibilidade de muitas parteiras práticas, oriundas dos grupos populacionais mais pobres, terem acesso à formação. Renilda Barreto pondera que outras questões podiam desestimular à adesão de mulheres ao curso de partos. Dentre elas estava a visão de que a formação científica não era imprescindível para o exercício do ofício de partejar e não representava uma comprovação da competência da parteira. Para muitas mulheres, ela diz, o parto era uma situação da natureza que não precisava ser ensinado em escola. Porém, afirma Renilda Barreto que muitas mulheres da elite e das camadas médias da sociedade baiana envolveram-se em projetos de educação feminina a partir da segunda metade do século XIX. Contudo, foram poucas as que se interessaram pelo curso de partos.

Lamentavelmente, creio não termos muito dados para avaliar se as mulheres que exerciam o ofício de partejar não consideravam importante a aquisição de novos requisitos ao seu arsenal de conhecimentos empíricos, uma vez que, social e economicamente, a maioria delas não tinha essa possibilidade de escolha. A historiografia especializada tem sido unânime em apontar que a origem social do grupo das parteiras sem diploma ou cartas de autorização estava entre os grupos populacionais economicamente mais empobrecidos. Além disso, o exemplo do caso da escola para parteiras de Recife, que isentava as alunas de pagamento de matrícula e dotava o professor responsável de uma verba para as despesas referentes à formação, demonstrou que com algum investimento público era possível ampliar o acesso de um número maior de mulheres nessa modalidade de profissionalização.

Acreditamos que uma chave explicativa para a baixa adesão de mulheres à essa modalidade de profissionalização está, em grande medida, na ausência de uma política de Estado. Estivesse essa política voltada para a maternidade – como o conjunto de cuidados institucionalizados em torno do nascimento - na sua interpretação como uma questão de saúde pública; ou, voltada para a questão de uma educação que incluísse, de modo socialmente mais abrangente, o grupo

feminino, seria possível ampliar o segmento profissional feminino representado pelas parteiras.

Nos exemplos francês e inglês, conforme abordamos no capítulo anterior, verificamos que a profissionalização em grande escala de parteiras envolveu políticas de Estado voltadas para dotar esse grupo de condições sócio-educacionais (concessão de bolsas de estudo, regime de internato durante a formação, ampliação da escolarização, contratação das egressas nas instituições públicas) apropriadas ao processo de formação e voltados para o exercício profissional.

Maria Lúcia Mott argumentou que a criação dos cursos de partos, a partir da reformulação das Academias Médico-Cirúrgicas, pode ter refletido não uma necessidade da sociedade brasileira, mas simplesmente a incorporação de um ítem, parte de um modelo baseado nos ideais de reforma social vigentes nos países modernos da Europa.

Concordamos plenamente com Maria Lúcia Mott e consideramos ainda que a instituição de um curso para parteiras se constituiu, nesse período inaugural, como um evento incidental. A nossa hipótese está baseada em algumas informações trazidas pela historiografia, como o caráter especialmente privativo desse curso para parteiras, colocado sob a responsabilidade particular do Lente de Partos das Faculdades de Medicina. Além disso, quando as Faculdades foram criadas, não foram estabelecidos imediatamente os regulamentos próprios, de modo que os critérios adotados para servirem de regimento às recém criadas Faculdades eram os estatutos da Faculdade de Medicina de Paris, onde funcionava um dos mais conhecidos e requisitados cursos para formação de parteiras de primeira classe. Diante de tal situação, seria difícil adotar o estatuto da Faculdade de Paris sem agregar o curso de partos para parteiras (SANTOS FILHO, op.cit).

No Brasil, no século XIX, a assistência ao nascimento não foi uma questão sanitária de importância social e política. O estado Imperial, embora tivesse preocupações em elaborar leis, regimentos e decretos voltados para a normatização das artes e ofícios de curar, num sentido de modernização, apresentava um sistema político e de gestão dos assuntos públicos que era marcadamente liberal, porém baseado na ética do favor e das relações de amizade . O modelo brasileiro de prestação de serviços de saúde à população

seguia um sistema baseado em iniciativas caritativas - Santas Casas da Misericórdia e outras irmandades leigas - e numa incipiente rede de Casas de Saúde e clínicas particulares, que mantinha relações com grupo da elite médica instaladas nas Faculdades de Medicina, nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador.

Entretanto, a prerrogativa das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia em deliberar sobre os modos possíveis de profissionalização das parteiras - através de cursos próprios ou revalidações de diplomas e certificados obtidos fora das respectivas faculdades, foi alterada ao final do século XIX, quando, após a proclamação da República, foram abertos novos cursos, tais como o Curso de Partos da Escola Livre de Farmácia de Porto Alegre, em 1897, transformada em Faculdade Livre de Medicina e Farmácia em 1898, e o Curso de Obstetrícia da Escola Livre de Farmácia de São Paulo, aprovado em 1900, porém o reconhecimento da validade nacional dos diplomas expedidos pela instituição paulista foi obtido em 1905, pelo Decreto nº 1371 de 28 de agosto (JORGE, *op.cit*).

No Brasil, diversamente do movimento ocorrido no Chile, caso que discutimos no capítulo anterior, o curso para parteiras não surgiu, no contexto dessas primeiras iniciativas, como um projeto médico sanitário advindo do Estado, decorrente da sua preocupação com a higiene e a saúde das gestantes e das crianças recém-nascidas.

Entretanto, algumas mulheres conseguiram aproveitar a oportunidade dessa porta semi-aberta, para atuar profissionalmente, segundo previa a legislação vigente.

A entrada, durante o século XIX, de inúmeras parteiras estrangeiras profissionalizadas em escolas européias para atuar num campo profissional propício a elas, como era a assistência ao parto no Brasil, representou com certeza o diferencial de modernização no atendimento ao nascimento nos espaços urbanos e provavelmente influenciou na adesão das brasileiras a esta formação, a partir do século XX, quando após a primeira década, passamos a notar um aumento da procura pelos cursos oficiais (JORGE, *ibid*).

A revalidação de diplomas de parteiras formadas em escolas estrangeiras foi a medida que mais contribuiu para o aumento do contingente feminino profissionalizado para a assistência ao nascimento durante o século XIX. Dilce

Rizzo Jorge(*ibid*, p. 43) encontrou no livro de registros de diplomas estrangeiros da Faculdade Nacional de Medicina (Rio de Janeiro), um total de 70 diplomas revalidados entre 1856 e 1899, referentes às seguintes nacionalidades: 33 francesas, 22 italianas, 6 portuguesas, 3 alemãs, 1 espanhola e 5 argentinas.

Em São Paulo o contingente de parteiras profissionais foi propiciado, em grande medida, pela presença das imigrantes italianas⁶⁴. Maria Lúcia Mott (2007) apontou a proporção de 50% de italianas num grupo de 88 parteiras inscritas no Serviço Sanitário Paulista no período entre 1892 e 1919.⁶⁵

As parteiras com título oficial foram após a metade do século XIX, um pequeno e raro círculo de mulheres profissionalizadas, um grupo dotado de razoável prestígio social, conforme tem apontado as pesquisas trazidas pela historiografia especializada. Maria Lúcia Mott (2005) demonstrou que as parteiras diplomadas eram um grupo habituado a usar o espaço da imprensa para anunciar o seu trabalho. Com base nesses anúncios foi possível à autora dimensionar o trabalho das parteiras, verificando que elas atuavam com a autonomia pertinente ao exercício de uma profissão liberal (inclusive protagonizando conflitos gerados por uma situação de concorrência), detinham boas condições econômicas, sucesso profissional e credibilidade social. Do mesmo modo, elas incorporaram as inovações técnicas e científicas do período, podendo ser identificadas como agentes da civilização e da modernidade.

No que tange à regulação sanitária das parteiras profissionais, da época de instituição do Curso oficial de Partos em 1832 até o final do século XIX, a legislação sobre as atividades executadas pelo grupo tornaram-se gradativamente mais restritivas.

Em 1882 surgiu um decreto determinando às parteiras a proibição do tratamento de mulheres fora da gravidez e do parto. Determinação esta que seria mantida em toda as legislações posteriores sobre o exercício da profissão:

⁶⁴ Com a crise da escravidão negra no Brasil, antes mesmo da Abolição (1888) o governo passou a estimular a imigração maciça de populações estrangeiras, principalmente europeus. O maior contingente de imigrantes estava representado por italianos. João Luiz Fragoso (1996) destacou que entre 1887 e 1900 foram recebidos 863 mil imigrantes no território paulista, sendo que destes mais de 60% eram italianos.

⁶⁵ Eni de Mesquita Samara (1997, p. 23-60) ao analisar o mercado de trabalho feminino no século XIX, assinalou a presença de 1.021 parteiras elencadas no *Recenseamento da População do Império do Brasil de 187*, sendo 259 parteiras na província de São Paulo. Os dados porém não especificam o perfil profissional desse grupo.

As parteiras, no exercício de sua profissão, limitar-se-ão a prestar os cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos partos naturais. Em caso de distócia ou parto laborioso deverão sem demora reclamar a presença do médico e, até que este se apresente, empregarão tão somente os meios conhecidos para se prevenir qualquer acidente que possa comprometer a vida da parturiente e a do feto. São-lhes expressa e absolutamente *proibidos*: o tratamento médico ou cirúrgico das moléstias das mulheres e das crianças, os anúncios de consultas e as receitas, salvo as de medicamentos destinados a evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente ou a do feto, ou recém-nascido. Tais receitas deverão conter a declaração de - urgentes (Decreto n.º 8387 de 19/01/1882, artigo nº 53. Coleção da Leis do Império do Brasil de 1882. Rio de Janeiro, Tip. Nacional, 1883.)⁶⁶

Este decreto determinou mudanças legais no campo de atividade das parteiras, que até então não estava restrito apenas ao atendimento ao parto, mas incluía também o atendimento às “doenças das mulheres”.

A historiografia aponta evidências de que essa determinação não se cumpria e não era tão vigiada assim pelas autoridades, tais como, por exemplo, as publicações em jornais anunciando uma gama de aptidões das parteiras, que por lei já seriam proibidas. Fazia parte do seu leque de ação, além do atendimento domiciliar ao nascimento, a atuação nas clínicas de partos particulares próprias ou consorciadas com médicos, e em hospitais religiosos. Muitas eram responsáveis por ensinar a prática de partos, atuando inclusive como “mestres” de alguns médicos, como foi o caso da conceituada Madame Durocher, a primeira parteira formada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.⁶⁷

A assistência das parteiras ao grupo feminino não esteve limitada à atenção ao parto. Assim, além de continuar a tratar das “doenças de senhoras”, elas aplicavam vacinas e injeções, atuavam com peritas de medicina legal em caso de abortos, violências sexuais e infanticídios. Atendiam ainda à situações de abortamentos (MOTT, 2005).

Quanto ao Curso de Parteiras, a programação curricular permaneceu sem mudanças significativas até 1925, quando o Decreto 16.782 de 13 de janeiro de 1925 determinou que tais cursos fossem suprimidos e substituídos por um curso visando formação de enfermeiras especializados para o trabalho em

⁶⁶ Documento consultado no “Anexo nº 14” da pesquisa de Dilce Rizzo Jorge (op. cit., p. 152).

⁶⁷ Essa ilustre parteira foi admitida na Academia Imperial de Medicina em 1871. A historiadora Maria Lúcia Mott pesquisou sua vida e sua obra, publicando diversos artigos e mesmo um romance enfocando a vida de Mme Durocher..

maternidades anexas às Faculdades de Medicina. Segundo Dilce Rizzo Jorge (*op.cit*,p.45-46.), as faculdades não organizaram estes cursos. No período entre 1925 e 1931, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Hospital Hamnemaniano e a Faculdade de Medicina do Pará interromperam os cursos de formação de parteiras, enquanto as outras instituições mantiveram a formação com base na antiga legislação, como foi o caso das Faculdades de Medicina da Bahia, de Pernambuco e do Rio Grande do Sul.

A retomada da formação oficial de parteiras aconteceu em 1934, quando os cursos foram reabertos nas Faculdades de Medicina e passaram a fornecer o certificado de enfermeira obstétrica, regido pelo Decreto N.20.865 de 28 de dezembro de 1931. O encerramento do último curso oferecido nessa modalidade, no Rio de Janeiro, ocorreu em 1951, finalização das atividades do Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Hanemaniano do Brasil. Os cursos oferecidos pelas Faculdades de Medicina da Universidade de Pernambuco e de São Paulo foram os últimos a encerrar, ou melhor, a serem incorporados ao curso de enfermagem dessas universidades. Isso aconteceu respectivamente em 1969 e 1971 (JORGE, *ibid*t, p.76-126).

Havia uma tendência, a partir dos anos 1920, em profissionalizar parteiras transformando-as em enfermeiras especializadas. As enfemeiras passaram a se consideradas mais adequadas ao atendimento da maternidade. O discurso proferido pelo professor Raul Briquet, Catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ao abrir os cursos da Faculdade em 1927, é ilustrativo desse ponto de vista.

Ao empirismo das mulheres incultas a que se deu o seu exercício, deve-se o atraso da obstetrícia. No começo do século passado vedava-se ainda o ingresso na Maternidade de Paris aos próprios médicos. Foi portanto a interferência masculina, com seu método e cultura, que engrenou a tologia no aparelho de educação médica. Como se conclui, tornou-se anacrônica a classe de obstetrizes da qual La Chapelle foi a última representante. Seria muito de louvar-se fossem gradualmente transformadas em enfermeiras especializadas, cujos conhecimentos, educação e finalidade social melhor consultam os nobres interesses da Maternidade ("Conceito da Obstetrícia". *Revista de Medicina*, n°46, 1927. Citado por Dilce Rizzo Jorge, *ibid*, p. 72-73.)

A promulgação de uma legislação sobre o ensino de enfermagem (Lei 775 de 06 de agosto de 1949, regulamentada em novembro do mesmo ano pelo Decreto nº27426/49) possibilitou às escolas de enfermagem federais ou reconhecidas, que funcionassem em cidades onde haviam faculdades de medicina, a criação de cursos de especialização em enfermagem obstétrica após a graduação em enfermagem geral.⁶⁸

Nesse período, a Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, vinculada à Escola Paulista de Medicina⁶⁹, oferecia desde 1944 um curso de especialização em enfermagem obstétrica, ministrada após a graduação em enfermagem. Com a legislação de 1949, outras escolas de enfermagem organizaram cursos de especialização em obstetrícia para enfermeiras. Segundo a Diretora da Divisão de Enfermagem do SESP, a enfermeira Marina de Andrade Resende, em 1959 haviam seis cursos em funcionamento:

Existem atualmente seis desses cursos em funcionamento: São Paulo, Campinas, Distrito Federal, Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre; cursos esses que foram aprovados pelas Congregações das Faculdades de Medicina a que estão anexadas algumas Escolas de enfermagem ou pelos Conselhos Universitários das Universidades a que pertencem as outras escolas. O objetivo desses cursos é o preparo de profissionais capazes de exercer a enfermagem obstétrica no campo hospitalar, incluindo maternidades, em domicílio, nas capitais e sobretudo no interior. ("Considerações sobre a Enfermagem Obstétrica". Revista Brasileira de Enfermagem, ano XII, nº 1, p.56, março de 1959)

A partir da oficialização dessa modalidade de formação, as enfermeiras obstétricas egressas das faculdades de enfermagem passaram a rivalizar com as egressas das Faculdades de Medicina, denominadas genericamente 'Obstettrizes', embora a sua titulação pudesse ser de "enfermeira obstétrica ou "obstetriz".

⁶⁸ Esses cursos foram organizados nos anos 50 e tinham a duração de doze meses. A formação em enfermagem geral era ministrada em 36 meses e exigia para admissão o curso secundário. Para o curso de parteiras, nesse período, ministrado nas Faculdades de Medicina, a duração média era de 24 meses, com exigência para admissão do curso primário. Entretanto, com a finalidade de adaptação à Lei 775/49, o Diretor da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo ampliou o curso de formação de parteiras para 36 meses e passou a exigir como requisito prévio a escolaridade ginasial. Ver Jorge, (op.cit., p. 48-51)

⁶⁹ Fundada e dirigida por freiras franciscanas de origem francesa, sob a orientação do arcebispo paulistano D. José Gaspar de Affonseca (SILVA e GALLIAN, 2009).

O ano de 1959, em que a enfermeira Marina de Andrade Resende publicou o seu artigo na Revista Brasileira de Enfermagem fazia parte de um período extremamente conturbado para as enfermeiras e as obstetizes.

O ponto alto das mudanças, debates e controvérsias, em torno das definições do perfil educacional das parteiras, aconteceu durante a década de 1950, quando foi apresentado um projeto de Lei (2640/52) de autoria do Deputado Federal paulista Novelli Júnior, que dentre outras finalidades, garantia a prerrogativa e autonomia da parteira no exercício profissional liberal de assistência ao parto normal além de manter a formação desse grupo através das Faculdades de Medicina, como um curso autônomo, independente da escolarização em enfermagem, conforme requeriam as obstetizes organizadas (Júnior, 1954).

Esse projeto passou por muitos debates, entre mesas e comissões legislativas, sofrendo acréscimos e alterações. Foi vetado em 1957 pelo Presidente da República Juscelino Kubitschek, por influência da cúpula católica, após ter sido aprovado na Câmara dos Deputados e no Senado Federal.

Nesse período, o grupo que mais se opunha à classe das parteiras diplomadas era representado pelas enfermeiras vinculadas a congregações católicas (algumas freiras e outras leigas) e que detinham enorme poder nas instituições de ensino de enfermagem e na associação nacional (ABEn) que congregava a categoria⁷⁰.

A enfermeira Maria Rosa Pinheiro, presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) abordou em seu relatório anual de atividades da entidade profissional (out. 1956 a out. 1957) a rejeição presidencial ao projeto 2.640-C de 1952, destacando que:

Não foi contudo obra da ABEn este resultado. Tínhamo-nos comprometido com o deputado Lauro Cruz a não mais interferir no andamento daquele projeto em virtude da apresentação do novo que considerava os direitos de nossas enfermeiras obstétricas, e mantivemos nossa palavra. A luta foi obra de um grupo de enfermeiras católicas que atuou junto aos altos prelados da Igreja no sentido de impedirem a promulgação da lei ("Relatório da Presidente". Revista Brasileira de Enfermagem, ano X, nº 4, p. 321, dezembro de 1957).

⁷⁰ As enfermeiras religiosas faziam parte de comissões e cargos executivos da ABEn. Algumas eram docentes. Elas escreviam artigos que, com frequência, eram publicados na Revista Brasileira de Enfermagem, no qual o teor religioso e os valores da moralidade católica estava sempre mesclado com o caráter científico da profissão de enfermeira. Dentre as publicações de enfermeiras religiosas desse período destacamos as seguintes edições: nº 4 de dezembro de 1957; nº 3 de setembro de 1958; nº 4 de agosto de 1961; nº 3 de junho de 1962; nº 2 de 1962, nº 5 de outubro de 1964; nº 4 de outubro de 1965.

Antes de passar pelo Congresso Nacional para a votação que poderia derrubar o veto presidencial, alguns eminentes representantes da Igreja Católica solicitaram uma mobilização por parte das autoridades eclesiásticas no sentido de enviarem recomendações aos senadores e deputados pela manutenção ao veto. Em 11 de dezembro de 1956 a decisão presidencial foi mantida pelos congressistas na razão de 139 votos a favor e 136 contrários ao veto. (Jorge, op. citp.60)

Os documentos citados na pesquisa de Dilce Rizzo Jorge (ibid, p.59-60) confirmaram a influência do clero católico na decisão presidencial a respeito da lei que deliberava sobre a profissionalização das parteiras, bem como na decisão final que teve lugar no Congresso Nacional. Dentre esses documentos, destacamos a transcrição da autora de uma circular enviada pela Conferência do Religiosos do Brasil a todas as ordens religiosas em 06 de dezembro de 1956:

Reverenda Madre Superiora

Deve ser examinado no Congresso Nacional, no próximo dia 11, em seção noturna, o veto presidencial ao projeto, que dispõe sobre o ensino de enfermagem obstétrica. Os senhores Cardiais do Rio e de São Paulo, solicitaram do Sr. Presidente da República este veto, pois o projeto, apesar de suas boas aparências, é contrário aos interesse do ensino da enfermagem e também da verdadeira assistência a maternidade e à infância.

Há perigo de que o veto não seja mantido no Congresso, pois as parteiras interessadas estão trabalhando intensamente. Pedimos à Reverenda Madre a seguinte colaboração:

a) uma oração particular em sua comunidade nestes dias, e se os regulamentos de sua casa o permitirem, algumas práticas de piedade especial no dia 11, por esta intenção:

b) trabalho com os deputados e senadores amigos e conhecidos de sua Congregação ou de sua casa: telefone ou faça-os procurar por uma representação de alunas ou por ex-alunas, escreva uma carta em suma, tome as providências eu julgar conveniente. Mas peça aos deputados e senadores amigos que mantenham o veto do Presidente da República ao projeto 2.640/52, com religiosa estima, confiando sobretudo nas orações de sua comunidade, subscrevo-me

Ass. Pe. Irineu Leopoldino de Sousa

F.D.B.

Secretário Geral

(Documento dos Arquivos da Escola de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Apud Jorge, op.cit., p.59-60)

A justificativa do Presidente da República ao veto (Mensagem nº 361 de 1956) dirigida ao Congresso Nacional, alegava razões de política educacional, pois um só tipo de escola, a que formava enfermeiras, poderia manter os cursos de enfermagem e o de obstetrícia. Esse último seria ministrado como uma especialidade de um ano, após a formação básica de enfermagem ministrada em dois anos. Havia também motivos de ordem econômica, pois seria mais oneroso criar outras escolas de obstetrícia do que organizar cursos de obstetrícia nas escolas de enfermagem existentes.(PINHEIRO, 1957, p. 321)

Após o arquivamento do projeto de Lei 2640/52 foi criada pelo Ministério da Educação, segundo recomendação da Presidência da República, uma comissão de peritas em enfermagem e obstetrícia com a finalidade de propor diretrizes que subsidiassem um novo projeto de Lei visando reformular o ensino nacional da enfermagem e da obstetrícia. Interessante observar que a comissão era formada por quatro enfermeiras e apenas uma obstetriz (JORGE, op.cit., p.61).

Dentre as enfermeiras, duas delas, Waleska Paixão e Madre Marie Domineu, eram publicamente vinculadas à Igreja Católica. A primeira era a representante no Brasil do Conselho Internacional Católico de Enfermeiras e Assistência Social (CICIAMS) e a segunda, era freira, tendo atuação como diretora/fundadora da escola de enfermagem do Hospital São Paulo e havia fundado, em 1939, o Amparo Maternal, instituição paulista de assistência médico-social da maternidade, voltada para as mulheres em situação de pobreza e desamparo social.⁷¹

Devido às divergências entre os interesses dos grupos das enfermeiras e das obstetrizes, o trabalho da comissão de peritas originou relatórios separados. Os documentos foram encaminhados à Diretoria de Ensino Superior em Janeiro de 1957. O Ministério da Educação e Cultura elaborou, com base nos relatórios, um ante-projeto de Lei, transformado pela Câmara dos Deputados em Projeto nº 3.082/57(Jorge, *ibid*, p. 62).

Sobre esse projeto de lei, a Associação Brasileira de Enfermagem publicou editorial manifestando parecer favorável às propostas de formação do grupo de

⁷¹ Para uma abordagem detalhada sobre as atividades profissionais e sociais das enfermeiras brasileiras a partir dos anos 1920, ver a interessante biografia coletiva de um grupo denominado “Pioneiras”, apresentado pelas pesquisadoras Vitória Secaf e Hebe Costa(2007). Para os debates em torno da formação e profissionalização das parteiras e o envolvimento das enfermeiras, ver Jorge (op.cit).

enfermagem, no qual estavam incluídas as obstetrizes e as enfermeiras obstétricas:

O novo projeto de lei que reforma o ensino da enfermagem, ora na Câmara dos Deputados, projeto nº 3.082, de 1957, representa, segundo nos parece, o que de melhor pôde reunir o Ministério da Educação e Cultura sobre esse assunto de grande interesse nacional(...). O curso de nível superior, segundo o projeto, matriculará candidatos com o curso colegial, durará quatro anos e conferirá o grau de Licenciado em Enfermagem e o de Licenciado em Enfermagem Obstétrica, segundo o ramo que as candidatas escolherem a partir do 3º ano. (...) Na Faixa imediata põe projeto o curso de enfermagem de grau médio que durará três anos, matriculará candidatos com o curso ginásial e conferirá o Diploma de Enfermeiro ou o de Obstetriz, conforme seja o seu currículo, durante o curso, de enfermagem Geral ou de enfermagem Obstétrica, competindo à candidata essa escolha, no início do 3º ano. ("Editorial". Revista Brasileira de Enfermagem, ano X, número 3, setembro de 1957).

Dilce Rizzo Jorge (op. cit., p.25) assinalou que além das divergências em torno da legislação sobre o ensino, enfermeiras e parteiras também debateram em torno da legislação sobre o exercício profissional e pelo direito ao uso do nome "obstetriz".

Durante a tramitação do projeto de lei nº 3.082, de 1957, no início da década de 60, foi promulgada uma lei federal que definia as "Diretrizes e Bases da Educação Nacional", determinando que era competência do Conselho Federal de Educação as normativas em relação ao ensino nas escolas superiores. Desse modo, o referido projeto de lei foi inativado. Por iniciativa do sindicato das Parteiras do Estado de São Paulo, em consonância com o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi solicitado ao Conselho Federal de Educação que fixasse um currículo mínimo para a formação de obstetrizes, como um curso separado da formação em enfermagem. A solicitação foi atendida pelo Conselho, que criou, mediante o Parecer 303/63 um curso de graduação em obstetrícia, que a partir de 1964 foi elevado à curso de nível superior, exigindo para o ingresso a escolaridade secundária. O parecer tornou possível à enfermeira de saúde pública complementar sua formação como obstetriz e do mesmo modo, a obstetriz, com um ano de extensão dos estudos, poderia graduar-se também como enfermeira (JORGE, *ibid.*,p. 69-71).

Um artigo da enfermeira Madre Maria de Fátima G. da Silva explicitava o pensamento comum do grupo da enfermagem em relação ao exercício profissional e a formação de obstetrizes:

A obstetrix deve ter conhecimentos de enfermagem pois na prática da obstetrícia vamos encontrar as mesmas necessidades quanto à parte técnica e científica da enfermagem, acrescidas das necessidades particulares do campo obstétrico. (.....)

Não concebo uma assistência obstétrica que não seja realizada por uma equipe, cuja coordenação não esteja na mão do médico. Isso não quer dizer que diante de uma gestante, parturiente ou puérpera devam estar todos os componentes do grupo. Mas todos devem ter em vista o mesmo objetivo: a assistência integral que leva em consideração o homem total com suas necessidades físicas, psíquicas, espirituais, sociais e morais.(....)

A obstetrix é hoje uma profissional desejada nos serviços obstétricos domiciliares, hospitalares e ambulatoriais para colaborar com o médico obstetra na assistência obstétrica integral. Seu trabalho é aceito e é bem conceituado no meio em que desenvolve suas atividades.Há alguns elementos na profissão, sem título e sem preparo que a exercem clandestinamente e se dão a conhecer ao público como parteiras, obstetrizes e enfermeiras obstetrizes. Ainda em nossos dias elas são numerosas, bem como as curiosas. Podemos anular sua atuação, elevando o número de profissionais autênticas, com preparo básico de enfermagem e da especialidade (....).

(“A enfermagem obstétrica na realidade brasileira”. Revista Brasileira de Enfermagem, ano XVIII, nº 4, p. 280-287, outubro de 1965).

Entretanto, após a concretização da reforma universitária iniciada em 1968, o Conselho Federal de Educação determinou, pelo parecer 163/72, a transformação dos cursos de Obstetrícia, que formavam as parteiras-obstetrizes, em habilitação oferecida nos cursos de graduação em enfermagem, sob a responsabilidade das Faculdades de Enfermagem. Tal decisão foi tomada por se considerar que havia similaridade entre os dois cursos⁷².

A transformação curricular dos cursos para parteiras nas Faculdades de Medicina, aconteceram num contexto de transformações da política sanitária brasileira; numa situação em que outra profissão, a enfermagem, estava em vias de consolidação. A enfermagem era defendida pelas autoridades sanitárias como uma importante profissão sanitária feminina, de caráter subalterno e auxiliar na hierarquia médica. Para os sanitaristas e também na visão das próprias enfermeiras, a profissional que se enquadrava perfeitamente aos novos conceitos de saúde pública, na sua vertente de higienização e educação sanitária da

⁷² Ver Dilce Rizzo Jorge, *op.cit.*

população estava representada na enfermeira diplomada. Ademais, havia uma diretoria importante da saúde pública, desde os anos 30, que incluía a enfermeira como um elemento chave da organização da assistência pública materno-infantil, no qual se inseria o atendimento ao parto.

As mudanças na formação profissional da parteira - primeiro grupo feminino diplomado no Brasil - teve impactos sociais importantes. Gradativamente se perdia a autonomia profissional possibilitada pelo vínculo da relação direta da parteira com a sua clientela. A prestação do trabalho profissional passaria a ser mediada pelas instituições de saúde dirigidas pelo médico. Esse processo de “enfermeirização” afetou ainda o lugar destinado às parteiras em meio aos grupos profissionais emergentes - médicos, enfermeiras, educadoras sanitárias, auxiliares de maternidade - mobilizados pela ocupação mais efetiva do espaço de cuidado relativo à gestação, ao parto e ao recém-nascido.

Tais mudanças afetaram também a assistência ao nascimento no transcorrer das três últimas décadas do século XX configurando dois cenários diferenciados. Por um lado, nas regiões mais urbanizadas, o nascimento era deslocado gradativamente do espaço domiciliar para o espaço hospitalar. A presença do médico obstetra e a prática da cirurgia cesariana tornam-se predominantes. Por outro lado, nos ambientes rurais e nas cidades distanciadas dos grandes centros urbanos, observa-se a permanência das parteiras *curiosas* e do parto domiciliar, sem a prestação de assistência especializada, quando dela se necessitava - em casos de risco de morte da parturiente e/ou da criança - como uma realidade dominante (BERQUÓ,1994).

2.2 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: UM LUGAR APROPRIADO PARA AS PARTEIRAS DIPLOMADAS?

Ao discutir como se deram as estratégias de implantação do modelo de administração das atividades de saúde, a partir da Lei 378 de 13 de janeiro de 1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde, encontramos no trabalho de Cristina Fonseca (2007), uma análise de referência sobre as transformações das políticas de saúde no Brasil.

Com a nova estruturação do Ministério, coube ao Departamento Nacional de Saúde⁷³, dirigido pelo médico sanitarista João de Barros Barreto, a função de planejar, implementar e coordenar o conjunto de atividades no âmbito da saúde pública. Nesse contexto, Cristina Fonseca (*op.cit*) aponta para relevância dos investimentos em formação e especialização de técnicos para a atuação na saúde pública, com destaque a realização de cursos para enfermeiras, médicos, engenheiros, visitadoras sanitárias e guardas sanitários.

Para compreendermos esse processo a partir dos seus principais protagonistas, torna-se imprescindível destacar o modelo de organização sanitária implantado nesse período na cidade do Rio de Janeiro, Capital da República, que representativamente figurou como um exemplo administrativo a ser seguido em outros estados brasileiros. Muito embora, reformas semelhantes tivessem sido pioneiramente implantadas em estados como o Ceará; a Bahia; Alagoas; Pernambuco e o Amazonas no início dos anos 30. (FONSECA, *ibid*, p.189)

Apresentar esse modelo também se reveste de importância para contextualizar o espaço de atuação das parteiras diplomadas, bem como para subsidiar a discussão do perfil profissional de parte desse grupo, inscrito no Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro, e que eram membros atuantes nesse sistema de saúde pública. A abordagem do perfil desse grupo será o tema do próximo tópico desse trabalho.

Assim, em 1935, antecedendo, portanto, a reorganização do Ministério, os sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde, João de Barros Barreto e José

⁷³ Organizado em quatro Divisões: saúde pública, assistência hospitalar, amparo à maternidade e à infância e assistência a psicopatas.

Paranhos Fontenelle, apresentaram uma análise do modelo de administração sanitária recém adotado no Rio de Janeiro. Os sanitaristas avaliaram os debates em torno da escolha sobre qual seria o sistema de organização institucional mais adequado à realidade brasileira: o modelo centralizado ou o descentralizado, através da divisão em distritos sanitários. Eles consideraram a adoção de um modelo misto como o mais viável, no qual ações consideradas estratégicas, de abrangência nacional ou macro regional ficariam sob a Direção Nacional, enquanto os serviços vinculados à assistência direta da população ficaria sob a organização dos Centros de Saúde. A esse modelo, os sanitaristas classificaram como “*descentralização sem excesso*”:

Concludentemente, foi este o princípio que dominou na reorganização, por que passaram, de próximo, as atividades sanitárias da Capital da República. Instituída a Inspetoria dos Centros de Saúde, que superintende os serviços distritais, foram deixadas de fora de sua alçada as atividades relacionadas com a bioestatística, com a propaganda e educação sanitária, grande parte dos serviços de laboratório, a fiscalização do leite e do comércio por atacado de outros gêneros alimentícios, a hospitalização dos contagiosos e os trabalhos de grande hidrografia sanitária. (J. de Barros Barreto & J. P. Fontenelle. *O Systema de Centros de Saúde no Rio de Janeiro*. Arquivos de Higiene, ano V, nº 1, ,p. 83, Junho de 1935)

Com essa organização, conforme informam os sanitaristas citados, foram instituídos no Rio de Janeiro, cidade que nesse período contava com uma população de 1.690.00 habitantes, cerca de doze Centros de Saúde e quatro Sub-Centros. Sob a direção dos Centros de Saúde estavam os serviços internos - dispensários [consultórios] e escritórios; e os externos - visitação domiciliária e inspeção. O primeiro era executado pelas enfermeiras e o segundo pelos guardas sanitários. Dentre os diversos atendimentos oferecidos à população incluíam-se o serviço pré natal e de higiene da criança. A respeito das atividades executadas pelo *Serviço Prenatal*, os autores Barros Barreto e Paranhos Fontenelle (*ibid*) destacaram o seguinte ponto:

Faz parte do serviço a instrução, auxílio e fiscalização das parteiras “curiosas”. Serão elas inscritas no Centro de Saúde, onde receberão instrução, pelo médico e pela enfermeira, e para onde devem encaminhar as gestantes. Virão ainda neles buscar material esterilizado para os partos que as verificações obstétricas permitem deixar em domicílio ao encargo dessas curiosas: apresentações cefálicas com ausência de qualquer complicação que possa ser prevista. Os demais casos não tem o parto permitido para essas “curiosas”; hão de contratar médicos ou serão hospitalizados por intervenção do Centro de Saúde. (*O Systema de Centros de Saúde no Rio de Janeiro*. Arquivos de Higiene, ano V, nº 1, p. 91, Junho de 1935)

Na citação acima, observamos que os autores não fazem menção à participação de parteiras diplomadas na assistência ao parto. Do mesmo modo, embora constasse na organização do serviço de pré-natal a fiscalização e instrução de parteiras “curiosas”, não estava previsto o cargo de parteira diplomada ou enfermeira obstétrica na tabela dos salários dos profissionais dos Centros de Saúde apresentada pelos autores. Em princípio, a parteira diplomada seria, devido à sua formação, a profissional mais apta a executar a tarefa de supervisão das “curiosas”. No entanto, esta tarefa estava, inicialmente, designada para as enfermeiras de saúde pública.(BARRETO & FONTENELLE, *ibid*, p.114).

Conforme discutimos no capítulo anterior, havia desde meados dos anos 20 uma forte tendência em formar parteiras como “enfermeiras especializadas em obstetrícia”. No decorrer do processo de institucionalização da saúde pública brasileira⁷⁴, as instituições de ensino autorizadas a formar parteiras profissionais, reguladas pelas legislações federais que normatizavam o ensino, viram-se diante do desafio de frequentemente terem que mudar o programa de formação e a titulação das parteiras diplomadas⁷⁵.

Foi em meio ao contexto de valorização social da medicina sanitária que a criação de um novo termo para denominar as parteiras certificadas aparecia como uma questão relevante; um ponto importante para especificar a identidade do grupo. A renomeação das parteiras foi construída no sentido de reconhecê-las como “enfermeiras especializadas em obstetrícia”. Afinal, “parteira” era um termo muito genérico, associado ao empirismo das comadres e curiosas

Provavelmente o termo “parteira”, como um designativo genérico da categoria profissionalizada, soava inadequado a muitos ouvidos. Um juízo de valor negativo cujas raízes remontam ao século XIX. Não podemos deixar de pontuar que *parteira*, aos olhos da medicina científica, estava de longa data representada pela mulher velha, antihigiênica, analfabeta e ignorante, que assistia aos partos e também praticava abortos.

⁷⁴ Compreendendo aqui os processos de institucionalização de acordo com a análise de Castro Santos (2004, p.249-293) que, ao discutir a política de saúde pública no Brasil, define a institucionalização com base na compreensão sociológica que entende esse processo como um modo contínuo e regular de execução de práticas sociais determinadas.

⁷⁵ Até 1930 a designação das egressas dos cursos de parteiras oferecidos nas Faculdades de Medicina era “Parteira”. Após esse período elas podiam ser denominadas enfermeira obstétrica; enfermeira parteira; parteira e enfermeira obstétrica; parteira e enfermeira especializada; obstetritz, enfermeira especializada. Ver Dilce Rizzo Jorge (*op.cit*).

Madame Durocher, parteira diplomada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em relato apresentado à Academia Imperial de Medicina no ano de sua admissão, em 1871, havia definido o perfil das parteiras nos seguintes termos:

As caboclas, portuguesas e negras velhas monopolizavam o exercício dos partos, exercício até então não contestado, curavam as moléstias do útero, benziam de quebrantos, tratavam de espinhela caída: eram apelidadas, como em muitas outras partes, *comadres*; (...) as brasileiras trajavam mantilhas ou baeta, as africanas baeta ou pano da costa, as portuguesas saia, capote e lenço branco na cabeça: suas casas tinham por simples distintivo uma cruz branca na porta. Eram completamente analfabetas, pertenciam à última classe da sociedade, pela maior parte ex-meretrizes, (...) provocavam o aborto, cometiam infanticídios e abandonavam nas ruas ou estradas os recém-nascidos, em resumo, repetiam o que nos outros países já tinha se passado. (...) Muitas senhoras, já por economia, já para não darem entrada na família a mulheres desconceituadas pela opinião pública, preferiam-se fazer-se partejar por suas escravas, principalmente nas fazendas (Relatos de Maria Josephina Mathilde Durocher à Academia Imperial de Medicina. In: Alfredo Nascimento. "Centenário de Madame Durocher". *Revista Syniátrica*, Rio de Janeiro, nº 8, p. 122, 1916).

A partir dos anos 20, muitas questões relacionadas tanto à formação como ao exercício profissional das parteiras passaram a ser debatidas pelas autoridades sanitárias, preocupadas com a implementação de reformas da assistência e da profissionalização da saúde.

No estudo de André Pereira Netto (1995) sobre a profissionalização médica, destacamos a opinião de Arnaldo de Moraes, médico obstetra, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ao se manifestar a respeito da formação das parteiras. Para o professor, a formação das parteiras não prescindia de um curso completo nem necessitava estar vinculado à uma faculdade, podendo ser realizado através de uma cadeira de obstetrícia própria para as alunas. Porém, ele defendia a instituição de um grupo de parteiras profissionalizadas. Debatida no contexto dos discursos dos participantes do Congresso Nacional dos Práticos de 1922, a opinião do médico Arnaldo de Moraes exemplificava a preocupação dos conferencistas com a reafirmação da chamada 'soberania da profissão médica'.

No que tange à preparação de parteiras, sob o ponto de vista da legislação, as proposições com o objetivo de alterar o perfil de formação profissional do grupo tiveram início nos anos 20, quando foi promulgado o decreto nº 16.782 de 13 de janeiro de 1925, cujo artigo 133 trazia a seguinte declaração:

Fica suprimido o actual curso de parteiras e creado um curso para as enfermeiras das maternidades annexas às Faculdades de Medicina (Brasil, 1959, p.55. *Apud* JORGE, p. 219, anexo 40.)

A nova legislação previa ainda que os cursos seriam regulamentados no regimento interno das respectivas faculdades. Essa modalidade de formação não foi colocada em prática pelas Faculdades de Medicina existentes, conforme apontamos anteriormente. Com a falta de organização dos cursos para enfermeiras de maternidade, a Lei promulgada em 1925 se tornou letra morta, conforme assinalou o Clóvis Correa da Costa - médico sanitarista, obstetra e puericultor, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro - que, insatisfeito com a extinção do curso de formação para parteiras ministrado pelas Faculdades de Medicina considerava que essa medida deixava espaço aberto para a livre atuação das *curiosas*:

Outro problema que está a pedir solução é o da formação de parteiras. A última reforma do Ensino acabou com o Curso de Parteiras, que bem ou mal vinha nos dando profissionais, embora em número reduzido, mas que iam preenchendo a sua função social. Foi instituído o Curso de Enfermeiras Especializadas, talvez para facilitar acessibilidade de maior número de candidatas ao curso, menos exigente no preparo prévio, para a matrícula. O curso de Enfermeiras Especializadas seria regulamentado no Regimento Interno da Faculdade de Medicina. Acontece, porém, que o tal Regimento interno não cuidou de semelhante assunto e o assunto de enfermeiras tornou-se letra morta. Acho que podemos ter uma e outra coisa. Devemos ter o Curso de Parteiras, onde se exija conhecimentos superiores de matérias atinentes à especialidade e o curso de enfermeiras especializadas, onde pouco fossem as condições de matrícula e no qual seriam apenas ministrar das noções elementares e indispensáveis de certas matérias, imprimindo ao curso feitiço eminentemente prático; se possível em clínica própria. Como está é que não podemos continuar; criamos situação que representa incentivo ao charlatanismo e à proliferação das *curiosas* ("Inquérito clínico sobre a mortalidade no Rio de Janeiro; meios de corrigi-la". Arquivos de Higiene, ano IV, n.1, p.187, janeiro de 1930)

Clóvis Corrêa da Costa defendia a continuidade da formação das parteiras nas Faculdades de Medicina e lamentava a opção da Saúde Pública pelo trabalho com as *curiosas*:

A Saúde Pública sente-se embaraçada, tolhida na ação contra o exercício ilegal da medicina; vê-se obrigada a transigir com as curiosas, a tal ponto que chamou a si a tarefa de lhes desbastar as arestas, reduzindo, na medida do possível, os inconvenientes da sua atuação, ministrando-lhes instrução sobre assistência ao parto natural, nos Postos de serviço pré-natal. Esforço de efeito precário, a que as contingências do meio obrigaram, não sem crítica daqueles que se não aprofundaram suficientemente do estudo do problema em apreço. Não

há outra coisa a fazer, enquanto não vierem os remédios adequados. É uma vergonha, é uma tristeza, mas é a realidade...A imprevisão de uns e o esquecimento de outros nos levou a esta situação, que urgentemente precisamos remediar, tal é a sua importância. De qualquer maneira, é imprescindível o concurso de parteiras ao serviço de Assistência Maternal, que não pode ser feito exclusivamente por médicos. (*Ibid. Arquivos de Higiene*, p.187, janeiro de 1930)

Entre 1930 e o final dos anos 60, foram promulgadas leis, decretos e pareceres que contribuíram, em grande medida, para disseminar confusões e diversidades de interpretação sobre as estratégias e a organização do ensino voltado para a formação de parteiras, bem como para regular o exercício profissional da categoria.⁷⁶

À medida em que o sistema de saúde pública era estruturado de modo mais complexo tornava-se necessário viabilizar a inclusão de novos agentes para o cuidado em saúde, seguindo uma ordem de categorização, hierarquização e especialização centrada principalmente na liderança profissional do médico, auxiliado em primeiro plano pela enfermeira diplomada, ou, na falta desta, por visitadoras de saúde.

Nos anos 30, a questão materno-infantil passou a ocupar lugar de destaque nos debates em torno da organização da saúde pública no Brasil, culminando com a criação do Departamento Nacional da Criança em 1940. (FONSECA, op.cit, p.160-161)

As questões que envolviam a assistência prestada pela parteira, fosse esta *curiosa* ou profissional, surgiram no âmbito da preocupação com a mortalidade infantil, em crianças menores de 1 ano, e com a *mortinatalidade*, como era chamado o óbito fetal ocorrido no transcurso da gestação.

Os especialistas apontavam que mortalidade infantil era causada em grande medida pela tuberculose, diarreias, e doenças infecciosas em geral, incluindo as chamadas doenças venéreas, no qual se destacava a sífilis transmitida pela mãe à criança durante a gestação. A vulnerabilidade infantil à

⁷⁶ A legislação promulgada em 1931 para regular o ensino das parteiras (Lei 20.865/31), recolocava os cursos anexados aos departamentos de obstetrícia das Faculdades de Medicina, na qualidade de 'curso de enfermagem obstétrica'. A vinculação da profissionalização da parteira à enfermagem foi uma diretriz educacional e de regulação profissional que iria acompanhar o grupo até o início dos anos 1970 (Ver Jorge, op.cit).

essas doenças era relacionada, principalmente, à questões econômicas e ao baixo padrão educacional da população.

Diante do desafio de melhoria dos indicadores de saúde relacionados à assistência materno-infantil, sanitaristas como Clóvis Corrêa da Costa (*op.cit*) associavam os altos índices de *mortinatalidade* à presença majoritária das parteiras curiosas e à escassez de parteiras diplomadas no cenário da assistência ao nascimento. Outras autoridades sanitárias, como Barros Barreto, consideravam importante realizar o preparo e controle da atividade das curiosas. Isso seria alcançado através de treinamentos específicos, de modo que essas parteiras adquirissem habilidades técnicas mínimas necessárias para atuar em programas sanitários, sob caráter provisório.

Esperava-se que as *curiosas*, responsáveis pela maioria dos partos que ocorriam no país, pudessem se tornar colaboradoras na melhoria da atenção à saúde materna e infantil:

Ao Serviço pré-natal, dispensários e enfermeiras, cabe ainda, particularizando um detalhe importante, manter sob contróllo, cada vez mais rígido, até a sua extinção completa, as parteiras curiosas, a enxamearem por toda parte, a começar pelo Rio de Janeiro. J.P. FONTENELLE, na sua demonstração do Centro de Inhaúma, teve essa questão séria a solver: mais de 200 parteiras curiosas, de que se valiam 95% das parturientes. Ao invés de, coercitivamente, impedir-lhe a atuação, preferiu FONTENELLE ir ao seu encontro, recenseá-las, fazer-lhes a triagem, e, às mais capazes, dar instrução e até mesmo licença para assistir aos partos, nos casos absolutamente normais, dentre os que elas próprias encaminhavam ao Centro de Saúde(...). Dessa maneira, a cooperação das "curiosas" se fez sentir, a situação tornou-se outra, os serviços pré-natal e natal melhoraram; e o êxito do cometimento, que depressa se estendeu, veio merecer consignaçoão especial no relatório final dos peritos europeus (profs. Debré e Olsen), da Organização de Higiene da Sociedade das Nações, que de perto acompanharam os inquéritos de mortalidade infantil realizados nos países sul-americanos (Um programa mínimo para os dois problemas máximos de saúde pública, no Brasil. Arquivos de Higiene. vol.8, n.1, Rio de Janeiro, Brasil, p. 15-16, fevereiro de 1938).

Outros médicos sanitaristas apresentaram trabalhos que faziam eco às medidas defendidas por Barros Barreto, Diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS).

Em 1939, o sanitarista do DNS, médico Aquilles Scorzelli Junior, ex-diretor de Saúde Pública do Estado da Paraíba, apresentou um relatório sobre a mortalidade infantil em João Pessoa. Era grande a preocupação do sanitarista com o crescimento do número de óbitos em crianças na faixa etária de 0 a 1 ano de idade, verificada em inquérito epidemiológico abarcando um período de sete

anos⁷⁷. Scorzelli Junior considerava a mortalidade infantil como um dos mais importantes problemas para a repartição sanitária do Estado da Paraíba. Entretanto, havia, segundo o sanitaria, grande precariedade na coleta das informações relacionados aos baixos índices dos nascimentos registrados.

Os registros de nascimento se constituíam na principal fonte de informação para a realização do inquérito sobre nascidos vivos. Scorzelli Junior considerava uma medida primordial para melhorar o sistema de informação sanitária, de forma que se constituísse na expressão mais próxima da realidade, estimular a notificação dos nascimentos pelas parteiras “curiosas”:

As “curiosas” começaram a ser trazidas à colaboração em junho de 1937.(...) Essa participação das curiosas merece destaque. Das 27 registradas no Serviço Pre-Natal (Dr. Jayme Lima), nem todas ainda compareceram ali regularmente. O trabalho é recente e, evidentemente, há de tomar incremento com o decorrer do tempo. Já nos primeiros tempos de funcionamento, dá resultados francamente animadores, trazendo ao conhecimento da Repartição 23,9% de nascimentos que não foram registrados.(....). O período considerado já permite uma confirmação da eficácia da conduta inaugurada po J.P. FONTENELLE no Centro de Inhauma. Indubitavelmente, é melhor prática tratar mais pacificamente as “curiosas”, atraindo-as e controlando-as, auxiliando-as ao mesmo tempo que as instruindo e lhes ministrando bons hábitos de higiene. Obtem-se, certamente, valiosa colaboração, pois com elas, se consegue meio mais fácil e proveitosode penetrar as camadas pobres da população, numericamente preponderantes. Aqui, como em outras partes, **são elas que presidem à maioria dos nascimentos** [grifo nosso]. Guerreá-las formalmente, será mais que compelir à rigorosa clandestinidade uma atividade vultuosa e que pode ser habilmente controlada, criar contra a repartição sanitária a animosidade dos que se julgam prejudicados em suas preferências.(“Mortalidade infantil em João Pessoa”. Arquivos de Higiene. Publicação oficial do DNS, v.9, Rio de Janeiro, Brasil, p.33-35, fev. 1939).

Não há, em todo o trabalho do Dr. Scorzelli, nenhuma alusão à participação de parteiras profissionais nas iniciativas de melhoria dos cuidados prestados ao parto e nascimento.

A necessidade de profissionalização de parteiras preocupava também o sanitaria Achilles Scorzelli Junior, que escreveu no contexto de elaboração de proposições visando à efetivação de um plano de medidas sanitárias para o combate da *mortinatalidade*. Associando o problema da *mortinatalidade* à

⁷⁷ Parte de um índice crescente; em 1931, primeiro ano do inquérito, o coeficiente de mortalidade infantil apresentada estava em 254 por mil nascidos vivos, o que representava 594 óbitos de crianças menores de um ano em meio ao total registrado de 2.337 nascidos vivos. No último ano do inquérito apresentado, em 1937, esse coeficiente havia subido para 329 por mil nascidos vivos, o que significava, em números absolutos, que em 2.118 nascimentos vivos do ano de 1937, haviam morrido 697 crianças (Scorzelli junior, 1939). Nem precisa ser especialista para inferir que esse quantitativo representava cifras muito elevadas.

melhoria das atividades de assistência 'pré-natal e natal', Scorzelli Junior discorria sobre a situação das parteiras *curiosas* e também defendia a adoção da assistência obstétrica domiciliar, observando que:

A atividade das “curiosas” não é legalmente admitida, mas os regulamentos sanitários, padronizados pelo Departamento Nacional de Saúde e aprovados em vários Estados, **permitem [grifo nosso]** que seja regularizada a situação, por sua transformação em “enfermeira obstétrica licenciada”, que deverá possuir diploma ou certificado expedido por escola ou estabelecimento hospitalar idôneo, a juízo da autoridade sanitária, válido no território estadual.

Poderia, assim, ser admitida esta categoria de auxiliares, junto a parteiras de melhor padrão, sob a supervisão de médicos obstetras, nas organizações de assistência obstétrica domiciliar, propostas por C. Correia da Costa, para atender a carência de maternidades, deixando-se os leitos disponíveis para os casos previamente indicados pelo serviço pré-natal ou que, na intercorrência de anormalidade, revelam essa indicação (“Mortinatalidade nas capitais brasileiras”. Arquivos de Higiene, ano 13, n.3, p.24-25, dez. 1943).

Considerando as observações do sanitarista Scorzelli Junior, poderíamos supor que a ascensão profissional da parteira *curiosa* no sistema sanitário era uma ocorrência usual, uma vez que permitida pelo código sanitário em vigor⁷⁸. Mas na realidade a situação se revestia de maior complexidade. O perfil social das parteiras curiosas, segundo relatos dos representantes da própria medicina científica, mostrava um grupo composto, via de regra, por mulheres mais idosas, analfabetas ou semi-alfabetizadas, não condizendo com o perfil escolarizado exigido para a formação profissional de parteira.

As iniciativas públicas de incentivos à melhoria da saúde materna e infantil, e a escolarização e profissionalização de parteiras, não seguiam no mesmo ritmo. Provavelmente essa era uma das razões pelo qual o grupo de parteiras

⁷⁸ O Regulamento sanitário publicado em 1935, na parte referente ao exercício da profissão de parteira, em seu parágrafo único definiu que: *Será inscrita como “enfermeira obstétrica licenciada” quem possuir diploma expedido por escola ou estabelecimento hospitalar idôneo, a juízo de autoridade sanitária, e que será válido apenas no Estado onde houver sido expedido.*(Regulamento Sanitário. Arquivos de Higiene, ano V, n° 3, p.225, dezembro de 1935)

profissionais não aparecia na maior parte dos projetos sanitários voltados para a mãe e a criança.

As dificuldades de se consolidar, no âmbito da política educacional, a ampliação da formação de grupos profissionalizados de parteiras estava, em grande medida, embasada pelo modelo de saúde pública adotado no Brasil. Sob a inspiração do modelo norte-americano, a organização da assistência à saúde estava centrada na ação coordenada do médico, auxiliado pela enfermeira formada para o trabalho em saúde pública. Ademais, haviam conceitos que separavam, segundo as técnicas próprias de prestação de cuidados à saúde, as ações da medicina curativa das atividades da saúde pública. A primeira praticava intervenções e tratamentos mais individualizados; enquanto a segunda executava a medicina preventiva, de cunho mais educativo e coletivo. O trabalho da parteira profissional estava colocado, pela saúde pública, no segmento da medicina curativa especializada. Tanto é assim, que a presença da 'parteira diplomada' aparecia no discurso do Dr. Barros Barreto, conforme podemos verificar mais adiante, no contexto do planejamento e discussão teórica de uma medicina curativa que precisava encontrar sua interface com a saúde pública.

Nesse contexto era a enfermeira quem ocupava o lugar de preciosa coadjuvante nas ações de gestão, educação sanitária e prestação de serviços de saúde. Nesse sentido, João de Barros Barreto, em discurso proferido durante a Conferência Americana de Higiene Rural, promovida pela Organização de Higiene da Liga das Nações, abordou a importância da participação da enfermeira nos programas de saúde pública nos seguintes termos:

Às enfermeiras, mais que a qualquer outro grupo de auxiliares, cumpre devotar, na tarefa de organização dos serviços, o máximo das atenções. De um bom corpo de enfermeiras, com o conveniente preparo, não podem prescindir, modernamente, quer os cometimentos de higiene, quer os de medicina curativa. Ali, não faltam evidências de que, sem o seu concurso, muitos problemas sanitários de monta não se podem resolver satisfatoriamente, em especial os que dependem da modificação de hábitos individuais: para isto nada há, de fato, que se compare a um trabalho de educação sanitária, que melhor que ninguém realiza, em ação persuasiva e insistente, a mulher como necessário preparo técnico ("Medicina curativa em meio rural e suas relações com o

serviço de saúde pública”. Arquivos de Higiene, publicação oficial do DNS, v.9, p.25, fevereiro de 1939).

A ampliação do quantitativo de parteiras profissionais e as alterações do seu processo educacional, no sentido de aprimorar a aptidão do grupo, para que pudessem corresponder às expectativas da melhoria do quadro sanitário da infância e da maternidade brasileira, era pauta importante na agenda dos expoentes da reforma da saúde pública.

Ao abordar o tema das políticas de saúde para o meio rural, Barros Barreto destacava a profissionalização dos grupos femininos – incluindo as parteiras – como um fator importante para impulsionar a “tarefa sanitária”. Nesse sentido ele recomendava:

Havendo assim que cuidar, contemporaneamente, do preparo de enfermeiras e atendentes, parece recomendável para isto a instituição de escolas em que, a um tempo, para umas e outras, também para **parteiras** (como se fez nas colônias italianas), ainda para visitadoras sociais e, tal qual no padrão da escola de Belo Horizonte (Brasil), cursos finalmente para serviços de emergência, como os da Cruz Vermelha: assim se consegue drenar para as escolas moças da melhor sociedade, com a vantagem de se ter, mais facilmente, vindo deste último curso, um contingente valioso para o núcleo das futuras enfermeiras (.....). Aflorou-se um ponto de importância, o do preparo de **parteiras** para o meio rural: assalariando-as mesmo pelos poderes públicos, como se faz em muitos países europeus – Espanha, Itália, França – e em cifra proporcional à população e à taxa de natalidade, haverá que as encaminhar para as zonas rurais onde deverão substituir progressivamente as “matronas, aparadeiras ou curiosas”, como são pitorescamente chamadas. Serão talvez as parteiras a um tempo enfermeiras, como na Inglaterra – presentes sempre as restrições que se fazem à generalização da medida – ou parteiras com algumas funções de enfermagem (higiene pré-natal ou infantil) – prática admitida na Europa, em países do extremo Oriente, nas colônias francesas. Seja como for por bastante tempo ainda, haverá mulheres leigas em trabalho nas zonas rurais. Ao invés, então, de perseguí-las – e já há evidências do desacerto da medida – mais vale cuidar, como se faz no Brasil, de ministrar-lhes um certo grau de educação, fazendo-as seguir um curso elementar de higiene, registrar nos serviços as já aprovadas, prescrever-lhes preceitos e regras para atuação profissional só possível em casos comprovadamente normais (*ibid*, p. 27-28)

Entretanto, Barros Barreto considerava fundamental frisar o caráter provisório dessa estratégia de trabalho com as *curiosas*. O sanitarista defendia a implantação, em nível nacional, de um “serviço obstétrico domiciliar” sob a responsabilidade assistencial da parteira diplomada:

Aos poucos virão substituir-se às leigas as parteiras diplomadas e será então oportuno verificar a possibilidade da instituição progressiva de um **serviço obstétrico domiciliário** [grifo nosso], ligado ao sistema de ambulatórios e hospitais regionais: para estes seriam apenas encaminhados os casos que requeressem intervenção médica. Permitirá naturalmente o estabelecimento racional daquele serviço de acordo com as condições locais, a restrição do número de leitos no setor maternidade dos referidos hospitais. (*ibid*, p. 28)

É importante esclarecer que ao se referir à 'parteira diplomada', o sanitarista não a dissociava da enfermeira, conforme observamos no seu relato anterior. A parteira diplomada era, ou deveria ser, parte do quadro das enfermeiras especializadas, nesse caso, em obstetrícia, para atuar no segmento da chamada medicina curativa, porém do âmbito da saúde pública.

Se a saúde pública guardava pouco espaço para atuação da parteira profissional, em que segmento do sistema de assistência a saúde ela poderia estar mais adequadamente inserida?

Uma visão sobre o espaço profissional da parteira diplomada [enfermeira obstétrica] em meio aos serviços de saúde pública foi evidenciado por Barros Barreto (1944). Ao expor sobre a organização do Serviço Nacional de Saúde referente ao ano de 1943, ele apresentou a definição das normas para o funcionamento do Serviço de Higiene Pré-Natal (*S.H.P.N.*), as quais deveriam vigiar sob 'imediata fiscalização do Chefe do Centro de Saúde'. Dentre as ações preconizadas para o *S.H.P.N.*, havia o '*controle e instrução de parteiras e curiosas*'.

Ao definir a equipe mínima para executar as atividades desse Serviço, foi incluída a presença de, pelo menos uma, enfermeira obstetra. Na equipe havia também um médico e duas atendentes. A responsabilidade pelo *S.H.P.N.* foi delegada ao médico da equipe. Dentre todos os agentes do Serviço, cabia ao médico a maior parte das ações de vigilância da gravidez, tais como as consultas, exames clínicos e laboratoriais, prescrição de tratamentos e encaminhamentos. Quanto à enfermeira obstétrica, a menção de suas funções foi exígua. Essa profissional foi mencionada como co-responsável, junto com a visitadora

sanitária, pelo manuseio administrativo das fichas de atendimento e pelas visitas domiciliares às gestantes.

Em relação ao atendimento do parto, cabia também ao *S.H.P.N* do Centro de Saúde proporcionar a assistência domiciliar, articulado com a atuação das parteiras curiosas registradas:

Integrado no S.H.P.N., sob a imediata direção do médico desse serviço, poderá haver, para as gestantes inscritas, um serviço que fará a assistência em domicílio ao parto normal da mulher pobre, com remoção, para maternidade, dos casos em que ele não se possa fazer em domicílio. (João de Barros Barreto. O Departamento Nacional de Saúde em 1943. Arquivos de Higiene, ano 14, nº 1 e 2, abril-agosto de 1944, p.123).

No que se refere às parteiras curiosas, segundo a organização do Serviço, elas deveriam estar registradas no Centro de Saúde para poder atuar no atendimento domiciliar e estavam obrigadas a:

Atender ao parto unicamente das gestantes inscritas no S.H.P.N., que, para isso, fornecerá licença expressa em cada caso particular; encaminhar ao S.H.P.N. as gestantes de seu conhecimento; notificar os partos ocorridos sob sua assistência; a frequentar, com a regularidade que lhe for determinada, o dispensário do S.H.P.N. para efeito de sua instrução e controle; a possuir carteira de saúde expedida pelo serviço competente do Centro de Saúde.

O S.H.P.N. fornecerá gratuitamente, às curiosas sob controle, pacotes obstétricos contendo o material de emergência indispensável ao trabalho de parto. (*ibid*, p.123).

Em março de 1942 o médico Mário Olinto ⁷⁹, diretor do Instituto Nacional de Puericultura, em funcionamento no antigo Hospital Arthur Bernardes,

⁷⁹ Mario Olinto foi um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Pediatria. Exerceu atividades de gestão e assistência à criança. Foi professor da Cadeira de Higiene da Criança do Instituto Oswaldo Cruz (1940-1943). Quando esta disciplina passou para o Departamento Nacional de Saúde, continuou a lecioná-la até 1947. No mesmo período, organizou e ministrou o “Curso Elementar de Puericultura para Moças”, em parceria com a Legião Brasileira de Assistência. Foi Catedrático de Pediatria e Higiene Infantil da Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro (1950-1960). Na mesma época, foi professor do Curso de Formação de Puericultores do Departamento Nacional da Criança. Ver site da Sociedade Brasileira de Pediatria em <http://www.sbp.com.br>.

descreveu a nova organização da instituição, recriada em 1941, no ano seguinte ao decreto que instituiu o Departamento Nacional da Criança. Um dos destaques desse novo formato era o serviço de Assistência Obstétrica Domiciliar, idealizada pelo seu pai, o Prof.^o Olympio Olinto de Oliveira e desenvolvido pelas parteiras diplomadas que trabalhavam na maternidade:

A Assistência Obstétrica Domiciliar, idealizada pelo Professor Olinto de Oliveira [Olympio], destina-se a facultar o parto a domicílio a toda a gestante que apresentar, durante a evolução da gravidez, circunstâncias favoráveis a um provável parto *eutócico* [normal], e quando as condições domiciliares permitam, também, os cuidados higiênicos indispensáveis ao delicado transe. Esse serviço é feito pelas **parteiras** da Maternidade, após minucioso estudo da paciente, do domicílio e das suas condições financeiras. Afora as vantagens econômicas evita-se o afastamento do lar, das mães, cuja ausência acarreta, muitas vezes, consequências sociais irremediáveis. (“Instituto Nacional de Puericultura”. Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança, ano 2, nº 8, março de 1942, p.19)

Quando o Departamento Nacional da Criança foi instituído em 1940⁸⁰, sua organização previa a criação de Juntas Municipais de Proteção à Infância. Dentre as incubências da Junta estava a organização de postos ou centros especializados em puericultura. Na composição desses centros estava definido a criação de serviços de amparo à maternidade, dentre eles, destacava-se a assistência obstétrica domiciliar.(PARADA & MEDEIROS, 2010).

Conforme podemos observar, a proposta de Assistência Obstétrica Domiciliar fazia parte do planejamento de ação sanitária, voltado para a atenção materna e infantil. Tal modalidade de assistência poderia contar com atuação de parteiras diplomadas ou com auxílio das parteiras curiosas.

⁸⁰ Instituído pelo Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, o Departamento Nacional da Criança surgiu a partir da extinção da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAMI). O objetivo do órgão era padronizar para todo o território nacional a organização dos serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Os estudos realizados pela pesquisadora Maria Lúcia Mott⁸¹ a respeito da atuação profissional das parteiras diplomadas apontam para um modo de exercício profissional compatível com um perfil liberal e autônomo até o início do século XX. Entretanto, afirma a autora, gradativamente esse grupo foi perdendo sua autonomia, principalmente a partir dos anos 1930, quando se incrementou a abertura de maternidades, principalmente privadas, dirigidas pelos médicos. Nesse espaço de atendimento as parteiras eram vistas como auxiliares dos médicos nas atividades de assistência obstétrica.

A oferta de atendimento público ao parto nesse período era considerada restrita. Nesse contexto, segundo Mott (2004), o atendimento domiciliar das mulheres das camadas sociais pobres, através da assistência do Serviço Obstétrico Domiciliar foi uma das formas de manutenção da autonomia profissional das parteiras diplomadas. Essa experiência foi posta em prática como uma alternativa temporária ao número insuficiente de maternidades para o atendimento de gestantes e parturientes. Esses serviços funcionavam vinculados aos postos ou centros de saúde pública e a um hospital de referência para os casos de urgência.

Em seu estudo, Maria Lúcia Mott abordou exemplos do Serviço Obstétrico Domiciliar desenvolvidos em São Paulo e no Rio de Janeiro.

No Rio de Janeiro, o Serviço Obstétrico Domiciliar foi implantado como um modelo pioneiro, no Centro de Saúde de Inhaúma, em 1927. O serviço contava com o trabalho das parteiras leigas, credenciadas e supervisionadas pelo serviço de enfermagem. Maria Lúcia Mott destaca que o Distrito de Inhaúma tinha nesse período uma população de 130 mil habitantes e que a relação entre parteiras diplomadas e curiosas era de 1 para 216.

O serviço em São Paulo, iniciado pelo governo em 1958 e extinto em 1969, foi vinculado ao Departamento Estadual da Criança. Desse modo, durante mais de 10 anos, vários postos instalados na capital e no interior de São Paulo ofereceram esse tipo de atendimento. Segundo Maria Lúcia Mott, os organizadores desse serviço tinham por objetivo a prestação de atendimento gratuito, segundo os princípios técnicos científicos; a promoção da educação

⁸¹ Tomamos como referência aos seguintes trabalhos da autora: “O atendimento ao parto em São Paulo: o Serviço Obstétrico Domiciliar” (2004); “Parteiras: o outro lado da profissão”(2005); “Assistência ao parto; do domicílio ao hospital (1830-1960)” (2002).

sanitária e o combate à atuação das parteiras leigas. Todo o atendimento domiciliar ao parto era realizado por parteiras diplomadas.

No Rio de Janeiro, uma experiência modelar de implantação do Serviço Obstétrico Domiciliar teve lugar na Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura, conforme assinalamos anteriormente. Com base no trabalho apresentado por Clóvis Corrêa da Costa (1947), constatamos que a A.O.D. (Assistência Obstétrica Domiciliar) organizada no Instituto Nacional de Puericultura, no início dos anos 40, permanecia em atividade até pelo menos 1946, quando o Dr. Clóvis escreveu o trabalho referenciado.

Os objetivos, propósitos e modo de funcionamento desse serviço foi amplamente descrito por Clóvis Corrêa da Costa (*ibid*), que foi um defensor entusiasta dessa modalidade de assistência obstétrica. Para ele o modelo tinha méritos tanto por razões administrativas como por questões médico-sociais:

Uma das modalidades da Assistência Social à infância e à mulher durante a puerperalidade, é constituída pela Assistência Obatétrica Domiciliar. Com efeito, não é possível, e ademais não é mesmo razoável, que todas as parturientes recorram às Maternidades, mantidas pelo Estado ou por instituições particulares, a fim de se desobrigarem da função máxima do seu sexo. Não é possível, porque tal fato iria sobrecarregar de maneira exagerada as Maternidades(...); circunstância que iria sobremodo agravar os respectivos orçamentos e dificuldades. Além disso, não seria razoável que tal acontecesse, pois não é sem inconveniência, que a mãe de família se ausenta do lar, embora por pequeno número de dias.(...). Mantemos aqui no Departamento da Criança, um pequeno serviço de A.O.D., não com o intuito de prestar assistência propriamente dita, mas para servir de modelo a organizações semelhantes, que se pretenderem fazer nos Estados. (*Puericultura*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947, pp.287 e 289).

Clóvis Corrêa da Costa destacou ainda o caráter modelar da assistência prestada na Instituição, assinalando que o Serviço havia assistido a 100 parturientes, sem intercorrências em nenhum dos casos - tais como infecções, mortes fetais ou maternas. Outro ponto enfatizado foi o papel da parteira no desenvolvimento desse projeto.

O serviço de AOD da Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura, estava voltado para prestar assistência a um perfil de clientela rigorosamente selecionado. Um dos pré-requisitos para admissão das gestantes era comprovar a precariedade da condição econômica:

As condições econômicas da parturiente devem ser precárias, para evitar que a assistência seja indevidamente explorada por quem pode remunerar o trabalho médico. Já basta o enorme contingente de serviços retirados à clínica civil, [serviços particulares] pelas Caixas de Pensões, Assistência Pública, Companhias de Seguros, etc.etc.; não devemos concorrer para o agravamento da crise médica. (*ibid*, p.289-290)

É interessante notar que, no âmago da exigência que definia a situação econômica da cliente, como um requisito importante de entrada nesse sistema de atendimento ao parto, havia a preocupação, por parte dos médicos, com a potencial perda de uma clientela particular. Elegendo como clientela preferencial as mulheres pobres, e tendo por objetivo fim - por parte dos pediatras e puericultores – a promoção da educação maternal, observamos que a replicação do sentido filantrópico de assistência estava presente nas instituições de saúde pública.

Essa questão, que a primeira vista pode parecer contraditória, representa uma chave importante para explicar as razões pela qual um projeto com tal alcance social foi caracterizado pela impermanência e temporalidade, não se constituindo numa política pública de longa duração. Além disso, tratava-se aqui de uma sociedade cuja população detinha pouca participação nas decisões das políticas sociais implementadas pelo Estado, de forma que garantisse a manutenção dos projetos sociais que fossem do seu interesse,

Apesar da inequívoca ampliação do sistema público de saúde, a partir dos anos 30, numa perspectiva nacional, permanecia no meio médico-sanitário o sentido filantrópico da assistência. Ao Estado cabia garantir, seletivamente, o atendimento das populações mais pobres. Para os seguimentos com maior poder aquisitivo, a assistência médica estaria na alçada da medicina privada, voltada

para o atendimento de uma elite social dotada de poder aquisitivo suficiente para remunerar o profissional.

O serviço de A.O.D. contava com uma equipe multiprofissional envolvendo médicos, enfermeiras, visitadoras e parteiras profissionais. Todos com papéis específicos, em níveis de hierarquia bem definidos.

O trabalho da parteira na A.O.D. era definido de acordo com o cargo que ocupava. Havia a função de 'Parteira Chefe' e a função de 'Parteira'. A primeira executava o trabalho administrativo e fazia a organização da equipe de parteiras. Citemos algumas de suas tarefas: elaborar a escala de serviço do grupo, arquivar fichas do pré-natal; fiscalizar a 'bolsa da parteira'; enviar relatórios à Direção, etc. O segundo grupo de parteiras era o que prestava o atendimento direto à população. Cabia a esse grupo atender ao parto no domicílio da cliente matriculada no Serviço; retornar à casa da cliente atendida para examiná-la e ao recém-nascido, periodicamente, até a queda do coto umbilical do bebê; remover e acompanhar a gestante até a Maternidade, em caso de acidentes imprevistos no trabalho de parto ou após nascimento do recém-nascido; obedecer as ordens do médico de plantão da Maternidade; registrar todo o atendimento em fichas próprias e entregar à enfermeira-chefe; fazer o menor número possível de exames internos; não praticar intervenções, salvo em caso de urgência; zelar pela sua 'bolsa de parteira". A parteira recebia pelo seu trabalho o salário de Cr\$ 500,00 ao mês⁸².(COSTA, *ibid*, p.290-296)

Não podemos deixar de lembrar que a execução da assistência ao parto pela parteira, no contexto institucional do A.O.D., deixava um espaço bem restrito para uma atuação autônoma. Com excessão do atendimento direto à cliente durante o processo de nascimento, no qual lhe cabia decidir as condutas assistenciais adequadas para a situação, todas as suas ações de cuidado eram meticulosamente delimitados e monitorados. Esse controle do trabalho da parteira tinha um caráter não apenas de prestação de contas - o que sem dúvida era um dever inerente ao seu papel de funcionária pública - foi especialmente significativo da situação de subordinação em que se colocava o seu trabalho, quando em relação ao papel profissional representado pelo médico da equipe.

⁸² Nesse período o salário mínimo mensal era de Cr\$380,00, ou seja, trezentos e oitenta cruzeiros. Ver <http://www.jfpr.gov.br>.

Embora, nem todos os serviços de atendimento obstétrico domiciliar experienciados pela saúde pública brasileira contassem com as parteiras diplomadas no seu processo de execução, outro objetivo destacado por Clóvis Corrêa da Costa para a instituição da A.O.D. era o combate às curiosas:

Com a instituição da A.O.D. desaparecem as curiosas! Inútil é o desejo de querer galvanizá-las; dificilmente realizável é o desejo de corrigi-las, ministrando-lhes noções de higiene e de assepsia; o seu espírito já se encontra plasmado, cristalizado e insensível a noções novas, que se lhes queiram inculcar. É malhar em ferro frio! Presentemente somos obrigados a tolerá-las, pois que a isso obrigam as nossas condições. (*ibid*, p. 288)

A partir dos anos 60, a tendência médica em valorizar o nascimento nas maternidades, para todas as mulheres, se tornava mais presente. Havia todo um segmento médico que representava a chamada 'medicina curativa' que defendia a hospitalização e a medicalização da assistência ao parto, fosse por razões econômicas ou científicas, sob a alegação de diminuir a mortalidade infantil do país.

Em 1964, o Boletim do Departamento Nacional da Criança noticiava as conclusões a que chegou, por um Grupo de Trabalho instituído em 1961 pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), com o objetivo de discutir e elaborar propostas para a implantação de um Serviço Nacional de Assistência Obstétrica Domiciliar. O grupo era presidido pelo Diretor Geral do DNCr e composto por sete médicos representando as seguintes instituições: Legião Brasileira de Assistência (LBA); Serviço de Assistência Médico-Domiciliar de Urgência; Ministério do Trabalho; Departamento Estadual da Criança de São Paulo.

O Grupo de Trabalho recomendava, como a opção mais adequada ao nascimento, a realização do parto em Maternidades, porém definia que diante da realidade sócio-econômica brasileira, justificava-se a adoção do Serviço de Assistência Obstétrica Domiciliar, que deveria ser implementado em caráter emergencial. O Grupo apontou que, no Brasil, se registravam altos coeficientes de mortalidade materna e mortalidade peri-natal; deficit de leitos maternais; elevado coeficiente de natalidade; precariedade de recursos materiais, técnicos e financeiros das Maternidades e, somando-se a isso, muitas Maternidades

construídas não estavam em funcionamento. A implementação desse programa em caráter nacional deveria contar com uma etapa de treinamento de pessoal para obstetrícia, como médicos, parteiras e auxiliares de parteiras. Ao tratar das parteiras, o Grupo recomendava que fosse dada prioridade à formação com base em 'padrões razoáveis', em lugar dos 'altos padrões'.

Em 1965, o médico Rinaldo De Lamare, no cargo de Diretor-Geral do Departamento Nacional da Criança, na perspectiva de ampliar o atendimento ao parto nas maternidades, encaminhou um ofício ao Ministro da Saúde contendo uma proposta de redistribuição orçamentária da dotação financeira do Fundo de Assistência à Maternidade, criado pela Lei nº 3.243 de 13 de agosto de 1957. De Lamare citava o Artigo 1º da referida Lei, que deixava claro os incentivos financeiros para a expansão do "serviço hospitalar de assistência à maternidade, no Brasil". Baseado em cálculos elaborados pelos técnicos do Departamento Nacional da Criança, De Lamare argumentava que, quanto maior o número de partos realizados na Maternidade, tanto menor seria o custo do parto. (Boletim do Departamento Nacional da Criança, 1965, p.43-46.)

Por outro lado, Nilo Chaves de Brito Bastos, Diretor da Divisão de Educação e Treinamento da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), apontava em seu relatório anual, em 1965, que :

Tem sido uma das grandes preocupações da Fundação uma melhor preparação de suas enfermeiras em obstetrícia, isto porque a maioria das escolas de enfermagem não prepara enfermeiras para a assistência ao parto e devido à grandeza do problema nas áreas trabalhadas pela mesma entidade. Diante da escassez de médicos e enfermeiras obstetras, nas áreas rurais, a assistência ao parto transformou-se em um problema de mais alta importância, pois que, de uma maneira geral, está entregue aos cuidados de pessoas leigas.

(Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Relatório Anual da Divisão de Educação e Treinamento, p.43, 1965. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Fundo SESP I., caixa 15, n.48)

Brito Bastos (*ibid*) acrescentou ainda que fazia parte dos objetivos da Fundação preparar enfermeiras obstétricas para que elas pudessem prestar orientação e supervisão ao grupo de auxiliares de enfermagem sobre a

assistência ao parto normal; orientar as parteiras curiosas; supervisionar a saúde das gestantes e orientar o pessoal auxiliar sobre a assistência às gestantes.

De modo geral, as reformulações da saúde pública no Brasil aconteceram num contexto político em que, as relações de interesse corporativo tinham mais força do que o real interesse por uma reforma social, que pudesse garantir, à população, um serviço de saúde acessível e de boa qualidade. A instabilidade na implementação das políticas públicas por parte dos setores educacionais e assistenciais, notadamente no campo da saúde, acabaram por não viabilizar a continuidade do trabalho de assistência ao nascimento efetuado pela parteira e/ou enfermeira obstétrica. Ademais, o incremento da hospitalização, medicalização e resolução cirúrgica do parto se constituiu num modelo paradigmático, gradativamente transformado em tendência cultural dominante, que permanece na sociedade brasileira até os dias atuais⁸³.

⁸³ O chefe da Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura, Clóvis Corrêa da Costa(1943, p.157-158), baseado nos inquéritos estatísticos feitos em 1937, criticava e denunciava os altos índices de partos operatórios executados em algumas Casas de Saúde, com cifras acima de 65%; bem como avaliava que havia “falta de cultura obstétrica e certa dose de mercantilismo e displicência no exercício da profissão de parteiro”.

2.3. O PEQUENO COLETIVO FEMININO: PERFIL DAS PARTEIRAS DIPLOMADAS SINDICALIZADAS NO RIO DE JANEIRO

O “Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro”⁸⁴ foi uma entidade profissional criada a partir da “Associação Profissional das Parteiras do Rio de Janeiro”, que existia desde 1957. O Sindicato foi registrado em 1958 no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, constituindo o 8º Grupo Federativo do Plano da Confederação Nacional das Profissões Liberais ⁸⁵(**anexo1**). Tratava-se, portanto, de uma entidade de classe juridicamente reconhecida junto aos órgãos oficiais. Sob a ótica social, a entidade de classe das parteiras do Rio de Janeiro também soube se fazer presente, recebendo o reconhecimento oficial de organizações seculares, como a Academia Nacional de Medicina (**anexo 2**)

A abordagem do caso das parteiras diplomadas inscritas no Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro tem por finalidade apresentar um perfil sócio-profissional de uma parte importante desse grupo, atuante entre as décadas de 1930 e o final da década de 1960. Isso foi possível a partir da localização de documentos desse sindicato, preservados na sede da Associação de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ). Embora não se trate de um acervo extenso, as informações que puderam ser obtidas nos possibilitou ampliar o conhecimento e enriquecer o debate em torno das representações profissionais e sociais do grupo, em perspectiva histórica.

Na documentação localizada na ABENFO – RJ destaca-se as fichas de filiação das parteiras à referida entidade de representação profissional. As informações sócio-culturais e profissionais contidas em 116 fichas de inscrição ao sindicato, preenchida pelas próprias parteiras, se constituíram na principal fonte de análise.

Com as informações levantadas nas fichas de inscrição elaboramos um banco de dados a partir do qual foram geradas informações de natureza

⁸⁴ Após a criação do Estado da Guanabara, a partir da transferência do Distrito Federal para Brasília, em 1960, o Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro é denominado Sindicato das Parteiras do Estado da Guanabara, conforme apostilado na “Carta de Registro do Sindicato”, na pág.127.


⁸⁵ A emergência de uma política governamental voltada para a organização sindical e trabalhista teve lugar no governo de Getúlio Vargas, no período do Estado Novo (1937-45). No contexto das reformas sociais implementadas na Era Vargas (1930-54), as estratégias de institucionalização das relações entre o Estado e os segmentos formalmente profissionalizados da população foram consideradas as medidas mais marcantes e duradouras da política de Estado varguista (MENDONÇA, 1996, p.282-294).

quantitativa. Tais informações foram submetidas à análise estatística que, traduzidas nos gráficos e tabelas, deram subsídios a discussão sobre o perfil sócio-profissional do grupo⁸⁶. As fichas de inscrição analisadas referem-se ao período de 1957 a 1981

A ficha de inscrição de número 01, preenchida em agosto de 1957, filiava a própria presidente da entidade, a parteira Heloísa Montenegro da Silva. A última ficha encontrada preenchida foi datada de junho de 1981, em nome de Siléia Mattos Coutinho.

Embora houvesse alguma variação na apresentação dessa ficha, a maior parte das sindicalizadas preenchia um questionário com base no modelo padrão apresentado abaixo.

⁸⁶ A apresentação do perfil socio-profissional desse grupo foi baseado no método prosopográfico, uma metodologia de análise histórica com inclusão de métodos quantitativos, para grupos sociais especiais, em determinado contexto histórico-social. Para uma abordagem de referência sobre o método prosopográfico citamos Flávio Heinz (2006). Sobre o conjunto de fichas encontradas, totalizando 119, consideramos válidas para a formação do banco de dados um total de 116, pois a ilegibilidade e os itens não preenchidos acabaram por impugnar três desses documentos, considerados incompletos e impróprios para compor a análise.



Associação Profissional de Parteiras do Rio de Janeiro
 Registrada no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio sob o n.º
 Sede: Praça Mauá n.º 7-S/ 714
 Edifício "A NOITE"
 RIO DE JANEIRO

41

PROPOSTA DE ADMISSÃO MATRÍCULA N.º 41

A candidata abaixo deseja ingressar no Quadro Social desta Sociedade, na categoria de sócia Contribuinte - efetiva

e responde com precisão os quesitos abaixo

Nome Arnivalva Barreto Neves Lacramento
(NOME E SOBRENOME COMPLETO)

Nacionalidade Brasileira

Data do Nascimento 6 de Fevereiro de 1925

Onde nasceu Cidade de São Paulo - E. da Bahia
(CIDADE, ESTADO, PAÍS)

Estado Civil Casada

Diploma da Faculdade de Medicina da Bahia - N.º 394
(FACULDADE OU ESCOLA RECONHECIDA)

Estado da Bahia Ano 1945 N.º do Registro

Em que lugar exerce a profissão Particular em seu t.º

Há quanto tempo 13 anos

Local auxiliar em residência

É Funcionária Não Matrícula ou Inscrição

Aceita o desconto em folha

Residência | Rua Av. 28 de Setembro N.º 385
 | Cidade Rio de Janeiro Estado

Enderço para correspondência | Rua no mesmo endereço N.º

| Cidade

Data 17 de junho de 1958

Aracima D. A. Costa Arnivalva B. N. Lacramento
Proponente Proposta

Sócia N.º 6

Aprovada pela reunião da Diretoria em 17 de junho 1958

Belizinha Helena Montenegro de Silva
Secret. Presid.

Observações: Mudou-se p/ Bahia

Protocolo N.º
 Recebida em
 NOTA: - Juntar a presente duzete (2) fotografias 3x4

Figura – 1. Ficha de Inscrição ao Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro(ABENFO-RJ).

A presença sindical de segmentos profissionais femininos em exercício de profissões liberais, registrados no Ministério do Trabalho, pode ser constatada através de dados estatísticos oficiais, a partir dos anos 1950⁸⁷. Com a finalidade de situar o grupo das parteiras sindicalizadas do Rio de Janeiro no contexto da sindicalização feminina no Brasil, realizamos uma pesquisa nos dados publicados no Anuário Estatístico do Brasil, referente ao período de 1953 a 1965 (<http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos.pdf>. Consulta em 17 de agosto de 2009)

A sistematização dos dados enviados pelo Serviço de Estatística da Previdência e Trabalho ao IBGE é melhor detalhada para período compreendido entre os anos de 1955 a 1967. Nesse período, o Anuário Estatístico do Brasil coligiu os dados obtidos a partir dos inquéritos sindicais de 1953 a 1965, discriminado a população de sindicalizados segundo o sexo e a profissão em escala nacional, sem recorte por Estados de Federação.

A Tabela 5 foi elaborada com base nos dados sistematizados no Anuário Estatístico do Brasil. Nela apresentamos a representação quantitativa dos grupos femininos, segundo as categorias profissionais sindicalizadas de exercício liberal. Os números representam, portanto, o conjunto das mulheres sindicalizadas em profissões liberais por sindicato registrado no Ministério do Trabalho, no período de 1953 a 1965.

⁸⁷ As leis de sindicalização promulgadas nos anos 30 e o imposto sindical obrigatório, instituído em 1940, cobrado de todos os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, sindicalizados ou não, criaram uma estrutura sindical hierarquizada, com representação única, segundo a categoria profissional. A partir de 1931, pelo Decreto nº 19770/31, os sindicatos, para serem reconhecidos pelo governo, e para que os seus afiliados pudessem receber os benefícios da legislação social, deveriam estar vinculados obrigatoriamente ao Ministério do Trabalho, permitindo a participação e intervenção de representantes governamentais nas assembléias e na organização administrativa da entidade. (Mendonça, *ibid*)

Tabela 5 - Quadro da sindicalização feminina entre 1953 e 1965 elencados na categoria de “sindicatos das profissões liberais”

Associadas segundo categoria profissional	Número de associadas segundo o ano do inquérito sindical										
	1953	1954	1955	1956	1957	1959	1960	1961	1962	1963	1965
Assistentes Sociais	N.H	N.H	N.H	N.H	N.H	N.H	488	547	577	616	812
Advogadas	3	3	4	28	93	12	12	29	0	6	31
Médicas	46	56	55	17	96	213	259	214	228	299	396
Odontologistas	168	135	188	188	216	233	269	267	225	261	334
Médicas Veterinárias	0	0	N.H.	0	0	0	N.H.	N.H.	N.H.	N.H.	0
Farmacêuticas	66	64	100	119	134	150	175	181	170	200	309
Engenheiras	22	23	2	29	34	34	30	30	34	37	57
Químicas	50	45	39	68	126	72	86	76	67	71	26
Parteiras	103	N.H.	121	121	166	171	178	210	616	270	651
Economistas	0	17	18	47	45	66	38	82	86	34	19
Contabilistas	366	464	589	396	573	434	415	578	461	739	794
Compositores artísticos em geral	0	N.H.	N.H.	19	0	0	N.H.	N.H.	N.H.	146	0
Jornalistas	N.H	7	N.H.	0	0	0	2	0	N.H.	108	18
Protéticas dentárias	N.H	5	N.H	5	5	0	16	7	7	7	6

Fonte: IBGE. Estatísticas do Século XX. Consulta da versão *online* do Anuário Estatístico do Brasil em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf

Observações: a sigla **N.H** significa que a categoria não apareceu no inquérito no ano correspondente e o número **Zero** (0) significa que não havia representação feminina registrada na profissão, no ano correspondente.

Notamos o crescimento gradativo da sindicalização de mulheres em profissões de cuidado à saúde que eram predominantemente compostas, por profissionais do sexo masculino, tais como a medicina, a odontologia e a farmácia. Verificamos que, enquanto na medicina, por exemplo, as mulheres se tornavam mais presentes, o mesmo não acontecia em relação à medicina veterinária, que apareceu em alguns anos do inquérito sindical, porém não registrava nenhuma presença feminina. (IBGE, Anuário Estatístico do Brasil. Inquérito

sindical de 1960, publicado em 1962. Consulta *online* em 17 de agosto de 2009: trabalho1962aeb_055_2).

Tendo em vista o nosso objetivo de fazer uma recorte da presença feminina nas entidades sindicais representativas das profissões liberais; observamos que, na quase totalidade das atividades profissionais liberais; o número de homens sindicalizados era muito superior ao de mulheres. A exceção foi representada pelo grupo das assistentes sociais, presentes no inquérito sindical a partir de 1960, no qual a proporção entre homens e mulheres se invertia, com um número expressivamente maior de mulheres.

Nesse contexto, a situação das parteiras era exemplar, representativa da única entidade profissional liberal exclusivamente feminina, dentre o elenco da atividades profissionais registradas⁸⁸ Infelizmente, a categorização apresentada no Anuário Estatístico não nos permitiu conhecer a origem sindical dessas parteiras⁸⁹.

É importante lembrar que o Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro foi registrado pelo Ministério do Trabalho em 1958⁹⁰, mas desde 1953 a presença de parteiras sindicalizadas estava nos registros estatísticos consultados, conforme observamos no quadro apresentado. Provavelmente os dados foram retirados a partir de outros sindicatos da categoria

A partir de 1969, o Anuário Estatístico do Brasil modificou a forma de apresentação dos dados relativos aos inquéritos sindicais. Esses inquéritos eram a fonte dos dados trabalhados estatisticamente e apresentados pelo órgão. Nessa nova versão, os grupos profissionais liberais foram distribuídos por Estado de Federação, e a distribuição por sexo agrupada ao total das categorias

⁸⁸ No inquérito realizado em 1961, publicado em 1963, apareceu na categoria “parteiros” a presença de 387 homens. Não conseguimos desvendar tal mistério. Acreditamos ser erro de catalogação ou inclusão de médicos obstetras no grupo. Do mesmo modo, no inquérito realizado em 1963 e publicado em 1965 aparecem catalogados 430 “parteiros”. Nesse período não havia a admissão de alunos do sexo masculino pelas instituições oficiais autorizadas a formar parteiras.

⁸⁹ No trabalho de Dilce Rizzo Jorge (op.cit, p.27-28 e p.69.), a autora faz menção ao Sindicato das Parteiras de São Paulo, como uma entidade mobilizadora e aglutinadora de uma parte do grupo das parteiras profissionais, sem entretanto, apresentar detalhes sobre essa organização. Além do Sindicatos do Rio de Janeiro e de São Paulo, Dilce Rizzo Jorge (p.27-28) transcreveu um ofício assinado pela parteira Heloísa Montenegro da Silva, “Presidente do Sindicato das Parteiras do Estado da Guanabara”, encaminhado à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), no qual a parteira, no contexto de recusa da inclusão do seu nome numa comissão instituída pela ABEn, explicava que se expressava também em nome dos Sindicatos de Parteiras dos Estados da Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

⁹⁰ Conforme consta na “Carta de Registro do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro” apresentada no anexo 1

sindicalizadas. A partir de 1967 o grupo sindicalizado das parteiras não estava mais presente no inquérito sindical relativo às profissões liberais⁹¹.

No entanto, o Sindicato das Parteiras no Rio de Janeiro continuava a desenvolver suas atividades sociais como entidade de classe e a inscrever novas sócias, marcando inclusive sua participação em eventos relacionados à sua inserção sindical (anexos 3 e 4).

Número de filiações ao sindicato das parteiras em cada ano

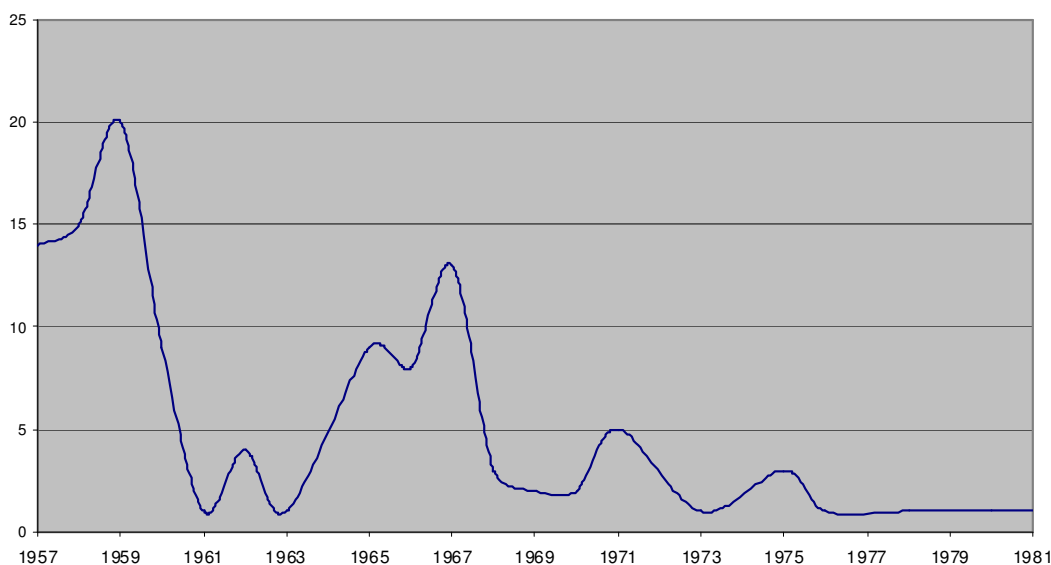


Figura 2

Fonte: Ficha de Inscrição do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

O gráfico revela a oscilação, ao longo do tempo, do número de parteiras que se associaram ao sindicato no período de 13 anos (1958-1981). O que chama a atenção inicialmente é um pico de inscrições nos dois anos subsequentes a fundação do sindicato. Embora a frequência de inscrições tenha sofrido uma retração no início dos anos 60, notamos uma retomada do movimento de adesão justamente no período em que o grupo desaparecia do inquérito sindical do Anuário Estatístico do Brasil, em 1967 (op.cit).

⁹¹ Ver: IBGE, Anuário Estatístico do Brasil. Inquérito sindical de 1967, publicado em 1969. Consulta *online* em 17 de agosto de 2009 (trabalho1969aeb_149, p.527).

Os picos de sindicalização observados no gráfico são indícios da maior intensidade de mobilização do grupo em meio ao processo de tentativa de desprofissionalização da atividade de parteira. Foi no período entre 1956 e 1960 que se registram os debates mais intensos entre as parteiras diplomadas, que lutavam pela exclusividade de atuação no campo da obstetrícia, e as enfermeiras especializadas, em torno da formação e do exercício profissional da parteira⁹².

A queda da sindicalização coincide com a formação de grupos de trabalho em comissões mistas, reunindo representações de parteiras profissionais e enfermeiras, com o objetivo de discutir o Decreto nº 50387 de 26 de março de 1961, que regulamentava o exercício da enfermagem no território nacional, cujo teor havia desagradado às parteiras por diversas razões, dentre elas, conceder o título de 'obstetrix' às enfermeiras especializadas em obstetrícia pelos cursos de enfermagem e incluir a parteira profissional na legislação de enfermagem. (Jorge, op. cit, p.23-29).

No período em que os últimos cursos oferecidos através das clínicas obstétricas das Faculdades de Medicina⁹³ estavam perdendo força política, nas negociações pela manutenção da formação de parteiras independente da formação de enfermeiras, observamos outro pico de sindicalização, entre 1965 e 1967. Isso pode ser significativo da tentativa de garantia da atividade profissional diante da extinção dos cursos.

Com a extinção dos cursos, no início dos anos 70, a sindicalização vai definindo, pois o grupo de enfermeiras obstétricas, em formação pelas faculdades de enfermagem, vinculam-se naturalmente a entidades de classe da enfermagem.

Nas duas próximas tabelas (tabela 6 e 7) são explorados os resultados sobre a formação do grupo.

⁹² Em seu trabalho de pesquisa Dilce Rizzo Jorge(op.cit, p.51-70) apresentou documentos preciosos demonstrando o teor desses debates.

⁹³ Os últimos cursos a encerrarem a formação de parteiras eram ministrados pelas Faculdades de Medicina de Recife, que diplomou parteiras até 1969, quando transferiu a formação para a Faculdade de Enfermagem; e o curso da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que transferiu a formação para a Faculdade de Enfermagem em 1971. (Jorge, p.98 e 114)

Tabela 6 - Ano de obtenção do diploma de parteira

Ano	Diplomas	%	% acumulado
1935	3	3,1	3,1
1936	1	1,0	4,1
1937	2	2,0	6,1
1938	2	2,0	8,2
1939	3	3,1	11,2
1940	2	2,0	13,3
1941	6	6,1	19,4
1942	5	5,1	24,5
1943	7	7,1	31,6
1944	11	11,2	42,9
1945	9	9,2	52,0
1946	8	8,2	60,2
1947	4	4,1	64,3
1948	3	3,1	67,3
1949	5	5,1	72,4
1950	19	19,4	91,8
1951	2	2,0	93,9
1952	1	1,0	94,9
1953	1	1,0	95,9
1954	1	1,0	96,9
1956	1	1,0	98,0
1957	1	1,0	99,0
1969	1	1,0	100,0
Total	98	100,0	

A Tabela 6 apresenta o ano e número de diplomas obtidos pela parteiras sindicalizadas nos cursos em funcionamento no Brasil entre 1935 (diploma mais antigo) e 1969 (diploma mais recente) A diplomação está concentrada nos anos 1944 (11,2%) e 1950 (19,4%). No período entre 1941 a 1950, assinalado em vermelho, formaram-se 78,5% das parteiras sindicalizadas do Rio de Janeiro.

Esse comportamento é significativo do aumento da oferta dos cursos de parteiras nesse período. Muitas faculdades de medicina passaram a oferecer os cursos para parteiras após a legislação de 1931(Decreto 20.865/1931), que redefiniu a formação do grupo como “enfermeiras obstétricas” e delegava a organização às clínicas obstétricas das Faculdades de Medicina. Essas parteiras obtiveram seus diplomas entre os anos de 1935 e 1969, através dos cursos oficiais oferecidos pelas Faculdades de Medicina.

O grupo que participava do sindicato foi, na sua maior parte, formado entre 1941 e 1950, período em que existiam cursos nas Faculdades de Medicina no Estado do Rio Grande do Sul, da Bahia, do Pará, de Pernambuco; do Paraná e em São Paulo. O Distrito Federal e o Estado Rio de Janeiro contavam, nesse período, com três instituições de formação de parteiras: a Faculdade Nacional de Medicina; a Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Hahnemanniano e a Faculdade Fluminense de Medicina(Niterói). No período entre 1952 e 1969, onde observamos os índices mais baixos de diplomação do grupo, os cursos eram ministrados apenas nas Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo e na Faculdade de Medicina do Recife (Jorge, op. cit,p.46-47)

Tabela 7 – Distribuição das parteiras sindicalizadas segundo a instituição de formação

Tab. 1 - Distribuição das parteiras sindicalizadas segundo a instituição na qual se formaram		
	No. absoluto	% (Dist. relativa)
Faculdade Fluminense de Medicina	32	29
Escola de Medicina e Cirurgia	28	26
Faculdade Nacional de Medicina	25	23
Faculdade de Medicina da Bahia	11	10
Faculdade de Medicina de Porto Alegre	3	3
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	4	4
Outras	6	6
Total	109	100

Fonte: Ficha de Inscrição do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro(ABENFO-RJ).

Essa tabela mostra que a maior parte das parteiras sindicalizadas concluiu sua formação nas Faculdades de Medicina da região de abrangência do

Sindicato. A Faculdade Fluminense de Medicina, localizada em Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, foi a que teve o maior número de ex-alunas sindicalizadas, com 29% de um total das 109 respostas válidas para essa observação. O Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica da Faculdade Fluminense de Medicina formou, no período de 1935 até o ano de encerramento do curso, em 1950, um total de 243 parteiras (Jorge, op. cit.,p.123). O segundo maior contingente de parteiras sindicalizadas formou-se no Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Hahnemanniano do Brasil, localizado no Rio de Janeiro que, entre 1934 e 1951 (quando foi encerrado) diplomou 200 parteiras.(*ibid.*, p.115-116). Também se destaca o grupo oriundo da Faculdade Nacional de Medicina, que entre 1937 e 1946, formou 201 parteiras em seu curso de Enfermagem Obstétrica. Após esse período o curso também foi encerrado (*ibid.*, p..82-83).

Os dois próximos dados apresentados resultam da análise da situação profissional declarada pelas parteiras sindicalizadas. O objetivo da análise foi verificar a inserção do grupo no sistema público e privado de assistência à saúde, o que serve como um bom indicador do grau da presença social desse grupo.

O campo da assistência à saúde, desde os anos 20, foi alvo de contínuas transformações baseadas em diversos modelos de institucionalização. Maria Eliana Labra (1993) pondera que a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1923, seguido pela institucionalização da Previdência Social, viabilizada inicialmente através das Caixas e Institutos de aposentadorias e pensões (respectivamente CAPs e IAPs), a organização da saúde no Brasil se constituiu em três áreas: a saúde pública subsidiada pelo Estado; a medicina previdenciária subsidiada pelos órgãos de previdência social e vinculada, a partir dos anos 30, ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; e a medicina liberal privada.

Muito embora o perfil liberal da prestação de assistência pelas parteiras diplomadas, tenha se constituído em modelo predominante até os anos 1930⁹⁴, com a criação dos Ministérios da Educação e Saúde Pública (MESP) e do

⁹⁴ Ver a obra da historiadora Maria Lúcia Mott, autora que em diversos trabalhos publicados abordou as atividades profissionais das parteiras diplomadas, enfocando o caráter liberal e autônomo do exercício da profissão.

Trabalho, Indústria e Comércio (MICT), em novembro de 1930⁹⁵, foram abertas novas possibilidades para a inserção profissional do grupo.

No gráfico da figura 7 verificamos a distribuição das parteiras sindicalizadas, segundo o seu local de trabalho. A análise estatística das respostas sobre esta questão levou a uma necessidade de categorização dos resultados, de modo que estes pudessem ser apresentados graficamente da melhor maneira possível, tendo em vista compor um perfil consolidado de distribuição do grupo. A categorização definida contemplou quatro áreas de atuação: os *'serviços de saúde'*, onde foram incluídas as atividades em hospitais, maternidades, e vinculadas a centros e postos de saúde, fossem públicos, privados, filantrópicos ou de corporações religiosas; os *'Institutos de Previdência'*; a atividade profissional *domiciliar*, exercida no domicílio da parteira ou da cliente, em caráter de assistência particular; e a categoria *'outros'*, no qual incluímos os elementos do grupo que declararam atuar em creches, escolas, e em locais que não foi possível especificar o tipo de instituição. É importante destacar que as parteiras que declararam o trabalho em escolas e creches atuavam em serviços que faziam parte da assistência governamental. Isso é demonstrativo da grande participação do grupo na esfera dos serviços públicos.

A análise das fichas de filiação evidenciou um grande quantitativo de profissionais que se declaravam funcionárias das instituições onde trabalhavam. No universo de 116 fichas analisadas encontramos 101 parteiras que fizeram tal declaração. As parteiras do nosso banco de análise atuaram em atividades profissionais diversificadas, públicas e privadas. Porém, é importante ressaltar que, em grande medida, elas atuavam em instituições governamentais, que estavam vinculadas à organização do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho.

⁹⁵ O Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública foi criado pelo Decreto 19.402 de 14 de novembro de 1930 e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio foi instituído pelo Decreto 19.433 de 26 de novembro de 1930 (Fonseca, 2007) .

Distribuição das parteiras filiadas ao sindicato segundo o tipo de local de trabalho

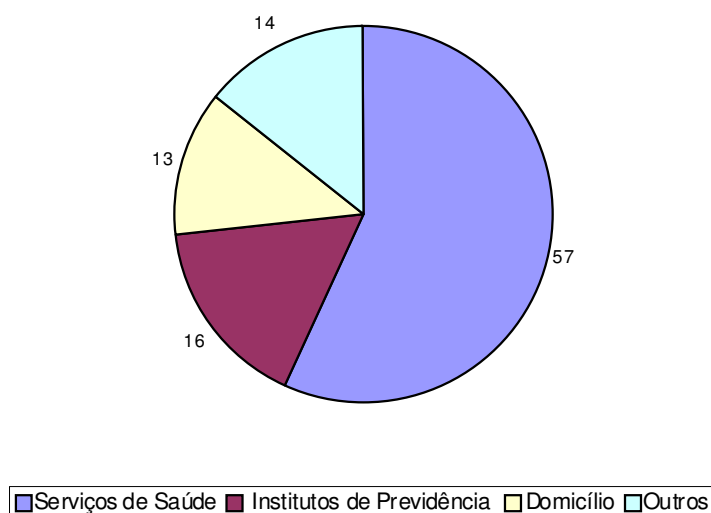


Figura 3

Fonte: Ficha de Inscrição do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

Podemos observar que os serviços de saúde e os Institutos de Previdência representaram uma parte importante no quadro de distribuição das atividades profissionais dessas parteiras. Levando-se em conta que nesse período a assistência pública à saúde se encontrava bastante ampliada, consideramos significativo o percentual de parteiras que realizavam o atendimento particular em domicílio. Um resultado que pode indicar que a relação da parteira com a sua clientela tenha demorado a sofrer a influência da assistência ao parto em ambiente hospitalar, em maternidade sobretudo, especialmente no caso das parteiras com mais tempo de exercício profissional. Entretanto, notamos que a maior parte do grupo que declarou exercer o atendimento domiciliar tinha entre oito e treze anos de exercício profissional (a maioria das sindicalizadas está compreendida nessa faixa, conforme podemos verificar no gráfico da figura 8). Uma pequena parte das que prestavam atendimento domiciliar exercia a profissão há mais de 20 anos e uma delas declarou 33 anos de profissão. Esse é

um grupo de representação importante para um Sindicato inscrito na ordem das profissões liberais.

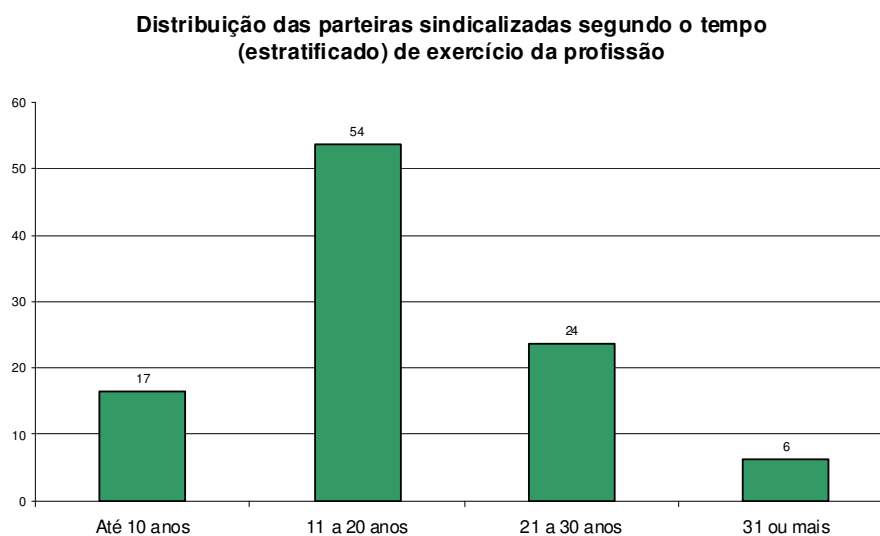


Figura 4

Fonte: Ficha de Inscrição do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro(ABENFO-RJ).

Esse indicador, criado para medir o tempo de exercício profissional do grupo, reflete a estabilidade do grupo na profissão de parteira. O exercício da profissão não representou para o grupo uma atividade passageira. O resultado denota uma profissão com reconhecimento social, pelo longo tempo de exercício profissional declarado pelas parteiras, anterior ao momento de sua sindicalização. O gráfico reflete também - uma vez que essa informação foi obtida no ato da filiação - que a sindicalização acontece numa escala maior a partir do período em que a experiência profissional já se encontraria bastante consolidada, após 10 anos de profissão. Desse modo, o engajamento corporativo denota a confirmação dos valores e dos interesses profissionais das parteiras sobretudo em relação à luta pela preservação do grupo ameaçado pela desprofissionalização. O tempo de exercício é representativo da fidelidade à profissão. De todo modo, estamos tratando de um grupo especial, vinculado à uma entidade sindical, representativa

da sua categoria, e que não abarca em seu quadro de associadas à totalidade das parteiras formadas nesse período⁹⁶.

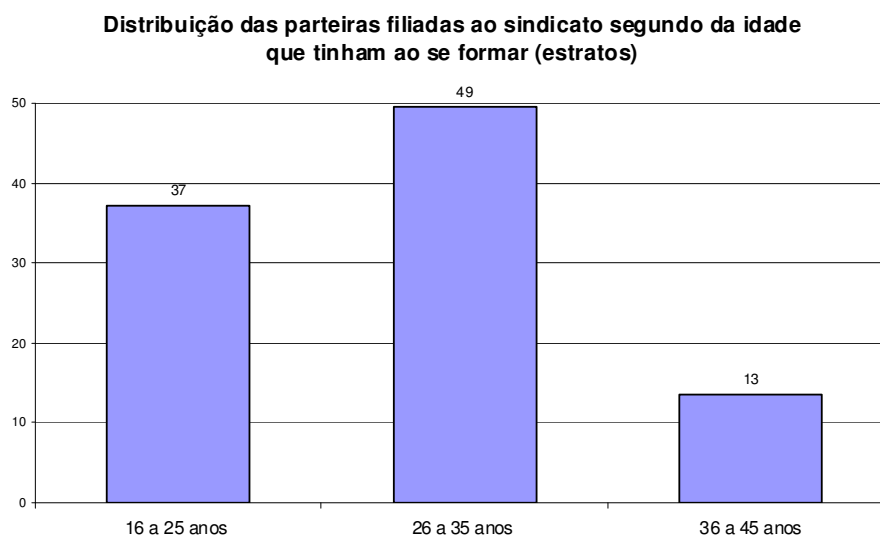


Figura 5

Fonte: Ficha de Inscrição do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

A ampla maioria das parteiras tinha de 26 a 35 anos quando obteve o diploma, o que mostra que elas eram relativamente jovens no momento em que se tornavam aptas ao exercício da profissão de parteira.

Esse perfil marca uma diferença sócio-cultural importante entre os grupos de parteiras escolarizadas e o grupo das chamadas 'curiosas'. No primeiro grupo, a medicina científica exigia uma escolarização prévia, além da disponibilidade de tempo e autonomia para o aprendizado em ambiente próprio, como salas de aula, laboratórios e hospitais especializados. As mulheres mais jovens, que provavelmente detinham menos compromissos familiares, estariam mais aptas para o ingresso num curso formal para parteiras.

No caso das 'curiosas', conforme apontado pelos estudos historiográficos e antropológicos⁹⁷, o aprendizado acontecia no contexto da sua vida cotidiana.

⁹⁶ Segundo o levantamento de Dilce Rizzo Jorge (op.cit., p.147), entre 1932 e 1971 formaram-se 2.332 parteiras nos cursos mantidos pelas faculdades de medicina.

Era definido pela sua experiência pessoal com o nascimento dos filhos e no cuidado com outras mulheres. O aprendizado experiencial começava, usualmente, após o crescimento dos filhos, a partir da fase em que estes não dependiam tanto dos cuidados maternos, de modo que a função de parteira era atribuída a mulheres mais velhas.

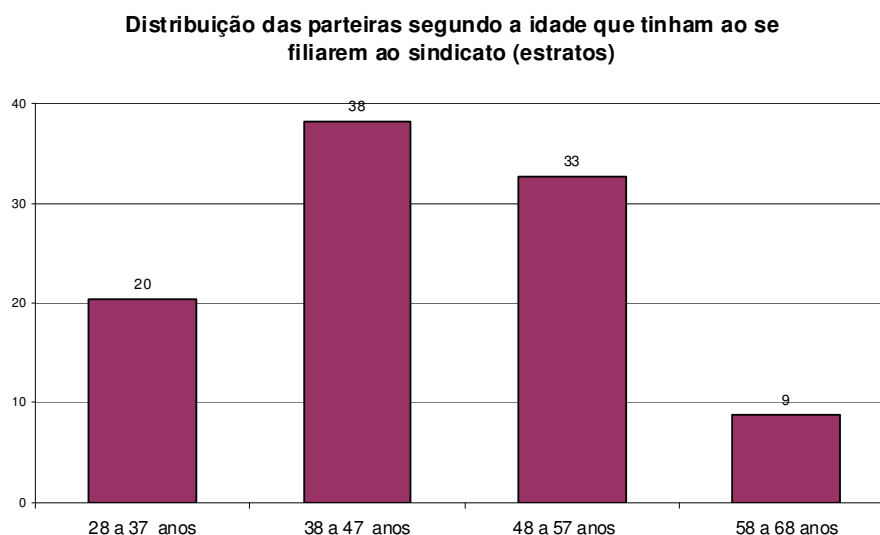


Figura 6

Fonte: Ficha de Inscrição do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

Como mostra o gráfico da Figura 6. A maioria das parteiras tinha entre 38 e 47 anos no momento do preenchimento da ficha. O segundo intervalo etário é o de 48 a 57 anos.

Contudo, é interessante perceber que a parteira mais nova já tinha 28 anos ao se filiar, e a mais velha 68 anos, ou seja, a atividade sindical era experiência compartilhada por diferentes gerações de mulheres que tinham em comum o fato de terem adquirido um diploma escolar, que as habilitava ao exercício de uma profissão que, naquele momento histórico, simbolizava o encontro e o conflito entre o tradicional, representado na permanência da

⁹⁷ Para um conhecimento do perfil social das *parteiras curiosas*, numa perspectiva histórico/antropológica, citamos as pesquisas de: Maria Luiza Garnelo Pereira (1992); L. F. Raposo Fontenelle (1959); Iraci de Carvalho Barroso (2001) e Mojgan Sabeti Hooshmand (2004).

assistência a parto como um atividade feminina, e o moderno, traduzido na utilização do recursos técnicos da medicina obstétrica e da higiene.

Provavelmente as atribuições relacionadas ao casamento - uma vez que a maior parte do grupo se declarava casada, conforme veremos nos dois próximos gráficos - como os cuidados com os filhos, não deviam ocupar mais um grande espaço na vida cotidiana do grupo. Uma situação que poderia resultar na maior disponibilidade das parteiras da faixa etária de 38-57 anos, em se dedicar a atividades sociais dessa natureza.

Distribuição das parteiras sindicalizadas segundo estado civil

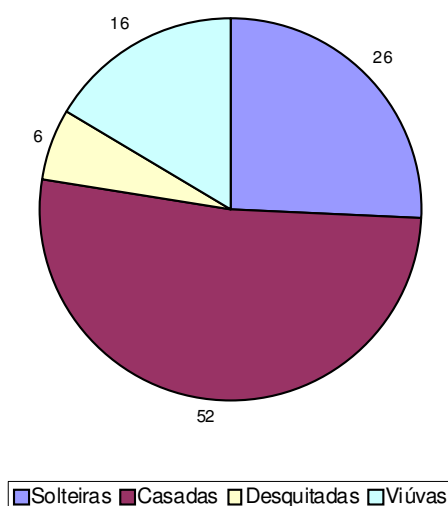


Figura 7

Fonte: Ficha de Inscrição do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

O gráfico da Figura 7 mostra que 52%, ou seja, a maior parte do grupo estava casada quando se filiou ao Sindicato. Entretanto não podemos deixar de observar que contingente de parteiras sindicalizadas formado solteiras, viúvas e desquitadas é expressivo: 48% do grupo não tinha vínculo matrimonial oficial. Contudo, levando-se em conta a limitação da fonte da pesquisa, não podemos também afirmar que este seja um grupo feminino sem parceria conjugal.

Pelo menos em tese, podemos supor que, no momento em que se sindicalizavam, essas parteiras já teriam se definido quanto a opção pelo casamento e pela maternidade. Se isso é verdade, estamos diante de um grupo de mulheres profissionalizadas que conciliavam essa condição aos papéis de mães e esposas. Nesse sentido, podemos dizer que as parteiras eram mulheres modernas na medida em que não estavam confinadas a esfera privada e nem aos papéis tradicionais de mãe e esposa. Ser parteira significava ingressar na vida pública.

O Gráfico da figura 8 apresenta algumas dimensões socialmente previsíveis a respeito da distribuição etária e de estado civil, no momento de filiação das parteiras sindicalizadas. Como era de se esperar, parteiras viúvas têm seu peso relativo aumentado nos grupos etários mais velhos enquanto as casadas predominam nos grupos etários mais jovens. No entanto é interessante observar que na faixa etária mais velha é relativamente alto o número de parteiras solteiras (20%).

Distribuição das parteiras sindicalizadas segundo a idade (estratificada) em que se filiou e por estado civil

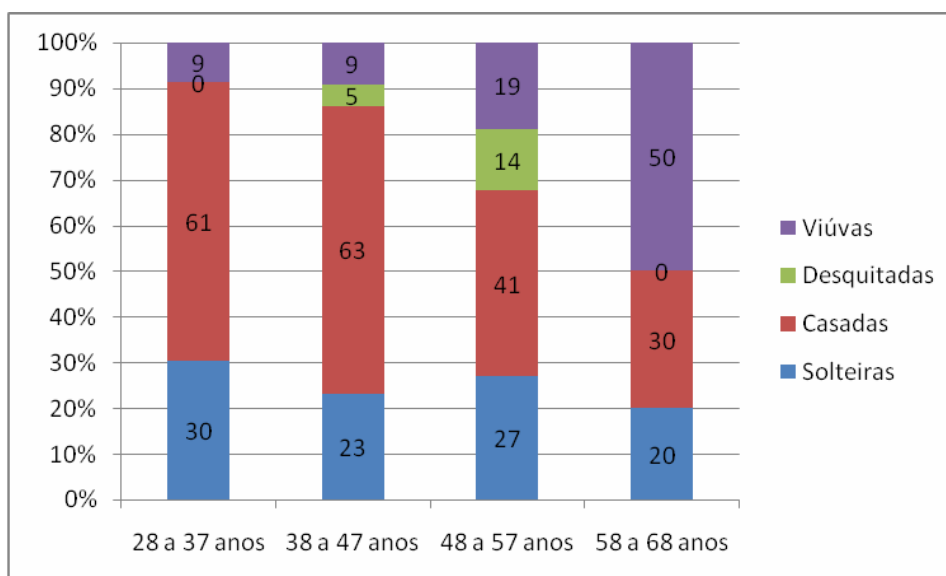


Figura 8

Fonte: Ficha de Inscrição do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

Se considerarmos o percentual de solteiras, viúvas e desquitadas, na faixa etária de 48 a 57 anos, notamos que supera o percentual de mulheres casadas. O que se pode supor é que atividade social do grupo, nessa faixa etária, poderia ser mais intensa, devido à diluição do compromisso familiar.

Esse indicador nos mostra ainda que nesse grupo, a partir de 48 anos de idade, existem mais mulheres sem compromissos matrimoniais oficiais, do que no grupo das mulheres mais jovens, abaixo de 48 anos, nesse caso.

Observamos também que o número de casadas diminuiu com o avanço da idade, porém o percentual de solteiras não sofreu muita variação nos diferentes estratos etários, ficando entre 20 e 30%.

Os resultados da análise mostram que o Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro, no período de 1957 a 1981, data do preenchimento última ficha de inscrição encontrada, tinha uma composição exclusivamente feminina.

Suas filiadas eram mulheres modernas, que se profissionalizam em decorrência da ampliação da escolarização feminina. Tiveram atuação concentrada na área urbana do Rio de Janeiro em diversas instituições de assistência pública, atuando ainda de modo particular e domiciliar. Sua formação previa atividades profissionais relativas à organização, assistência, treinamento e supervisão de atividades materno-infantis em espaços variados.

Os indicadores em análise revelaram que a profissão de parteira, nesse período, permitia conciliar o trabalho formal com a vida familiar. A maioria das parteiras sindicalizadas estava casada e estava formalmente inserida no mercado de trabalho.

Um grupo atuante socialmente, que fazia parte de uma carreira profissional consolidada e, ao mesmo tempo, estava profundamente comprometido com a continuidade e a visibilidade social da profissão de parteira. Os documentos analisados revelaram indícios de intensa atividade política e social protagonizada pelas suas representantes.

3. PROFISSIONALIZAÇÃO SANITÁRIA E TREINAMENTO HIGIÊNICO: O LUGAR DAS PARTEIRAS POPULARES EM MEIO AO CONTINGENTE FEMININO EDUCADO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Segundo a interpretação dos historiadores da saúde, particularmente os de língua espanhola, o termo profissão sanitária engloba uma diversidade de categorias profissionais – médicos, enfermeiras, parteiras, dentistas - atuantes em espaços diferenciados da saúde pública a partir do século XIX. Nesse sentido, destacamos os trabalhos de Ana Maria Carrillo (1998, p.142-168) e Teresa Ortiz (2006, p.523-543), como referências fundamentais para a compreensão do processo de constituição dessas profissões numa perspectiva internacional. O rol de atividades identificadas pelas autoras como profissões sanitárias são aquelas que, no Brasil, têm sido usualmente definidas pelos historiadores especializados como “profissões de saúde”.

Assim, tendo em vista que o termo “sanitário” remete às ações de assistência à saúde, nas sua face preventiva e de tratamento de doenças; aos cuidados de higiene pessoal e ambiental; às práticas educativas; à medidas de saneamento, entendemos por profissão sanitária feminina as funções técnico-científicas exercidas majoritariamente por mulheres no processo de institucionalização da saúde pública, a partir da reforma conhecida no Brasil como movimento sanitarista⁹⁸.

Dentre as profissões criadas pelas instituições de saúde pública do Brasil com o objetivo de ampliar a assistência sanitária, a partir da segunda década do

⁹⁸ Para uma das abordagens mais relevantes sobre a questão sanitária no Brasil, citamos Gilberto Hochman (1998). Nesse trabalho o autor analisa as políticas de saúde pública com base nas interpretações que dividem o movimento sanitarista em “dois períodos fundamentais. O primeiro período está relacionado ao trabalho de Oswaldo Cruz como gestor dos serviços federais de saúde entre 1903 e 1909 e o segundo período, ou segunda fase do movimento sanitarista cinscunscreeve-se no período de 1910-20, marcado pela preocupação com o saneamento rural, num contexto de idéias nacionalistas e eugênicas”.

século XX, compostas principalmente por mulheres, destacamos: educadoras sanitárias, visitadoras sanitárias, auxiliares de maternidade, auxiliares hospitalares e enfermeiras de saúde pública.

Tais profissões foram produzidas e reproduzidas através das instituições de saúde pública após o início da chamada segunda fase do movimento sanitarista, a partir dos anos 1920. O investimento das instituições de saúde pública em recursos humanos foi fundamental para a ampliação dos projetos de reforma sanitária dos meios urbanos e rurais brasileiros e para o cumprimento dos projetos desenvolvimentistas em pauta na agenda política brasileira desse período.

O processo de institucionalização de profissões sanitárias femininas foi iniciado nos anos 1920, demarcado pela criação, através do Departamento Nacional de Saúde Pública, de um curso de enfermagem voltado para a formação de “visitadoras de saúde” ou “visitadoras de higiene”, no Rio de Janeiro. Destacaremos nesse contexto a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), nos anos 1940⁹⁹. Nosso marco final irá se deter nos anos 1960, quando ocorreram mudanças no cenário político brasileiro que influenciaram no refreamento da expansão dos projetos de saúde pública desenvolvidos pelo Orgão¹⁰⁰.

Nesse capítulo analisarei o processo de emergência dessas profissões femininas e sua relação com as propostas de higienização das parteiras populares, conhecidas também como “curiosas”. Portanto, para embasar nossa discussão sobre o papel das parteiras no processo de institucionalização da saúde pública brasileira, abordaremos o caso emblemático do *SESP*. Apresentaremos e discutiremos as ações dessa instituição no treinamento, controle e supervisão das parteiras “curiosas”. Treinar parteiras com base nos conceitos da medicina científica fazia parte das ações normativas voltadas para a assistência sanitária materna e infantil.

O *SESP* atribuiu às suas profissionais sanitárias - principalmente as visitadoras sanitárias e as enfermeiras de saúde pública - as funções de

⁹⁹ Instituição que teve um papel dos mais relevantes na constituição de profissões sanitárias em âmbito nacional. Executou o treinamento de parteiras “curiosas” tendo como um pressuposto a higienização das populações pobres através da implementação dos métodos e técnicas da medicina científica.

¹⁰⁰ O *SESP* foi transformado em Fundação, vinculada ao Ministério da Saúde, em abril de 1960 (Bastos, 1996, p-143-144).

execução e supervisão do processo de treinamento e controle de atuação das parteiras “curiosas” que atendiam nas áreas de desenvolvimento dos projetos sanitários desenvolvidos pela instituição, além de, ao mesmo tempo, investir na formação de profissionais auxiliares para atuarem na assistência ao parto e ao recém-nascido em maternidades.

No vasto e rico acervo do Fundo *SESP*¹⁰¹ encontramos uma variedade documental importante para o nosso estudo. Tivemos acesso e consultamos documentos tais como: programas de cursos, boletins e relatórios. Como parte desse amplo acervo, destacamos também a presença de um grande volume de fotografias relacionadas aos projetos da instituição.

Os documentos fotográficos que compõe o acervo do *SESP/FESP* se constituíram numa chave ímpar para melhor compreender o desenvolvimento da saúde pública no período de 40 a 60. Selecionamos algumas imagens relevantes ao tema da nossa pesquisa. As imagens fotográficas dos grupos das visitadoras sanitárias, das auxiliares hospitalares e das parteiras “curiosas” aparecem desde as primeiras iniciativas de formação das profissionais sanitárias especializadas para atuar no *SESP*, a partir de 1943.

¹⁰¹ Sob a guarda do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz,-Fiocruz- Rio de Janeiro.

3.1. A EDUCAÇÃO DAS MULHERES, O SANITARISMO E A CRIAÇÃO DE NOVAS PROFISSÕES FEMININAS

A atuação das mulheres e seus modos e estratégias de ocupação do espaço público têm sido objeto de historiadoras internacionais especializadas como Michele Perrot (1991; 2005), cujas pesquisas procuram demonstrar o protagonismo de várias figuras ou grupos femininos nas transformações das relações sociais de gênero. Em Perrot encontramos mulheres que são, sobretudo, transgressoras da lei, ordem e moral vigentes e o modo como essas transgressoras, escrevendo, estudando, trabalhando, agindo isoladamente ou organizando-se em grupos com outras mulheres, portadoras de convicções políticas e ideologias diferenciadas, conseguem fazer recuar “a fronteira do sexo” e suplantar alguns limites sociais impostos ao feminino, mas não todos, como no caso da menor valoração financeira do trabalho executado por mulheres, mesmo exercendo as mesmas funções que os homens.

As transformações da vida familiar e as novas atribuições sociais relativas aos papéis de gênero, tais como a responsabilidade pela criação e educação dos filhos de ambos os sexos, de acordo com princípios morais identificados com a civilidade moderna, e a responsabilidade pelo funcionamento da “empresa” doméstica, colocaram as mulheres, principalmente a partir do século XIX, diante do desafio de conciliar seus novos papéis de gênero relativo ao ambiente doméstico com a profissionalização decorrente da ampliação educacional feminina. Deste modo, começou a aparecer grupos de mulheres em exercício de atividades produtivas consideradas economicamente complementares, embora reconhecidas como essenciais para a dinâmica social, tais como a prestação de cuidados à saúde, a assistência social e o magistério, mais propriamente a educação infantil.

Em países da Europa, como a França, em meio ao processo de valorização da atenção e dos cuidados maternos sobre a criança, alguns intelectuais e educadores passaram a priorizar a educação da infância como uma extensão ou um modo de exercício da maternidade¹⁰²

¹⁰² Escrevendo a partir do final da primeira metade do século XVIII, Jean-Jacques Rousseau (1995) elaborou um método de educação em que defendia a participação direta dos pais na educação e cuidados

As atividades consideradas “femininas” foram profissionalizadas através da participação ativa das próprias mulheres, em muitos casos inspiradas pela ideologia que lhes atribuiu qualidades morais e emocionais que as adequavam para esse tipo de trabalho. Motivadas pela busca de uma atividade profissional fora do ambiente doméstico procurando, de maneira conciliatória, resolver de modo menos conflituoso a relação entre as funções domésticas e o trabalho fora da casa, as profissões de cuidado apareciam como uma opção plausível. O engajamento profissional feminino também era estimulado nas mobilizações mediadas pelos organismos de Estado em situações emergenciais, como as guerras e as epidemias, duas situações em que a questão demográfica é colocada de modo relevante, pelo risco de diminuição de um contingente populacional potencialmente produtivo.

Análises realizadas na área de história da saúde, como o trabalho de Regina Morantz-Sanchez (2005, p. 141-156), que ao investigar a participação feminina na teoria e na prática de saúde nos Estados Unidos nos séculos XIX e XX, abordou de maneira mais abrangente, menos recortada, os diversos grupos profissionais femininos que trabalhavam na área da saúde. A autora nos apresenta a um universo de mulheres que encontraram na assistência à saúde, através do trabalho institucional ou de ações de voluntariado, um espaço para a profissionalização especializada. Nos seus papéis de médicas, parteiras, enfermeiras e assistentes sociais, elas enfrentaram inúmeras dificuldades relacionadas às desigualdades sociais nas relações de gênero, de classe e nas relações raciais. Contudo, a ação dessas mulheres ampliou a participação feminina na formulação de políticas públicas que visavam a melhoria da qualidade de vida de grupos populacionais específicos, especialmente mulheres e crianças.

No Brasil, a constituição de um rol de profissões de gênero seguiu um padrão alinhado com a tendência internacional. No período dos anos 1920-60 o contexto político e intelectual foi particularmente favorável à defesa e as ações

com as crianças. Usualmente nas classes abastadas essa era uma tarefa delegada a amas e preceptores. Ele mesmo foi um preceptor, um tipo de educador infantil. Rousseau defendia a organização doméstica como o lugar ideal para as mulheres exercerem um papel social de acordo com a *natureza feminina*. A mulher, no seu discurso, aparece valorizada pelo exercício da maternidade como parte da sua “natureza feminina”. Contudo, a maternidade não estava resumida à gestação e parto. Incluía a amamentação materna, os cuidados com a infância e, dentre esses, um processo sócio-educativo a ser exercido pelas mulheres, mães, na esfera do lar.

políticas em torno do incremento à educação feminina e ampliação da profissionalização das mulheres¹⁰³.

O estímulo oferecido às mulheres para ingressarem em trabalhos vistos como apropriados ao seu sexo foi viabilizado pelo incremento da educação feminina de forma a preparar mulheres tanto para o exercício de uma administração doméstica moderna como para a execução de atividades de cuidados à saúde e educação higiênica da população. Nesse sentido, identificamos no período dos anos 1920-30 uma fase importante para o início de reformas na área educacional voltadas para a inclusão mais ampla do grupo feminino no sistema educativo formal. As reformas seguiram uma direção baseada em valores sociais permeados pelos princípios de uma educação universal mesclada à aquisições de conhecimentos específicos, considerados apropriados ao sexo feminino.

O trabalho de Diana Gonçalves Vidal (1996) apontou para a permanência de uma educação de gênero nas reformas curriculares da educação nas três primeiras décadas do século XX. Um exemplo citado foi o caso da reforma da Instrução Pública do Distrito Federal implantada por Fernando de Azevedo, no final dos anos 1920, no qual a educação doméstica, preconizada para as meninas das escolas públicas primárias, era defendida como um aprendizado adequado à natureza da mulher, que deveria aprender, sobretudo, a servir e a cuidar.

Mesmo cabendo às professoras a escolarização de meninas e meninos a escola criava um espaço diferencial para a educação feminina, de modo que as atividades domésticas, reproduzidas no ambiente da escola através da constituição de disciplinas específicas, fossem ministradas exclusivamente para as meninas. Um processo analisado por Guacira Lopes Louro & Dagmar Meyer como uma escolarização do doméstico.¹⁰⁴

¹⁰³ Em países como Estados Unidos, Espanha, França e Inglaterra a convocação de mulheres para o exercício de profissões identificadas como uma *maternagem social* acontecia desde os primórdios do século XIX, conforme apontado pela historiografia internacional. Sobre os sistemas de gênero e a profissionalização das mulheres no Brasil citamos as pesquisas de Nara Azevedo e Luiz Otávio Ferreira (2006).

¹⁰⁴ Guacira Lopes Louro e Dagmar Meyer (1993). Destacamos a conclusão das autoras: *A escolarização do doméstico, portanto, vai além da complexidade e racionalização do "fazer". Envolve o reconhecimento da escola como instância legítima da formação integral da mulher, na acepção mais ampla do termo. Daí, que a educação feminina deve compreender a formação da esposa e da mãe das futuras gerações. Portanto, o exercício da maternidade era também um componente da formação para o lar na ETSED.* (Sigla da Escola Técnica Senador Ernesto Dornelles, escola pública fundada em Porto Alegre, em 1946.)

Os historiadores da saúde, como Neiva Vieira da Cunha (2005) e da educação, a exemplo de Jerry Dávila (op.cit), apontam como marcos fundamentais para o início do período reformista, nas áreas respectivas de educação e da saúde, determinados acontecimentos que tiveram lugar nos anos de 1916/1917. Um evento destacado pelos autores foi a publicação do relatório do trabalho de campo realizado pelos médicos sanitaristas do Instituto Oswaldo Cruz, Arthur Neiva e Belizário Penna, cujo título, “Viagem Científica” reflete os propósitos da expedição de cunho científico-sanitária realizada no Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e Norte a Sul de Goiás. Essa publicação, que retratava a precária situação de vida (e saúde) dos brasileiros do interior do país, causou um forte impacto entre os intelectuais nacionalistas da época. Outro evento relevante foi a publicação, em setembro de 1917, no Rio de Janeiro, da obra de Arthur Neiva intitulada “Saneamento do Brasil”.

A resposta a essas duas publicações foi materializada na criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918. Para a divulgação das idéias médico-sanitárias do período a Liga contava com a revista “Saúde” reconhecida como órgão de divulgação e propaganda das suas atividades e propostas. A organização contou entre os seus membros com a presença de Carlos Chagas, Miguel Couto, Aloísio de Castro, Afrânio Peixoto, Roquette Pinto, Renato Kehl, Arthur Neiva, Vital Brasil, Monteiro Lobato, Carlos Seidl, Miguel Pereira, entre outros nomes representativos do meio científico e intelectual¹⁰⁵ (COSTA, 1985).

A emergência de uma organização médico-sanitária iniciada com o movimento sanitarista dos anos 1910-20, associado ao processo de reforma na educação¹⁰⁶, acabou por oferecer às mulheres novos espaços de trabalho. Às mulheres caberia um grupo de atividades profissionais vistas como auxiliares e essencialmente femininas.

¹⁰⁵ As idéias e ações dos reformistas que atuaram filiados à Liga Pró-Saneamento, contribuíram para a criação em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão que depois foi incorporado, em 1930, ao Ministério da Educação e Saúde Pública, sob a direção de Francisco Campos. Embora o novo Ministério não tenha centralizado a definição das ações locais no caso da educação pública, exerceu o papel de legislador, promovendo também a elaboração e divulgação de políticas e modelos de abrangência nacional e coordenando investimentos em recursos materiais e humanos.

¹⁰⁶ No mesmo contexto de emergência do sanitarismo, o campo da educação foi alvo de um movimento reformista, de inspiração internacional, que viria a se configurar numa linha educacional desenvolvida nos anos 1920, no Brasil, e que ficou conhecida como Escola Nova. As reformas foram instituídas sob a influência marcante do chamado “escolanovismo norte-americano”. Ver Jorge Nagle (2001) e também a pesquisa de Jerry Dávila (2006) sobre as transformações da educação nesse período e sua relação com outros setores da sociedade brasileira.

Grupos compostos por intelectuais, políticos e cientistas brasileiros viram na educação, assim como na saúde, um caminho para a construção de uma nova nacionalidade. Nesse período de intensos debates sobre a identidade da “Nação Brasileira”, a “eugenia” - como uma teoria de aprimoramento racial - estava presente na pauta das discussões sobre a relação entre raça, saúde, educação e políticas públicas, se constituindo no Brasil, no período entre as duas grandes guerras, num princípio fundamental para a reforma social (STEPAN, 2005).

Nossos reformadores sociais buscavam resolver, com o apoio do Estado, as principais questões nacionais identificadas como responsáveis pelo atraso brasileiro. Nas medidas comparativas do desenvolvimento do país com os padrões de progresso de outras jovens nações, o Brasil estava longe de ser considerado uma nação moderna. As doenças que enfraqueciam a população, a presença de populações afro-descendentes e o analfabetismo eram as principais “chagas nacionais” identificadas como causadoras do atraso da sociedade brasileira, que precisavam (e podiam) ser curadas com urgência (OLIVEIRA, 1989). No contexto dos movimentos de valorização da nacionalidade, os setores de educação e saúde partilharam do mesmo pensamento - higienista e eugênico - ao desenvolverem políticas públicas voltadas para a melhoria da cultura e da saúde da população brasileira.

A implementação de atividades físicas regulares, o acompanhamento antropométrico de crianças, a suplementação alimentar, a educação moral e os cuidados de higiene, especialmente na sua vertente da puericultura e da assistência à maternidade, fizeram parte de um rol de medidas colocadas como uma missão do Estado, tendo como finalidade contribuir para a superação da “inferioridade racial brasileira”.

Essas medidas foram implementadas pelos serviços de assistência pública e se constituíram como disciplinas nos cursos de formação das profissões sanitárias femininas, das professoras primárias e do treinamento das parteiras “curiosas”. Essas parteiras foram alvos importantes da higiene pública principalmente a partir dos anos 1940, com a interiorização do sanitarismo, expandindo para as áreas rurais brasileiras um sistema assistencial concebido com base na medicina científica (CAMPOS, 2006).

Ao mesmo tempo, no campo do magistério, a formação de professores passou a incorporar novos conhecimentos e recursos técnicos de forma a tornar

esse grupo apto para o cumprimento de uma missão primordial voltada para a regeneração da raça brasileira. Desde 1920, a formação de novos profissionais de educação incluía estudos especializados de ciências sociais, psicologia, higiene e puericultura (DÁVILA, *op.cit.*).

Partilhando de ideais comuns voltados para a modernização e integração da sociedade brasileira, o movimento sanitarista, associado ao movimento de reforma da educação, atuou de maneira integrada em projetos políticos e propostas de ações tendo em vista o investimento em grupos populacionais prioritários. Nesse sentido, as mulheres apareciam como agentes e alvo das ações de higiene social. Consideradas como importantes regeneradoras da sociedade, elas eram escolarizadas e profissionalizadas para atuarem principalmente em serviços voltados para a atenção aos grupos feminino e infantil.

Nesse sentido, tanto no âmbito da formação em educação como no da saúde pública, notamos a influência do pensamento sanitário-higienista no incremento da educação feminina, divulgado pelos intelectuais, sanitaristas e reformadores da educação como um modo de trazer autonomia e saber para as mulheres. As iniciativas colocadas em prática por esse grupo de reformadores reforçavam uma ideologia que defendia a prioridade da capacitação intelectual e profissional feminina voltada para o exercício da maternidade científica, tão defendida nesse período (FERREIRA & FREIRE, 2005).

Os projetos educacionais que defendiam a inclusão de disciplinas específicas voltadas para o grupo feminino, no processo de educação pública laica regular, enfatizava o aprimoramento das mulheres nas funções domésticas e de cuidados com a família. Isso indica o que consideramos ter sido uma contribuição de base para a instituição das profissões sanitárias femininas.

As autoridades da área de saúde e educação estavam empenhados na formulação de políticas públicas identificadas com a idéia de criar no Brasil uma “maternidade social”, como medida auxiliar para o sucesso do aprimoramento racial brasileiro. Dentre as autoridades que obtiveram um papel de destaque nesse linha de reformas citamos Gustavo Capanema, que atuou na direção do Ministério da Educação e Saúde, entre 1937-1945 (SCHWARTZMAN *et alli*, 2000).

Assim, a organização e a assistência no campo da saúde teve na sua vertente sanitária um modelo que valorizava a participação feminina em atividades de prestação de cuidados, de formação de recursos humanos e na organização dos serviços sanitários. De modo que, para viabilizar a reorganização e ampliação dos serviços sanitários e desenvolver as ações essenciais de saúde pública, dentre elas a educação sanitária, foram criadas, através de órgãos sanitários de algumas cidades brasileiras, as profissões de visitadora sanitária e/ou educadora sanitária.

As pesquisas de Castro Santos & Lina Faria (2006) identificaram, no período de 1939-43, a realização de cursos para visitadoras sanitárias nos seguintes estados: Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Alagoas, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Goiás, São Paulo e Minas Gerais, com formação de cerca de 700 visitadoras sanitárias nesse período.

A instituição da visitadora sanitária no Rio Grande do Sul foi abordada por Nair Regina Ritter Ribeiro (1988). Ela discutiu o surgimento, o desenvolvimento, a oficialização e a extinção dessa modalidade de formação no Estado. Foram cursos que tiveram um papel importante no contexto de reorganização e ampliação dos serviços sanitários a partir de 1929. Com a reorganização foram instituídas inspetorias sanitárias e delegacias de saúde nos municípios gaúchos.

Entre 1937 e 1940, no âmbito de uma reforma administrativa, o Estado do Rio Grande do Sul considerou prioridade o treinamento do pessoal de saúde pública. Em 1938 foi realizado o primeiro Curso de Visitadoras Sanitárias e reorganizado o primeiro centro de saúde, contando com a atuação de uma visitadora sanitária na chefia da seção de enfermagem.

A formação de visitadora sanitária foi efetuada através da ação de uma enfermeira de saúde pública, Izaura Barbosa Lima, enviada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, após solicitação do Departamento de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (RIBEIRO, *op.cit.*).

As candidatas ao curso foram selecionadas entre as professoras normalistas, constando que elas deveriam ter elevados padrões morais, capacidade de trabalho, senso de responsabilidade e descenderem de boa família. Dentre todas as funções estipuladas para a visitadora sanitária destacamos o item que determina que elas “executem as ordens do médico

relativamente ao tratamento aconselhado; encaminhem os nubentes ao exame pré-nupcial; associem o trabalho de educação sanitária ao de assistência social e procurem combater, indiretamente, o analfabetismo” (RIBEIRO, *ibid.*, p. 10-11).

O curso foi oficializado por decreto em 1946 e finalizado em 1965. Foram formadas 612 alunas em 19 cursos, porém no livro de registro de certificados consultado pela autora constam 351 registros. Segundo a autora, o trabalho da visitadora sanitária foi gradualmente substituído quando surgiram, no Rio Grande do Sul, a partir de 1954, os cursos de enfermagem em nível superior e auxiliar. Inicialmente a duração do curso era de três meses, porém esse tempo foi considerado insuficiente e a partir de 1940 a duração foi ampliada para 12 meses (RIBEIRO, *ibid.*).

Ao focar em sua pesquisa a formação do grupo profissional feminino das Educadoras Sanitárias através do “Instituto de Hygiene de São Paulo”, Heloísa Helena Pimenta Rocha (2003) destacou algumas questões em torno das primeiras iniciativas de profissionalização desse grupo. No processo de formação dessas educadoras, o prolapado pioneirismo do Instituto de Hygiene de São Paulo era enfatizado pelo Dr. Paula Souza¹⁰⁷, que foi diretor do Instituto quando o curso foi iniciado, em 1926. Entretanto, a autora afirma que a idéia de “pioneirismo” deve ser relativizada diante das evidências documentais que demonstram que a formação de educadora sanitária - como uma criação genuína e ímpar do Instituto - foi sendo trabalhada a partir de diversas experiências anteriores. Um exemplo citado pela autora foram os projetos colocados em curso a partir de demandas próprias trazidas pela área de educação, matriciadora das primeiras iniciativas de especializar professoras para o trabalho sanitário.

Heloisa Rocha (*op.cit.*, p. 157-160) chama a atenção para uma tentativa anterior, que não logrou êxito, de formação de enfermeiras escolares oriundas dos quadros do magistério primário. Tratava-se de um projeto elaborado conjuntamente entre o Instituto de Hygiene e a Diretoria Geral de Instrução Pública, em 1921. Com esse projeto pretendia-se primeiramente reorganizar a higiene escolar da cidade de São Paulo e, em segundo plano, criar um grupo de mulheres com uma cultura médica elevada. Seriam selecionadas mulheres consideradas superiores em inteligência e posição social. Num momento

¹⁰⁷ Em relatório apresentado ao Secretário do Interior do estado de São Paulo, em 1925, em que constava o regulamento do Curso de Educadoras Sanitárias . Ver (ROCHA, *op.cit.*)

posterior, a partir desse grupo, elas atuavam também na assistência hospitalar, pois um dos objetivos finais era elevar o padrão da enfermagem hospitalar.

Pesquisadora de referência na historiografia que aborda as profissões femininas, Lina Faria (2006), discutiu a formação e atuação da educadora sanitária estabelecendo um paralelo entre a instituição desse grupo e a constituição da enfermagem de saúde pública. Pontua que essas novas agentes, recrutadas entre as professoras primárias, atuavam junto aos centros de saúde elaborando cartazes educativos, realizando visitas domiciliares, fazendo palestras, exposições e conferências. O seu campo de atuação estava dividido em especialidades que incluíam: educadoras distritais; escolares de higiene; de higiene infantil; de higiene de centros e postos de saúde; de dispensários; hospitalares; de higiene no serviço especial de sífilis e doenças venéreas. Elas atuavam também em fábricas, cortiços e escolas.

Nesse contexto de transformações as autoridades sanitárias, a exemplo do Dr. Paula Souza, conforme citado por Heloisa Rocha (*ibid.*) defenderam a formação de visitadoras e educadoras sanitárias, apresentando-as como uma alternativa à inexistência ou escassez de profissionais de enfermagem capacitados para o desenvolvimento das ações preconizadas pela política sanitária em curso¹⁰⁸. Entretanto, o investimento na formação de educadoras e visitadoras sanitárias, para executar funções consideradas do âmbito profissional da enfermagem sanitária, era concomitante ao investimento público na abertura de novas escolas de enfermagem, com incremento após os anos 1940, principalmente a partir dos convênios firmados através do SESP¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Convém assinalar que a fundação de uma Escola de Enfermeiras voltada para o ensino da saúde pública foi em 1923, no Distrito Federal, enquanto em São Paulo a fundação da Escola de Enfermagem aconteceu em dezembro de 1942. É interessante pontuar como os sanitaristas em geral não identificavam as parteiras diplomadas como um grupo profissional elegível para a gama de ações sanitárias propostas nesse período. A excessão ficou exemplificada na criação do Serviço Obstétrico Domiciliar, projeto implementado em algumas (poucas) cidades brasileiras entre os anos 1920-60, em que se destaca o caso de São Paulo, estudado por Maria Lúcia Mott (2004). Nesse caso, implementado através do Departamento Estadual da Criança, entre 1958 e 1969, a ação da parteira diplomada foi muito além da assistência domiciliar ao parto. Incluía a educação sanitária e também ações de puericultura.

Os relatórios de trabalho publicados, elaborados pelas autoridades sanitárias do SESP também trazem esse discurso de “falta” de enfermeiras, citamos : Emengarda de Faria Alvim (1959). Ver também: Nilo Chaves de Brito Bastos (1996).

¹⁰⁹ O SESP participou diretamente, através de contribuições financeiras, apoio logístico e cessão de enfermeiras e outros profissionais dos seus quadros técnicos para planejamento, organização e execução, no processo de criação das seguintes escolas de enfermagem: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, entre 1943 e 1947; Escola de Enfermagem Rachel Haddock Lobo, da Prefeitura do Distrito Federal, a partir de 1943; Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, na cidade de Niterói, entre 1944 e 1955; Escola de Enfermagem de Manaus, a partir de 1951; Escola de Enfermagem de Porto Alegre, entre

Como parte do processo de institucionalização da saúde pública, a partir dos anos 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública promoveu a criação da “Escola de Enfermeiras” - que deu origem à atual Escola de Enfermagem Anna Nery – fundada em 1923, no Rio de Janeiro. Organizada através da parceria com a Fundação Rockefeller, a “Escola de Enfermeiras” tinha como objetivo formar mulheres para atuarem como enfermeiras de saúde pública, segundo o padrão da administração sanitária norte-americana. Dentre as principais metas para o investimento na formação desse grupo profissional estava o incremento da educação sanitária da população, visando a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida¹¹⁰.

Essas enfermeiras teriam como missão ocupar o espaço e supervisionar a atuação de outro grupo profissional feminino, criado poucos anos antes, no Rio de Janeiro, entre 1920 e 1921. Tratava-se das “enfermeiras visitadoras” ou “visitadoras de saúde”, preparadas para a execução de ações sanitárias voltadas, num primeiro momento, para a profilaxia da tuberculose. Esse grupo, formado em caráter emergencial pelos médicos da “Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose”, teve como espaço de atuação inicial os Dispensários e o domicílio dos doentes. Com a organização do Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons, as “visitadoras de saúde” continuaram a ser formadas através dos “Cursos de Emergência”. Foi acrescido ao seu treinamento conhecimentos práticos e teóricos de enfermagem. A atuação sanitária desse grupo estava restrito ao Distrito Federal. Com o tempo, o campo de atuação dessas profissionais sofreu uma ampliação. Além de atuar na Divisão de Tuberculose, esse grupo atuava também nas divisões de Doenças Venéreas e Higiene Infantil.¹¹¹

Os cursos emergenciais tiveram uma duração efêmera, e em 1924, após, portanto, a criação da Escola de Enfermeiras do DNSP, esse tipo de formação foi

1950 e 1957; Escola de Enfermagem de Pernambuco, desde 1949 até 1952. Além das escolas de enfermagem mencionadas o SESP participou, durante os anos 1950, da fundação e manutenção de escolas de auxiliares de enfermagem nas cidades de Aracajú, Maceió, Natal e Teresina (BASTOS, op. cit, p.452-463).

¹¹⁰ Para um estudo comparativo dos modelos norte-americano e do brasileiro de saúde pública no período dos anos 1920-40, ver o artigo de Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Rodrigues de Faria (2002).

¹¹¹ Citamos a pesquisa intitulada “ Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública”, realizada pelo grupo composto por Júlia Cardoso de Castro, Atiele Azevedo de Lima Lopes, Maria Rachel Fróes da Fonseca e Verônica Pimenta Velloso para o Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.(<http://www.dchistoriasaude.coc.fiocruz.br>). Acesso em 14/05/2007

encerrada. As visitadoras continuaram atuando em unidades sanitárias da capital federal até 1926, quando foram substituídas por enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermeiras, que havia formado sua primeira turma em 1925 (Fraenkel, 2001)¹¹².

Quando o primeiro grupo de enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública recebeu a titulação, em 1925, esperava-se que ao substituir as visitadoras sanitárias que atuavam no Distrito Federal, elas correspondessem, segundo Fallante & Barreira (1998), às seguintes atribuições: atuação no ambiente familiar - ditando conselhos de higiene, numa perspectiva educativa, ensinando a cuidados com as crianças e com a alimentação, detectando casos suspeitos de doenças contagiosas, registrando algumas situações encontradas, tais como situações de moradia, saneamento básico, alimentação, verificando e notificando a existência de aglomerações humanas. A essas enfermeiras cabia também: representar o poder da autoridade sanitária e da ordem médica; usar a imagem de enfermeira de saúde pública para convencer as famílias sobre a importância e o significado da sua visita para o projeto oficial de prestação dos serviços de saúde pública; controlar rigorosamente as ações de saúde através de visitas periódicas e cobranças.

O seu trabalho deveria ser exercido mediante certas qualidades, como a bondade, a paciência e a devoção, pois além de combater os males do corpo através do cuidado higiênico, a enfermeira deveria cuidar dos “males da alma”, transmitindo carinho, bondade, simpatia e esperança, sendo considerada pelos médicos sanitaristas como sendo “a professora mais ouvida, a instrutora mais agradável e a melhor propagandista”. Durante o processo de institucionalização da saúde pública a atuação das enfermeiras foi ampliada do trabalho de visita domiciliar para os dispensários de saúde pública. (FALLANTE & BARREIRA, *op.cit.*)

Segundo Ieda de Alencar Barreira & Suely de Souza Baptista (2002), a constituição da enfermagem de saúde pública como um campo profissional, ideal para um público feminino culto, era uma bandeira assumida pelo Estado desde os

¹¹² Republicação de artigo original publicado no “Annaes de Enfermagem”. Rio de Janeiro, vol.4, abril de 1934, p.14-17. Disponível no Centro de documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

anos 1920. Entretanto, nos vinte anos posteriores à criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, esse ideal de elevação cultural e científico da enfermagem era ainda confrontado com obstáculos para a sua afirmação, relacionados, pelas autoras, à baixa escolaridade da população feminina.

As autoras ponderam que a Escola Anna Nery, desde a sua fundação, procurou atrair para o seu quadro de alunas as egressas do curso normal. As normalistas eram consideradas candidatas-modelo para a formação de enfermeira. Contudo, do período de 1923 até 1945, segundo os dados apresentados, a captação desse grupo para os quadros de formação de enfermeira diminuiu em mais de 10%. Ou seja, nesse período de 1923-31, entre as candidatas à formação de enfermeiras 37% eram ex-normalistas, enquanto no período de 1938-45 esse percentual caiu para 23%.

Ieda Barreira & Suely Baptista (*op.cit*) afirmam que houve também a diminuição do percentual de enfermeiras diplomadas entre o grupo das ex-normalistas admitidas no período entre 1923 e 1945. A hipótese apresentada para justificar a diminuição de ex-normalistas no curso de enfermagem está baseada no aumento de eficácia no processo seletivo, quando houve a valorização de determinadas habilidades consideradas pertinentes para a formação de enfermeira, não necessariamente adquiridas no curso normal. Segundo a interpretação apresentada, o nível de excelência exigido pela Escola Anna Nery, entre os anos 1930-40, para as candidatas a enfermeiras, não estava sendo encontrado nem mesmo entre as egressas do curso normal. Contudo, é justamente em torno desse período que ocorreram transformações marcantes no campo educacional, amplificando a qualidade de formação das normalistas, especialmente a partir da transformação da Escola Normal do Distrito Federal em Instituto de Educação do Rio de Janeiro, em 1932 (DÁVILA, *op.cit*).

Fallante & Barreira (*op.cit.*) argumentam que devido às dificuldades encontradas pelas enfermeiras para o cumprimento das suas ações, principalmente no caso das visitas domiciliares, que eram consideradas muito cansativas e insalubres, sendo, muitas vezes, perigosas para a segurança pessoal, muitas desistiram da carreira e outras optaram por atuar em hospitais públicos ou privados.

Assim, a enfermagem de saúde pública, instituída como uma profissão protegida e regulamentada pelo Estado, teve sua imagem construída com base em valores que projetavam a “enfermeira” como uma mulher dotada de atributos de abnegação, doçura, inteligência, disciplina e subserviência. Entretanto, havia também uma representação de autoridade no exercício do papel de enfermeira. As instituições formadoras procuravam associar à enfermeira profissional uma certa nobreza social, numa tentativa de cooptação das mulheres das classes sociais mais abastadas.

Uma análise pormenorizada sobre o alcance das reformas na área da saúde pública sobre a representação social da enfermeira no Brasil é um tema ainda em aberto, e que merece ser explorado com maior abrangência pela historiografia.

Pretendeu-se que a enfermagem se constituísse em profissão de excelência para as moças de família, assim como acontecera com o magistério, com a instituição da “professora primária”. A construção social de uma imagem sacralizada e ao mesmo tempo científica de enfermeira procurava legitimar e ampliar a participação feminina numa atividade laboral socialmente pouco valorizada e em processo de profissionalização¹¹³.

¹¹³ Do mesmo modo que na trajetória histórica das “artes” e dos “ofícios” de curar, conforme evidenciado por uma historiografia especializada, apontando que até pelo menos o início do século XX, no Brasil, a medicina esteve nas mãos de uma gama variada de “curadores” autorizados e não autorizados (Pimenta, 2003; Weber, 1999; Figueiredo, 2002), o “ofício de cuidar”, reconhecido sob a denominação de “enfermagem”, era uma função exercida majoritariamente pelos agentes da caridade cristã - irmãos e irmãs de caridade - bem como por escravos e/ou ex-escravos (MOREIRA & OGUISSO, 2005).

3.2. A ADESÃO CONTÍDUA DAS MULHERES À PROFISSÃO SANITÁRIA

Em Conferência pronunciada em agosto de 1942, o médico sanitário João de Barros Barreto, Diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) do Ministério da Educação e Saúde, expôs um relatório sobre o estado de organização da saúde pública no Brasil (BARRETO, 1942, p.169-215). Nesse pronunciamento Barros Barreto abordou a questão da formação de recursos humanos pelo DNS, autorizado pelo decreto-lei n. 4296 de 13 de maio de 1942, destacando a formação de “auxiliares de serviços de saúde” e problematizando a falta de enfermeiras nesses serviços:

O regulamento dos cursos autoriza o diretor geral do D.N.S. a organizar outros; para auxiliares dos serviços de saúde. Nesse particular já vinha sendo intensa a atuação do Departamento, no tocante sobretudo ao preparo de visitadoras sanitárias, dada a falta impressionante de enfermeiras nos serviços de saúde. Basta dizer que as escolas Ana Neri e Carlos Chagas diplomaram, da data e sua criação até agora, 442 enfermeiras. Das 394 que em 24 anos se formaram pela Ana Neri (em média 16 por ano), estão em funções oficiais apenas 213 (54%). (BARRETO, op.cit, p.177)

Outro ponto importante do discurso de Barros Barreto diz respeito à origem de captação dessas “auxiliares” e ao modo de formação do grupo, visto como uma alternativa à escassez de enfermeiras especializadas disponíveis:

Foi atendendo a essa situação, a impossibilitar qualquer ação sanitária sistematizada e eficiente, que o D.N.S., desde 1937, tem sistematicamente destacado, para os Estados, enfermeiras dos seus quadros, para organizar serviços de visita domiciliar e de atendentes, nos diversos dispensários dos Centros de saúde, preparando para isso essas auxiliares em cursos intensivos, com a colaboração de médicos dos serviços estaduais e professores de escolas médicas. A escolha adequada de núcleos de professoras primárias e de outras moças de média cultural análoga tem possibilitado a realização da **medida de emergência, [grifo meu]** aprestando-as para um trabalho que, não se podendo comparar, em qualidade, ao das enfermeiras de Saúde Pública, nem por isso deixa de ser digno de apreço, pois, por toda a parte em que tem sido feito, tem trazido marcado impulso ao trabalho sanitário. (BARRETO, *ibid*, p.177-178)

A enfermeira e a professora passaram a representar o ideal de servidora pública, num momento político em que se ampliava a ação estatal nos vários setores da sociedade. Desde a década de 1920 as professoras primárias eram consideradas a clientela ideal para os novos cursos de higiene sanitária, havendo, por parte dos sanitaristas, uma recomendação explícita para o recrutamento das normalistas. Cytrynowicz (2000) assinala que, em São Paulo, com a abertura da Escola de Enfermagem da USP em 1946, das 38 alunas matriculadas neste ano todas eram ex-normalistas.

Através do percurso de educadora sanitária, oferecido ao grupo das normalistas, ou trilhando o caminho de enfermeira sanitária, viabilizado pelos cursos de enfermagem de saúde pública, muitas mulheres, ao atenderem ao chamado patriótico no sentido de colaborarem com a salvação da “raça brasileira”, encontraram no campo de trabalho da saúde, um espaço de receptividade para a realização profissional e autonomia financeira.

Contudo, é interessante observar que ao mesmo tempo em que houve um movimento social bastante amplo no sentido de promover profissões próprias para mulheres, com a abertura de novos campos profissionais principalmente a partir da reformulação das áreas de saúde e educação, muitas mulheres não cederam aos apelos oferecidos pelas profissões sanitárias femininas e procuraram especializar-se em outras atividades profissionais.

Consultando os dados do Anuário Brasileiro de Educação de 1964, publicado em 1966 pelo Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos¹¹⁴, notamos uma maciça presença feminina, entre os licenciados em 1964, através das faculdades de Filosofia, Ciências e Letras do Brasil. Essa fonte mostrou que entre todos os cursos oferecidos naquelas faculdades, apenas nos cursos de Física e Química o número de egressos homens era superior ao número de mulheres. Nos cursos de Ciências Sociais foram formados quatro vezes mais mulheres, nos cursos de Pedagogia tivemos nove vezes o número de mulheres sobre o de homens, em cursos de Filosofia, Geografia e Matemática a relação se mostrou equiparada, contudo com um pequeno contingente a mais de mulheres, enquanto no curso de Letras tivemos quatro vezes mais mulheres e na formação de

¹¹⁴ Consultado na Biblioteca Central da Universidade Federal Fluminense –Niterói.

Geografia e História o número de homens licenciados era a metade do número de mulheres.

Nos anos 1960, o campo educacional apresentava opções bastante diversificadas para o ingresso das mulheres na escolarização superior, de modo que, pouco menos de cem anos após o acesso feminino aos cursos universitários, o número de mulheres ultrapassava o de homens em várias áreas de formação.

Sem dúvida, isso teve implicações na baixa adesão das mulheres às profissões sanitárias femininas, como foi o caso da enfermagem profissional que, ao mesmo tempo que acenava com a possibilidade da autonomia financeira e profissional para as mulheres, se mantinha presa a um padrão hierárquico de subordinação e dependência relativa à profissão médica. Além disso, exigia das suas profissionais uma atitude de devoção profissional comparada ao sacerdócio, o que muitas vezes se tornava incompatível com os projetos pessoais e as expectativas sociais do papel feminino na sociedade.

A enfermagem profissional não contava com um reconhecimento social amplo. A população em geral não diferenciava os agentes escolarizados e especializados de enfermagem dos enfermeiros leigos e isso acabava implicando numa desvalorização profissional, conforme apontou a enfermeira Maria Rosa Pinheiro (1957b), Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), durante o discurso de abertura do X Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1957.

Nesse evento, Maria Rosa Sousa Pinheiro, enfocou ainda, entre outros assuntos relevantes para as categorias de enfermagem, os resultados parciais de uma pesquisa em andamento, iniciada em 1956. Tratava-se do “Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem” realizada pela ABEn com o apoio técnico e logístico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do SESP, da Conferência de Religiosos do Brasil e do Instituto de Assuntos InterAmericanos, cujo término estava previsto para 1958. Os resultados analisados parcialmente apontavam, segundo Maria Rosa Pinheiro, que as causas do afastamento da profissão pela enfermeira estava relacionada à “falta de estabilidade e condições insatisfatórias de trabalho”, quando se pensava, entre os membros da ABEn, que a questão do abandono profissional se devia sobretudo ao casamento e aos baixos salários. Maria Rosa Pinheiro finalizou

esse ponto do discurso, informando que a Organização Mundial da Saúde contratava muitas enfermeiras brasileiras para atuarem como consultoras em países da América Latina. Além de se constituir num motivo de lisonja para a categoria profissional, esse fato demonstrava que, no Brasil, segundo analisava Maria Rosa Pinheiro, não se ofereciam “condições condignas de trabalho”, de modo que muitas das enfermeiras de alto nível de formação eram perdidas para o quadro da enfermagem brasileira (*ibid*, p.316).

A preocupação explicitada por Maria Rosa Pinheiro sobre a situação da enfermagem era um discurso recorrente no meio sanitário brasileiro desse período, especialmente entre as autoridades do Serviço Especial de Saúde Pública, instituído nos anos 1940, e do qual ela também fazia parte como diretora da Divisão de Enfermagem. Para as diferentes frentes de ação atribuídas à enfermagem, as organizações sanitárias, a exemplo do SESP, contaram em grande medida com um grupo profissional feminino categorizado como “auxiliar”.

3.3. VISITADORAS SANITÁRIAS E AUXILIARES HOSPITALARES: AGENTES PARA A ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA (*SESP*)

Para compreender os investimentos sanitários voltados para a implementação da assistência à saúde materno-infantil a partir da instituição do *SESP*, consideramos importante abordar o contexto de criação de um “serviço especial”, autônomo e poderoso na sua relação com o Ministério da Educação e Saúde, como parte da política sanitária do Brasil.

Durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-45), as autoridades governamentais brasileira e norte-americana assinaram, em julho de 1942, um contrato de cooperação internacional para a implementação de programas sanitários que seriam executados em território brasileiro. Esse contrato foi uma das faces do processo de inclusão do Brasil aos países aliados da 2ª Guerra Mundial, sob a liderança americana. Era representativo da cooperação diplomática a ser desenvolvida entre os dois países e previa a implementação de ações de saneamento e saúde pública em áreas territoriais determinadas, cujo potencial econômico residia na produção de insumos estratégicos para suprir a indústria bélica norte-americana. Assim, as primeiras ações do *SESP* se desenvolveram nos estados da região amazônica brasileira, em estados do nordeste, no estados de Minas gerais e Espírito Santo (região do Vale do Rio Doce) e norte de Goiás (BASTOS, 1996, p. 61-115).

Porém, em que base político-administrativa se estruturava a criação de um órgão tão diferenciado?

O *SESP* foi instituído sob a justificativa da necessidade de suprir as deficiências sanitárias que envolviam a prevenção e o controle de doenças tropicais, aos quais estavam expostos os soldados norte-americanos enviados a bases militares localizadas em território brasileiro. Do mesmo modo, foi colocado sob a responsabilidade do órgão o planejamento e a execução da assistência à saúde dos trabalhadores brasileiros que estavam envolvidos no processo de produção da borracha e dos recursos minerais; itens que se constituíam em

matéria-prima importante para a indústria bélica norte-americana¹¹⁵. Segundo André Campos (*op.cit.*, p.35), o Governo Vargas fez um bom uso dessa demanda, mobilizando recursos para incrementar, nesse período, a sua política de desenvolvimento econômico e fortalecimento do Estado.

A criação do *SESP* foi intermediado pela pactuação entre o Ministério da Educação e Saúde do Brasil, instituído em 1930, e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), com sede nos Estados Unidos. O *SESP* não fazia parte da estrutura administrativa do Ministério Educação e Saúde do Brasil, embora fosse legalmente subordinado ao Orgão, tinha autonomia administrativa plena. A autoridade máxima na hierarquia da instituição era representada pela figura do Superintendente, dotado legalmente de poderes exclusivos para selecionar, nomear e demitir os funcionários; definir a política salarial; decidir sobre os processos de transferências e as condições de emprego (BASTOS, *ibid*, p.43-48).

Entretanto, nas negociações que antecederam a criação do *SESP*, os representantes do Departamento Nacional de Saúde – na qualidade de formuladores e coordenadores das políticas de saúde pública – sob a direção do médico sanitário João de Barros Barreto, mantiveram uma posição contrária à criação de um novo órgão de saúde pública, alegando que as Secretarias de Higiene poderiam executar as ações previstas para o *SESP* (PINHEIRO,1992).

Themis Pinheiro (*ibid*) argumenta que a condição “especial” atribuída ao novo órgão criou uma relação de animosidade contra o *SESP* por parte das outras organizações que compunham o sistema de saúde. Uma animosidade também creditada a um sentimento de superioridade desenvolvido no interior da instituição¹¹⁶. Com o passar dos anos o *SESP* se constituiu na elite da saúde pública brasileira, sobretudo no período dos anos 1940-60.

Em termos orçamentários, a Organização era mantida através de verbas próprias, a partir da contribuição ordinária dos governos centrais do Brasil e do Estados Unidos. O *SESP* também mantinha uma captação extra de recursos, mediante convênios firmados com outras organizações, como os governos estaduais e as universidades. A sua estrutura administrativa central comportava a

¹¹⁵ O papel do *SESP* na política de saúde pública brasileira tem sido objeto de interesse de alguns pesquisadores brasileiros, dentre os quais citamos: André Campos (2006) e Themis Pinheiro (1992).

¹¹⁶ Themis Pinheiro (*ibid*) conheceu de perto essa relação, pois além de estudar historicamente o papel da instituição na política de saúde brasileira, fez parte do corpo de funcionários do *SESP*, conforme declarou na apresentação do seu trabalho de pesquisa.

Superintendência, onde funcionava também a Missão Técnica do IAIA, compostas por profissionais norte-americanos, que atuavam em cooperação com os técnicos brasileiros, nos projetos desenvolvidos pela instituição. Com uma composição inicial de 10 profissionais, a Missão Técnica do IAIA incluía médicos, engenheiros, enfermeiras, administradores e um sociólogo.

Além da Superintendência, o órgão contava com subdivisões administrativas centrais representadas pelas Divisões criadas, na maior parte, em 1943. Assim, a partir dessa data havia a Divisão de Engenharia; de Enfermagem; de Educação Médica, responsável também pela educação sanitária, a Divisão de Lepra e a de Administração.

A Divisão de Enfermagem merece um destaque especial, pois foi instituída em dezembro de 1942, poucos meses após a assinatura do convênio internacional que originou o *SESP*. A prontidão na organização do programa de enfermagem da instituição se devia à meta de “incrementar e melhorar a função da enfermagem no Brasil”, segundo as palavras do Dr. Brito Bastos (*ibid.*, p.44). De fato, a enfermagem manteve, desde o início e durante toda a trajetória do *SESP*, um papel relevante na organização e execução dos projetos sanitários desenvolvidos pelo Orgão ¹¹⁷.

Planejadas na sua gênese para atender à saúde e criar infra-estrutura sanitária para população de trabalhadores das áreas de importância estratégica para a indústria bélica norte-americana, as ações sanitárias do *SESP* foram ampliadas no sentido de incluir a assistência a outros grupos considerados prioritários para o cumprimento de uma agenda desenvolvimentista para o Brasil: a criança e a mãe. Nesse contexto, foi uma grande preocupação da política de saúde implementada pelo *SESP* a assistência à saúde e a educação sanitária voltada para a população materno- infantil.

¹¹⁷ Muitas edições dos Boletins do SESP, publicados periodicamente, fizeram menção direta e destacada à posição da enfermagem profissional na saúde pública, dentre essas assinalamos as edições de agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro de 1948; e março de 1953. (*Boletim do SESP*. Fundo SESP, Biblioteca da COC-Fiocruz)

A política materno infantil do SESP

Podemos encontrar no Boletim do *SESP*, em uma das suas primeiras edições (“Programa de higiene pré-natal e da criança”, n.7, março de 1944, p.1-4), a publicação dos conceitos científicos e da visão sanitária sobre o qual se baseava todo um conjunto de ações propostas para a assistência à maternidade e a infância desenvolvidas no âmbito do Orgão. Uma questão que ocupou um espaço relevante nesta edição do periódico.

Trata-se da versão em língua portuguesa de um artigo publicado em fevereiro do mesmo ano, nos Estados Unidos - Boletim nº 37 da Health and Sanitation Division - onde se definia parâmetros para a organização de programas de higiene pré-natal e da criança. O artigo foi publicado pelo Boletim do SESP num momento em que a direção da Instituição se propunha à organizar o que estava sendo interpretado como “verdadeiros Centros de Saúde como unidades essenciais de sua campanha de saneamento e educação higiênica do povo”.

Na introdução ao artigo, o editor chama a atenção para o que considerava ser o foco principal das atividades de um Centro de Saúde: prestar assistência à mãe e a criança. Nesse discurso o papel da mãe aparecia hipervalorizado na sua aceção dos cuidados com as crianças e com o ambiente doméstico. A “mãe” era definida como o indivíduo capaz de operar as transformações individuais e coletivas, podendo implantar na família uma mentalidade sanitária voltada para a prevenção de doenças e promoção da saúde, especialmente das crianças.

Considerada a chave das campanhas de educação sanitária, a “mãe” apareceu nesse discurso como uma entidade desprovida de qualquer subjetividade, porém totalmente responsabilizada pelo desenvolvimento e formação da “nova geração”. A influência materna representava a raiz de todos os hábitos pessoais e costumes higiênicos da criança, fossem estes “bons” ou “maus”, pois que estes eram adquiridos em casa, antes de ir à escola.

Dentre as responsabilidades maternas, apontadas no texto publicado pelo *Boletim do SESP* de março de 1944, estão as obrigações de cuidar da nutrição da família, segundo o pressuposto de que é a mãe quem compra e prepara os alimentos; proporcionar o desenvolvimento da prática de bons hábitos sanitários dos membros da família; aprender sobre os modos de tratamento e

armazenamento da água potável, a fim de prevenir as doenças gastro-intestinais, especialmente das crianças; proteger os alimentos contra as moscas e limpar adequadamente os utensílios utilizados na preparação alimentar; higienizar as privadas construídas em suas casas.

O discurso demonstra bem mais que um modo de conceber a organização sanitária, destinada aos grupos feminino/materno e infantil, como um processo de co-responsabilidade entre os agentes de saúde pública e sua clientela. O artigo, cujo público eram os profissionais que atuavam no *SESP*, reiterava a visão sobre a qual a higiene e educação doméstica era um encargo feminino e sobretudo materno.

Era colocado sobre os ombros das mulheres todo o peso do cuidado sanitário/higiênico familiar, tendo na “mãe” o sujeito representativo do sucesso ou fracasso das ações sanitárias. Entretanto, foi justamente em nome da proteção da infância e da maternidade que uniram-se em discursos e ações - institucionalmente organizados em seus espaços próprios de atuação - alguns médicos e uma boa parte do movimento feminista brasileiro, a partir dos anos 1930. Dos direitos de assistência e proteção almejados para os realmente alcançados há um hiato que somente os autores que fizeram análises mais aprofundadas sobre o tema podem elucidar.¹¹⁸

De todo modo o *SESP*, tendo se constituído numa parte importante de representação do Estado, a partir dos anos 1940, “respondia” ou melhor, procurava corresponder às necessidades de melhoria higiênica da parcela mais empobrecida da população brasileira creditando, principalmente às mulheres, no papel de usuárias dos serviços ou como profissionais sanitárias, uma grande parte da responsabilidade pelo aprimoramento higiênico da população.

Em 1946, a enfermeira da saúde pública Enedina Azevedo Ferreira, que atuava no “Programa da Amazônia”, descreveu em seu relatório mensal do mês de outubro, as ações desenvolvidas em prol da infância, pela representação local do *SESP*. Transcrevemos abaixo um trecho do relatório:

Pela primeira vez em Santarém foi comemorada a semana da criança do dia 10 a 17 de outubro, constando o programa de palestras educativas pelo radio, lançamento de pedra fundamental do Posto de

¹¹⁸ Para o aprofundamento desse tema e as questões que o envolvem citamos os estudos de Ana Paula Vosnes Martins (2005); Susan K. Besse (1999) e Maria Martha de Luna Freire (2006) e Maria Lúcia Mott (2001)

Puericultura e do campo de recreação para criança, encerrando-se com o concurso de robustez para as crianças inscritas no serviço de Higiene Infantil, sendo premiado com Cr\$300,00 o primeiro colocado, alimentado exclusivamente com leite materno, e com Cr\$200,00 o segundo colocado (com alimentação mixta). As demais crianças receberam um prêmio de consolação.” (“Relatório mensal do serviço de enfermagem em saúde pública em Santarém mês de outubro de 1946”, p.1. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Fundo SESP I, caixa 14, doc 43).

Em outubro de 1949 a edição do Boletim do SESP dedicou o seu editorial ao relato dos eventos comemorativos do “mês das crianças”, destacando as ações da benemerência feminina e a atuação do Orgão nos programas de assistência materno-infantil, com destaque para as ações desenvolvidas no âmbito do seu “Programa da Amazônia”.



Figura – 9. Boletim do SESP

Fonte: Fundo SESP, Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz.

Em 1957, a Revista Brasileira de Enfermagem (“Fundamentos para a organização de serviços de proteção materno-infantil”. Revista Brasileira de Enfermagem, ano X, 4, p. 347-356, dez.1957) publicou um artigo dos médicos sanitaristas Woodrow Pimentel Pantoja e Nelson Luiz de Araújo Moraes¹¹⁹ que traduzia de forma bastante eloquente a organização da assistência materno-infantil nos projetos sanitários do *SESP*.

O artigo resultou da Confêrencia proferida no X Congresso Brasileiro de Enfermagem em 1957, em que um dos temas principais foi a “Assistência à maternidade e à infância”. No artigo, Pantoja e Moraes argumentavam que a questão assistencial materno-infantil não estava descontextualizada das questões econômico/sanitárias mais amplas que atingiam a população brasileira - tais como a predominância de doenças transmissíveis - em meio a um quadro de população jovem, de crescimento rápido e dispersa em extensa área territorial; com baixo poder aquisitivo; vivendo em condições de saneamento e habitação precárias; em elevado índice de analfabetismo; sub-alimentadas e contando com uma assistência médica deficiente.

Após descreverem o que consideravam como quadro geral da situação da população brasileira, definiram as diretrizes para uma assistência materno-infantil focada nas especificidades regionais, embora integrada no interior de um programa de saúde mais amplo. Para a implementação da assistência materna e infantil os programas deveriam contar com a participação do médico e do pessoal auxiliar. Pantoja e Moraes concluem pelo amplo aproveitamento do pessoal auxiliar¹²⁰

A centralidade da questão materno-infantil no *SESP* foi materializada através de vários tipos de projetos desenvolvidos no âmbito de sua organização sanitária.

Em relação ao atendimento profissional à criança, o serviço materno-infantil previa o atendimento regular, feito em clínicas e/ou no domicílio, pelos médicos e pelas enfermeiras, numa gama de ações que incluiu desde a educação sanitária dos “pais” até a hospitalização de crianças doentes.

¹¹⁹ Pantoja era o diretor da *Divisão de Educação e Treinamento do SESP* e Moraes dirigia a *Divisão de Orientação Técnica* do mesmo Órgão.

¹²⁰ Nesse grupo eles incluem todos os agentes não médicos e não somente os profissionais de nível médio e elementar, elencando neste “grupo auxiliar” as enfermeiras, as obstetrias, as auxiliares de enfermagem, as visitadoras e “etc.”.

A educação sanitária; o treinamento das parteiras; as visitas em domicílio; a implementação da assistência ao parto hospitalar; a formação das auxiliares hospitalares, com desdobramento para o treinamento de auxiliares de maternidade, e formação das visitadoras sanitárias; foram medidas que visavam transformar o cenário do cuidado à saúde das gestantes e das crianças. A organização e a implementação das ações de assistência materno-infantil no *SESP* passava principalmente por duas frentes: a educação sanitária e o serviço de enfermagem.

Dentre as atribuições do *SESP* a responsabilidade pela formação e capacitação de recursos humanos para a saúde em todos os níveis de escolaridade era uma de suas metas prioritárias. Obviamente, isso incluía a formação e o treinamento de pessoal técnico e auxiliar. A partir de 1943, poucos meses após a sua criação, o Orgão iniciou a preparação técnica de pessoal profissional, como eram chamados os técnicos de nível superior, e de pessoal auxiliar, que incluía profissionais de nível médio e elementar de escolaridade. A função de formação e treinamento estava a cargo da Divisão de Educação Médica representada pelo Dr. Marcolino Gomes Candau, desde 1943 até 1947, quando então foi nomeado superintendente do *SESP* (BASTOS, 1996, *op.cit*).

Em 1944, quando foi organizado o Programa de Educação Sanitária do *SESP*, dentre os seus principais agentes estavam os grupos formados e admitidos como “pessoal auxiliar”. É importante esclarecer que a referência a “pessoal auxiliar” incluía os grupos profissionais criados e formados no âmbito da Instituição, através de cursos internos, oficialmente reconhecidos, formando pessoal habilitado para o exercício de funções especializadas, sob a supervisão dos profissionais de nível universitário

Embora a Instituição tenha especializado uma gama de categorias profissionais, enfocaremos a formação e a atuação das visitadoras sanitárias e das auxiliares hospitalares, grupo definido como “pessoal auxiliar”. Era nesse meio que se encontrava a maior parte das mulheres que representaram as profissões sanitárias deste Serviço. Além disso, esse grupo auxiliar esteve em atuação direta com as parteiras comunitárias, com a missão de higienizá-las e controlar o seu trabalho. A relação das parteiras com *SESP*, esteve mediada principalmente pelo grupo das visitadoras sanitárias, sob a supervisão das enfermeiras. No entanto, a criação do grupo de “auxiliares hospitalares” para

atuar em hospitais e maternidades nas áreas de desenvolvimento dos projetos do *SESP*, também se revelou um fato relevante para a nossa compreensão acerca dos papéis desempenhados pelos diversos grupos de parteiras nas instituições de saúde pública brasileira. Foi desse grupo que saíram elementos constituintes de um tipo de parteira categorizado na legislação profissional de enfermagem como “parteira prática”¹²¹.

Além disso, as auxiliares hospitalares executavam funções de cuidados materno-infantis nos espaços hospitalares construídos pelo *SESP* em áreas em que houvessem, ao mesmo, tempo treinamentos de parteiras “curiosas”. A formação de um grupo de profissionais femininas em ações específicas de cuidados materno-infantis, incluindo a assistência ao parto hospitalar, denota uma perspectiva de substituição do parto domiciliar pelo hospitalar e, ao mesmo tempo, um oferecimento à população de uma proposta que visava a substituição da assistência tradicionalmente prestada pela parteira “curiosa”¹²².

Emengarda de Faria Alvim (1959, p. 143-159) assinalou que era função dos “elementos de enfermagem” do *SESP*, dentre outras, a orientação das curiosas que assistiam às parturientes. A autora relata ainda que no âmbito das visitas domiciliares, realizada pelas enfermeiras e visitadoras sanitárias (consideradas um elemento de enfermagem de saúde pública, em nível auxiliar),

¹²¹ O Decreto-Lei N° 8778 de 22 de Janeiro de 1946, publicado no Diário Oficial em 24/01/1946, regulamentava os exames a que deveriam ser submetidos as parteiras com mais de dois anos de exercício efetivo comprovado em estabelecimento hospitalar. Mesmo que o certificado de “auxiliar de maternidade” emitido pelo *SESP* não fosse reconhecido legalmente para o exercício da profissão de parteira, segundo interpretação apresentada pela Associação Brasileira de Enfermagem (Rev. Bras. de Enfermagem, n°4, p. 405-409, dez 1959), nada impedia que as portadoras de tal certificado, desde que exercessem atividade comprovada nas maternidades há pelo menos dois anos, pudessem se submeter aos exames de habilitação, caso desejassem ou necessitassem de um título de “parteira prática”. O exame de habilitação permitia que a “parteira prática” aprovada exercesse suas atividades somente no Estado em que o certificado fora emitido. Caso pretendesse exercer suas atividades em outro Estado do país, deveria ser submetida a outro exame. A Lei n° 2604/55 de 17 de setembro de 1955, publicada no D.O de 21/09/1955 determinou que a prática da enfermagem no Brasil podia ser exercida pelas “parteiras práticas” portadoras de certidão conferida mediante os exames de que trata o Decreto-Lei n° 8778 de 22 de janeiro de 1946. Em 1959, mediante a Lei N° 3 640 de 10 de outubro de 1959, publicada no D.O. em 14/10/1959, revigorava-se pelo prazo de 5 anos o Decreto-Lei 8 778, definindo que o Ministério da Saúde notificará as instituições hospitalares “que se utilizam dos serviços de parteiras práticas, religiosas ou leigas”, fixando esse prazo de 5 anos para a legalização dessas parteiras através de exames de habilitação, dispensando do referido exame as parteiras com mais de 20 anos de exercício profissional comprovado.

¹²² Ermengarda de Faria Alvim (op.cit), Chefe da Seção de Enfermagem da Divisão de Orientação Técnica do *SESP*, fez um relato das atividades na área de enfermagem nos anos de 1942 a 1957. Ao descrever sobre os hospitais mantidos pelo *SESP*, a autora ponderava que embora fossem de pequeno porte, apresentam um movimento considerável, pois que estão localizados em regiões de assistência hospitalar escassa. Sobre os elementos de enfermagem, afirma que somente os hospitais maiores, com mais de 60 leitos, contam com enfermeira, que exercem atividades de supervisão e administração, de modo que a assistência direta fica a cargo de pessoal auxiliar, como as auxiliares de maternidade, responsáveis pelo atendimento aos partos normais.

era prioritário a assistência aos recém-nascidos, que deveriam ser visitados imediatamente após o nascimento quando se tinha conhecimento de um parto difícil; no caso de prematuridade da criança ou quando o trabalho da parteira não inspirava confiança.

As Visitadoras Sanitárias

Os primeiros cursos organizados pelo *SESP*, visando a formação de Visitadoras Sanitárias, tiveram lugar nas cidades de Santarém (Projeto: AM-SAN-12B, 1944/1947) e Itacoatiara (Projeto: AM-ITA-12B), com o “Programa da Amazônia”. As alunas eram selecionadas e preparadas para atuação nas suas comunidades de origem. No seu processo de formação, elas deveriam receber treinamentos em condições tais que se assemelhassem a realidade das suas próprias comunidades. Os cursos eram ministrados em 6 meses, com 5 meses de atividades teórico-práticas desenvolvidas no Posto de Higiene que sediava os respectivos projetos. O último mês de curso era dedicado ao estágio prático desenvolvido nas comunidades de origem das visitadoras.



Figura 10 - Título original em inglês: “This is the class of “VISITADORAS SANITARIAS DO SESP” in 1945 in Santarém.” Foto 41. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo Fundo SESP I, Caixa 14, doc 43.

Até o final dos anos 1940, as exigências do processo de seleção de visitadoras sanitárias e de auxiliares hospitalares das diversas regiões de

abrangência do SESP eram similares, apresentando alguns ajustes metodológicos e no processo seletivo, de acordo com o tipo de curso e segundo a região de desenvolvimento do projeto. O currículo dos dois cursos era também similar, contando com disciplinas comuns.

Tanto para a formação de visitadoras como o grupo das auxiliares hospitalares era preconizado que a candidata tivesse idade entre 18 e 30 anos, apresentasse bom estado de saúde, bom caráter e personalidade agradável.

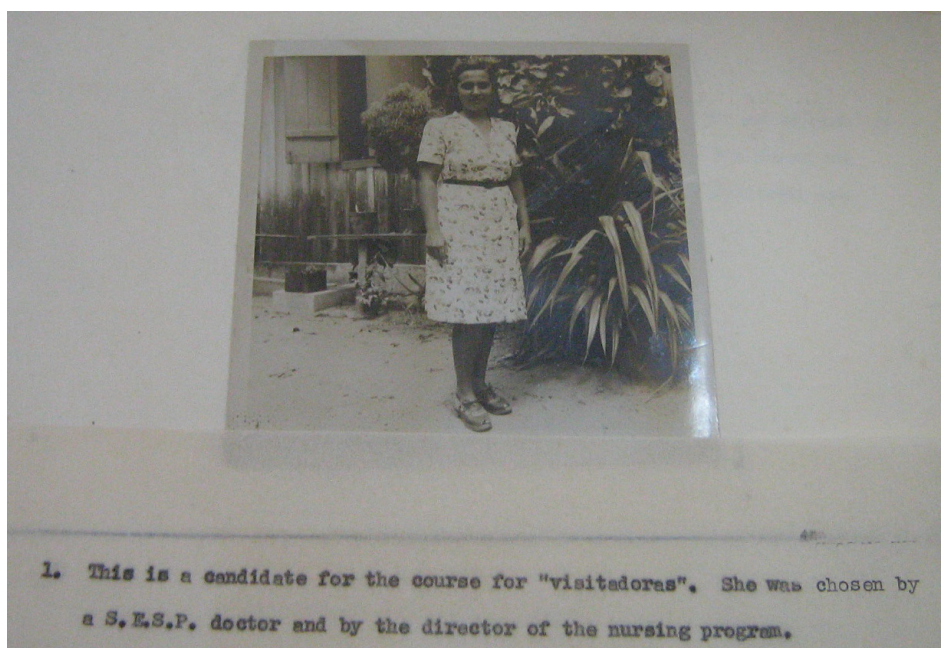


Figura 11 - "Candidata ao curso de "visitadoras" do SESP no Projeto AM-SAN-12B, 1944/1947". Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, Caixa 14, doc 43.

As candidatas que apresentassem certificado do curso Ginásial ou Normal tinham prioridade no processo seletivo. Contudo, aceitava-se postulantes com a escolaridade mínima de quatro anos. Para o ingresso nesses cursos era exigido do candidato que tivesse atestado de idoneidade moral e boa aparência, além de, preferencialmente, ter concluído o curso ginásial ou normal, e ainda que passasse por exame de saúde e provas de português, redação e matemática (BASTOS, *ibid*, p.392-397).

No processo de formação dos grupos para atuação nas unidades sanitárias hospitalares e para o trabalho nos Postos de Higiene mantidos pelo

SESP, previa-se o regime de internato das alunas. O Dr. Brito Bastos, defendia essa estratégia alegando que:

O regime de internato embora encarecesse o treinamento, oferecia extraordinárias vantagens, tais como, possibilitar melhor vigilância das alunas que, além da formação profissional, recebiam também educação doméstica, social e moral e salvaguardava a responsabilidade moral do Serviço junto às famílias das alunas residentes no interior. As alunas tinham sob controle e responsabilidade, parte dos trabalhos de cozinha, rouparia, arrumação e limpeza geral da casa, mercado, quintal, horta e criação de aves, além da fiscalização do trabalho de responsabilidade das serviços.” (BASTOS, *ibid*, p.393.).

O quadro apresentado pelo Dr. Brito Bastos mostra que a Instituição esperava, do trabalho dos grupos femininos de nível auxiliar, um controle preciso de toda uma gama de afazeres, inclusive os relacionados ao trabalho de infraestrutura doméstica.

Dentre tudo que deveriam controlar, ao que parece, a área em que elas tinham menos controle, dizia respeito justamente à sua própria vida pessoal. O regime de internato, além de salvaguardar “a honra feminina”, era muito provavelmente um modo de tentar assegurar a completa adesão dessas alunas às práticas sanitárias preconizadas pela instituição, através de um pedagogia de aprendizagem em imersão.

Entretanto, mesmo com todas as garantias oferecidas pelo SESP sobre a feminilidade do trabalho das visitadoras, havia a necessidade de se superar a resistência familiar em liberar as suas jovens mulheres para esse tipo de formação. Essa situação originava a criação de algumas estratégias pelos Programas, tais como a de permitir que as jovens assistissem aulas acompanhadas de pais, maridos ou irmãos (CAMPOS, *op.cit*, p. 228-230). Esse caso reflete bem a permanência de um quadro social onde o modelo patriarcal de família continuava predominante, principalmente entre os grupos familiares do meio rural, significante da permanência do poder pessoal do “pai de família”. Um papel que começava a ser disputado e negociado mais intensamente pelo Estado.

As primeiras experiências do *SESP* na preparação de visitadoras sanitárias tiveram como meta a formação de um grupo feminino preparado para executar práticas de saúde científicas aplicadas na vida doméstica, incorporadas ao cotidiano dos grupos familiares. Sob o ponto de vista pedagógico, a organização disciplinar dos cursos estipulava que as visitadoras passariam por uma etapa educativa denominada “formação profissional”, em concomitância com outra compreendida como “educação doméstica”.

Esperava-se que as visitadoras sanitárias executassem práticas de cuidados de saúde no qual o conceito de higiene sanitária apresentasse expressão prática na vida cotidiana, em primeiro lugar aplicados às próprias visitadoras, que após terem incorporado os conceitos e práticas higiênicas, deveriam reproduzi-los na sua própria comunidade. Nos cursos dos anos 1940-50, a ênfase curricular esteve voltada para o aprendizado de tarefas práticas numa concepção de domesticidade científica. Uma evidência presente tanto nas imagens que registram das atividades do grupo, como no “Manual de Ensino para Visitadoras” dos cursos ministrados nesse período¹²³. Segundo os manuais a aprendizagem doméstica incluía os cuidados higiênicos com a casa, com a alimentação (desde a criação de animais e os cuidados com a horta, até o preparo dos alimentos), cuidados com a água; com o vestuário e a higiene pessoal. Os cursos para visitadoras dos anos 1940 e 1950 ofereciam disciplinas tais como: higiene pessoal; saneamento; economia doméstica, mercado-cozinha; saúde escolar; jardinagem; supervisão dos Clubes de Saúde e da refeição escolar, noções de anatomia e fisiologia; teoria e prática de laboratório; doenças transmissíveis e saneamento, teoria e prática de higiene infantil; nutrição, ética; horticultura.

¹²³ Dentre os Manuais dos cursos de visitadoras desse período citamos: Manual do Curso de Visitadora Sanitária em Colatina - Espírito Santo (1946-47); Manual do Curso para Visitadoras Sanitárias em Santarém (1944-47); Manual do Curso para Visitadoras Sanitárias em **Pirapora** – Minas Gerais (1952-62). Documentos disponíveis no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I.



Figura 12 - Curso de Visitadora Sanitária em Colatina Espírito Santo, Programa do Rio Doce, 1946/47. Relatório final do Projeto RD-COL-12B. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I, caixa 96, dossiê 28.

Pretendia-se assim, que uma formação eminentemente prática, desenvolvida nas comunidades e unidades de saúde, moldasse o caráter das alunas e, do mesmo modo, lhes proporcionasse uma base sanitária sólida. Entretanto, considerando os relatórios das enfermeiras e de outros profissionais

do *SESP*, as primeiras visitadoras sanitárias apresentaram muitas dificuldades em moldar suas ações na direção preconizada pela Instituição¹²⁴.

No relatório de março de 1947, do serviço de enfermagem do Posto de Itacoatiara, do Programa da Amazônia, a enfermeira Carolina de Moraes lamenta a saída de sua visitadora de “melhor padrão”, que se constituía num estímulo para as outras, relatando ainda algumas medidas que serviriam como “meio de controle” do serviço de visitadoras:

A maior frequência às clínicas de saúde pública revelam a pequena melhora dos serviços das visitadoras. No Princípio desse mês, Dr. Plínio esteve em Itacoatiara. Tivemos reunião com ele, no Posto, Dr. Bacas e eu.

a) soubemos de Dr. Plínio que no início de Abril D. Tinôco deveria passar para Ita-12b, ficando, somente, orientando o Clube de Saúde Nº 8 (lasitmei a transferência dela, pois que, por todas as referencias ao trabalho de D. Tinôco julguei ser ela a visitadôra de melhor padrão que contamos. É justamente o de que necessitamos, afim de servir de estímulo às outras.).

(“Relatório mensal do serviço de enfermagem do mês de março de 1947- Posto de Itacoatiara”, p.1. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz. Fundo SESP I, caixa 11, doc 12.)

Em Santarém, a enfermeira Enedina Azevedo, em relatório de outubro de 1946, registrou as conquistas e dificuldades do trabalho com as visitadoras, pontuando a variação do interesse do grupo na execução das atividades propostas, relatando inclusive a descoberta de uma situação de fraude por parte de uma visitadora, ao falsificar uma visita domiciliar. O relato da enfermeira capturou de forma muito detalhada toda a dramaticidade da situação e refletiu de maneira contundente a fragilidade dessas visitadoras¹²⁵.

¹²⁴ Sobre a avaliação das visitadoras, destacamos os seguintes documentos: Carolina L. de Moraes. “Relatório mensal do serviço de enfermagem do mês de março de 1947- Posto de Itacoatiara”, p.1. Fundo SESP I, Série Administração, Subsérie Cursos, treinamentos e publicações, caixa 11, doc 12. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro. E o relatório mensal do serviço de enfermagem de autoria de Enedina Azevedo Ferreira. “Relatório mensal do serviço de enfermagem em saúde pública em Santarém mês de outubro de 1946- p.1 e 2. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, Fundo SESP I, Série Administração, Subsérie Cursos, treinamentos e publicações, caixa 14, doc 43.

¹²⁵ Ao transcrever essa parte do relatório, mantivemos a grafia original, retiramos apenas alguns erros de digitação presente no documento.

Visitadôras: com a divisão da cidade em 8 zonas, ficaram estas preenchidas por visitadoras, de modo que esperamos ter em breve um serviço eficiente e controlado. Com prazer notamos mais entusiasmo e cooperação das visitadôras. Apesar de termos recebido só um fichário de zona completo, improvisamos material para os demais. Iniciamos em 1º de outubro o novo método com registros nos cartões, suspendendo esse registro na segunda quinzena devido o início do novo fichário geral, por ser indispensável a cooperação das Visitadôras para substituição das fichas de família feitas na própria casa. Entrou em gozo de férias no dia 2-10 D. Ilza Santana Costa. Verificamos com pesar que, D. Maria da Penha com capacidade e inteligência para produzir um bom trabalho como fez de início, se tornou desinteressada e inconstante não assumindo as responsabilidades que lhes são confiadas. Advertimo-la que não poderia gozar férias na primeira quinzena de outubro em benefício do serviço porém ela não nos entendeu resolvendo o caso como melhor lhe convinha. Começou a trabalhar neste distrito dia 14 de outubro a visitadôra D. Sergia Ana Riker. Temos encontrado sérias dificuldades em orientar D. Nélia Campos Malato que tem demonstrado deslealdade para com o serviço não merecendo confiança o seu trabalho. Chegaram às nossas mãos duas fichas de família da mesma rua, nomes idênticos com discordância nos sobre nomes, etc. Interrogadas as duas visitadôras responsáveis D. Nélia e D. Elza, esta provou está a sua ficha correta, levando-me à casa da dita família onde pude comprovar a veracidade do seu trabalho. O mesmo não aconteceu com D. Nélia(...). Chegamos a conclusão que as visitas foram simuladas, e pedindo-lhe explicações sobre o assunto ela negou-se a responder. Levamos o caso ao Dr. Mario Lessa e como a mesma persistisse na negativa, este deu-lhe 24 horas para confessar a verdade ou levaria o caso a Belém. Finalmente ela confessou que de fato havia mentido. Resolvemos dar-lhe uma oportunidade para se corrigir depois de lher termos aconselhado bastante.

(Enedina Azevedo Ferreira. "Relatório mensal do serviço de enfermagem em saúde pública em Santarém mês de outubro de 1946", p.1 e 2. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, caixa 14, doc 43).

Na tentativa de encontrar um perfil ideal de visitadora sanitária, o currículo-base utilizado para a formação desse grupo passou por inúmeras transformações, num movimento que demonstrava a preocupação dos gestores da Instituição com a amplitude, complexidade e responsabilidade acerca das funções planejadas para serem executadas por essas profissionais. Do mesmo modo, a gestão acerca da formação desse grupo passou por algumas mudanças. Houveram momentos de centralização - como a experiência de instalação de uma "Escola de Visitadoras Sanitárias" em Juazeiro, na Bahia - sob a coordenação de enfermeiras instrutoras da Divisão de Educação e Treinamento do *SESP*; e momentos de descentralização, no qual a formação do grupo era atribuída aos gestores e técnicos regionais ou locais. O regime de internato

também foi reavaliado e a partir dos anos 1960 a instituição passou a fazer a formação em regime aberto¹²⁶.

As disciplinas definidas para a formação dos grupos auxiliares femininos¹²⁷ foram adquirindo, com o passar dos anos e as necessidades identificadas através das experiências iniciais de formação, um caráter mais científico.

A partir dos anos 60 o enfoque curricular passou por uma ampliação conceitual e se tornou menos marcado pela concepção de domesticidade. Incluíram-se novas disciplinas teóricas, com o objetivo de cientificar a prática de higienização das famílias, sem perder de vista porém que a função primordial da visitadora era valorizar uma parte da “estrutura feminina”, despertando a vocação das mulheres para o cuidado higiênico com o lar e com o “outro” de um modo geral, sob a ótica da medicina científica.

Entretanto, a despeito de mudanças na estrutura curricular, a função de visitadora sanitária, considerada uma atividade do campo teórico/prático da “enfermagem de saúde pública”, continuava identificada como um espaço profissional feminino. Permanecia uma estrutura de formação que considerava aspectos do temperamento feminino como a docilidade, a obediência, o caráter submisso, o sentido altruísta e missionário, uma pré-condição que tornava todas as mulheres capazes para desempenhar as tarefas de uma maternidade social (MICHELLE PERROT, 1991, p. 503-539).

Desse modo, a edição do “Plano de Curso para Formação de Visitadora Sanitária” dos anos 1960, se constituiu num bom exemplo da proposta pedagógica que procurava moldar o caráter das alunas segundo determinados valores de família, tendo em vista que: “(...) a maioria das atividades da Visitadora é desenvolvida com a família e para isso são necessários maiores conhecimentos sobre esse grupo.” (Plano de Curso para Formação de Visitadora Sanitária. FSESP, 1964, p.94).

Dentre os temas abordados na formação das alunas, e que fazem parte desse documento, destacamos a “quarta área”, que incluía os conhecimentos relacionados à análise social da maternidade. Essa parte abordava também

¹²⁶ Bastos. *Ibid*, pág.397-398. Infelizmente não encontramos outras referências contendo a exatidão cronológica da criação dessa “Escola de Visitadoras”, contudo os indícios apontam para os anos 50.

¹²⁷ Nos referimos às visitadoras sanitárias e também às auxiliares hospitalares, que no processo de formação partilharam, em algumas oportunidades, o currículo e a residência estudantil.

conhecimentos sobre a gestação, o nascimento, a criança até um ano, no período pré-escolar e escolar. O primeiro texto dessa área temática discute o papel central da família na constituição social e pontua os aspectos culturais e regionais dos grupos familiares no Brasil. Contudo, a abordagem aparece impregnada da ideologia de gênero que define para “as jovens” uma educação apropriada ao jovens em geral, sem contudo descuidar de acrescentar ao grupo feminino uma formação voltada para a maternidade e administração do lar. (Plano de Curso para Formação de Visitadora Sanitária, op.cit.,p.95).

Destaca-se uma forma de apresentação temática que lançou mão de elementos conceituais constitutivos das ciências sociais, como uma estratégia estruturante para os conceitos das ciências biológicas, que seriam tratados num momento posterior.

Conforme discutimos anteriormente, se nos anos 60 a formação teórica estava no centro da formação pedagógica das alunas, nos anos 40 e 50, havia acontecido o oposto: a parte prática do curso superava a teórica e o espaço para reflexões e conceitos não era privilegiado. Foi muito provavelmente devido às avaliações que relatavam as dificuldades de incorporação de novas idéias, conhecimentos, técnicas e atitudes, interferindo não apenas no cotidiano do trabalho das visitadoras como ainda nos resultados projetados para a sua ação sanitária, que a partir dos anos 1960, as disciplinas teóricas dos cursos de Visitadoras superaram, em carga horária, as de caráter prático.

Um reflexo desse novo olhar sobre a formação desse grupo foi a inclusão de, entre as novas disciplinas oferecidas nos cursos de visitadoras, a partir dos anos 60, as do campo de conhecimento da sociologia e da psicologia. Estas não apenas representavam uma inclusão teórica nova, como passaram a ter um destaque importante, conforme assinalados no planejamento e no relatório do Curso de Visitadoras Sanitárias do Paraná, em 1964. Esse curso, realizado em Curitiba, entre julho e dezembro de 1964, incluiu nas disciplinas teóricas 12 aulas de psicologia e sociologia e 13 aulas de ética e ajustamento profissional. Formaram-se doze alunas entre as quinze que iniciaram o curso. As disciplinas teóricas corresponderam a aproximadamente 73% do total do curso, segundo o relatório de autoria de Maria Teresa Francisca. (“Relatório do Curso de Visitadoras Sanitárias - Diretoria Regional do Sul”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Inventário SESP, caixa 89, Pasta 9, Dossiê 10)

A formação das alunas passou a enfatizar o desenvolvimento das ações com base em conceitos, teorias e reflexões sobre o meio social, as subjetividades e suas complexas relações. A profissionalização dos grupos femininos para o trabalho em saúde pública, efetuados prioritariamente junto às famílias, não estava descontextualizada das reformas mais amplas pelas quais passava a sociedade brasileira. Nos anos 1960 o incremento da urbanização – um ideal de modernidade social – foi um processo identificado a partir dos anos 1920, em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro. Podendo ser interpretado como transformador das relações sociais e das políticas públicas (Azevedo & Ferreira, 2006.). Obviamente, as dinâmicas de composição e das relações familiares foram afetadas pelo desenvolvimento urbano ¹²⁸.

A modernização curricular operacionalizada nos cursos para visitadoras sanitárias visava atender às necessidades de se atuar higienicamente junto às famílias rurais e urbanas, numa sociedade cujos valores morais, culturais e científicos dos grupos que preconizavam uma reforma social estavam alinhados, em certa medida, com os ideais que faziam parte dos princípios e da visão de mundo da burguesia. Especialmente no que se refere ao papel social feminino e os modos de exercício da maternidade. A educação e a higiene feminina eram metas importantes para a modernização da sociedade brasileira.

As avaliações constantes dos processos de formação e do trabalho sanitário trouxeram subsídios para uma complexificação teórica do plano de curso das visitadoras, a ideologia que definia o lar como o lugar ideal para o trabalho feminino e a valorização do núcleo familiar como a célula primordial do desenvolvimento da sociedade aparecia explicitada claramente no conjunto teórico que embasava a formação das alunas. conforme podemos verificar num dos textos utilizados na formação das visitadoras. O texto de número 1, da quarta área temática, do plano de curso apresentado pela FSESP¹²⁹, em 1964, intitulado

¹²⁸ Como bem analisaram Nara Azevedo e Luiz Otávio Ferreira, ao discutir o processo de educação e profissionalização feminina no Brasil durante os anos 1920-40. Os autores afirmaram que a urbanização afetou as famílias, organização social no qual os valores burgueses se tornaram mais visíveis, expressados pelos “*novos padrões de comportamento familiar e de estilo de vida*” (op.cit. p.228).

¹²⁹ A partir de 1960 o *SESP* foi transformado em Fundação, passando a ser reconhecido como *Fundação SESP* (FSESP). Para uma visão mais detalhada sobre o processo de transformação do Órgão em Fundação ver Themis Pinheiro(op.cit) e Brito Bastos(op.cit)

“ A família como grupo social” definia o que se esperava da mulher na sociedade da época:

Na sociedade atual, já não se considera, como antes, o casamento incompatível com a mulher que trabalha fora. Hoje, ao contrário, a mulher quando necessário, deve contribuir para o orçamento do lar. É verdade que os filhos necessitam mais da assistência materna do que da paterna. Entretanto esse problema pode ser contornado desde que se estabeleça equilíbrio entre o trabalho e a assistência dos filhos. A contribuição da mulher ao orçamento doméstico pode ser dada, também, sem afastá-la do lar, desde que ela tenha habilidades para determinadas artes que possam servir de meios aquisitivos(...). Sendo a mãe de família o elemento chave do grupo familiar, é preciso que a mulher tenha a sua educação, desde cedo, dirigida no sentido de adquirir preparo adequado à missão que lhe vai ser conferida. (*Plano de Curso para Formação de Visitadora Sanitária, ibid p.95*)

A mensagem foi dirigida especificamente ao público feminino das Visitadoras formado através dos projetos do SESP. Ao transmitir para as alunas tal proposição conceitual, no qual interpretamos, em concordância com Dagmar Meyer (2005, p.81-104), como uma “política de gestão da vida”, a Instituição demonstrava ter uma expectativa de que elas se constituíssem em elementos disseminadores e estruturantes desse modo de representação do papel social das mulheres. O que sem dúvida representava uma contradição para um grupo feminino em processo de profissionalização.

Uma parte importante das funções desempenhadas pelas visitadoras dizia respeito à sua função de educadora em saúde, não apenas junto à famílias, como também em escolas e nas próprias unidades de saúde. Desde a vacinação, até a inspeção dos dentes, passando pela horta, e incluindo a supervisão as parteiras “curiosas”, a visitadora tinha responsabilidade direta pela execução de atividades, que deveriam ser devidamente registradas, tendo em vista a elaboração de inquéritos para um diagnóstico de saúde da comunidade. Muitas dessas atividades foram alvo de registro fotográfico, conforme podemos observar nas duas imagens a seguir.



Figura 13 - Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. "Recordações do Projeto. Foto 35". Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43.



Figura 14 – Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. "Recordações do Projeto. Foto 36". Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43.

Dentre as atividades preconizadas como prioritárias no exercício profissional das visitadoras sanitárias incluía-se o “ensino e supervisão das “curiosas”.” (Bastos, *ibid*, p.396). O Boletim do SESP de março de 1948 (“Resenha das realizações do Serviço Especial de Saúde Pública”, número especial, p.11.) notificou que nos Postos da Amazônia, no período de 1946 até junho de 1947, foram ministradas pelas visitadoras um quantitativo de 604 aulas às chamadas “curiosas”.

As visitadoras também atuavam em funções voltadas para a higiene materna e infantil, conforme apontado nos relatórios das enfermeiras, a exemplo do documento abaixo¹³⁰; bem como nos registros fotográficos que apresentaremos mais adiante, após discutirmos a formação e atuação das auxiliares hospitalares. São imagens que documentaram de modo bastante abrangente as atividades de assistência materno- infantil desenvolvidas pelos dois grupos.

¹³⁰ Trata-se de um relatório de serviço da enfermeira de unidade sanitária do Programa da Amazônia, sem identificação de autoria.

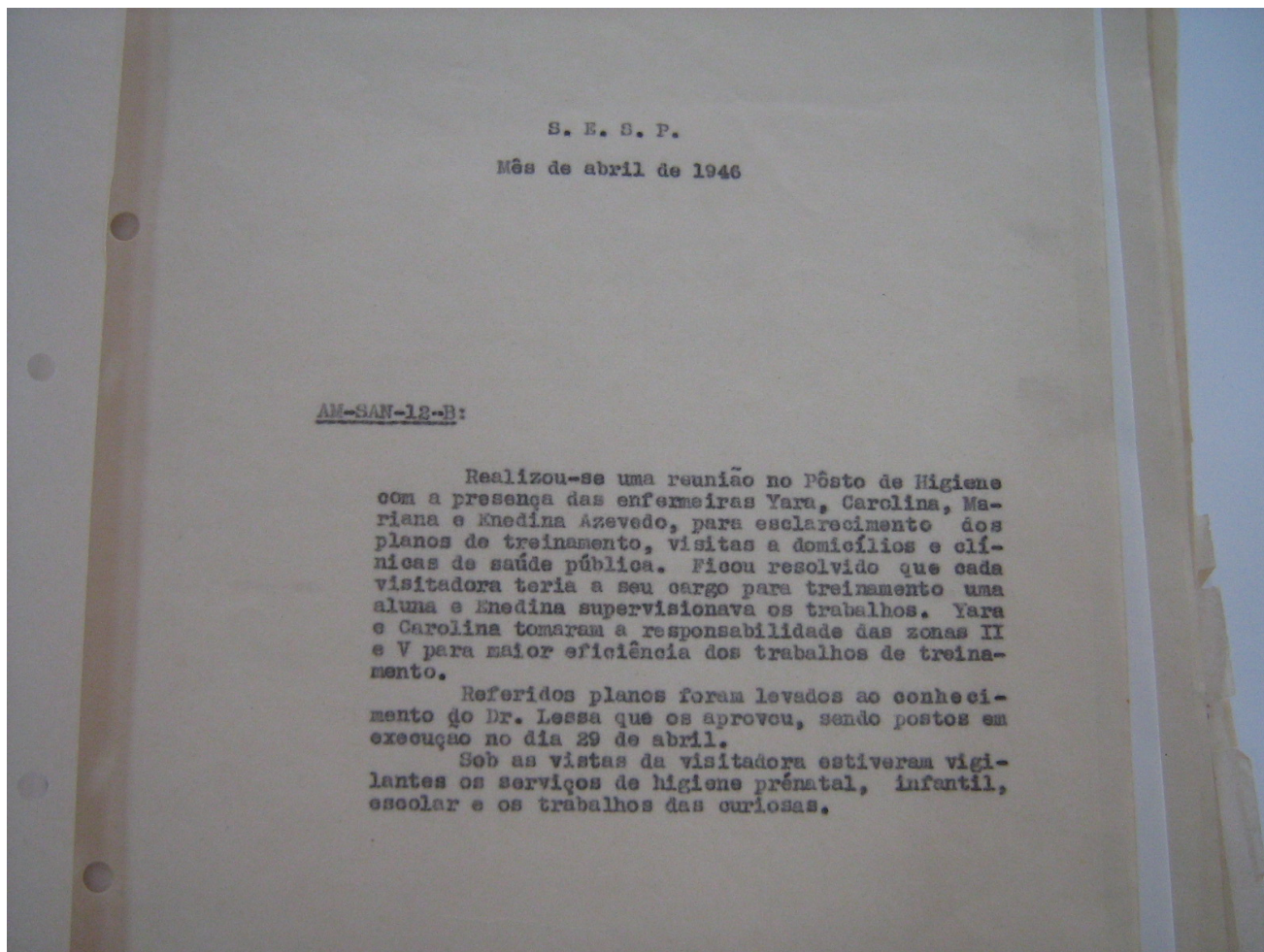


Figura 15 - Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. “Relatório do mês de abril de 1946”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43.

As Auxiliares Hospitalares

Com a finalidade de resolver a questão do tratamento da população doente que afluía às suas unidades sanitárias, e ao mesmo tempo, prestar assistência médica à população de trabalhadores, principalmente migrantes, oriundos do nordeste do Brasil, assim como às suas famílias, o SESP organizou, desde 1942, uma rede assistencial que incluía “Postos de Higiene” com função mista de prevenção, educação sanitária e tratamento de doenças, e hospitais de pequeno porte, inclusive com leitos de maternidade. Dentre essas primeiras unidades hospitalares, citamos o Hospital de Breves, o Hospital de Santarém e o Hospital de Belém (*Boletim do SESP, op.cit.*, mar 1948; Ermengarda F. Alvim, 1959; Themis Pinheiro, *op.cit.*).

Do mesmo modo que, para a execução de atividades preventivas e educativas, do campo da saúde pública, foi necessário a formação de um grupo com funções consideradas auxiliares, o mesmo aconteceu em relação à prestação da assistência às populações enfermas. Com base num diagnóstico da deficiência de enfermeiras graduadas disponíveis para assistir diretamente ao doente, o SESP passou a organizar cursos de treinamento para a formação de “auxiliares hospitalares”, denominadas também “enfermeiras auxiliares hospitalares”, de onde saíram também os quadros de “auxiliares de maternidade”.

O primeiro desses cursos foi instituído para formar pessoal para trabalhar inicialmente nos hospitais da área de desenvolvimento do Programa da Amazônia. Iniciado em 01 de novembro de 1943, o curso para auxiliares hospitalares foi realizado no Hospital Evandro Chagas, em Belém do Pará. Foram realizados cinco cursos entre 1943 e 1946, com a formação de 45 auxiliares hospitalares (Curso para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. Projeto: AM-BEL-13-B- 1943/46”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, Caixa 12, doc 22).

Segundo Bastos (*op.cit*, p.391-395) Os primeiros hospitais a contar com esse grupo profissional foram o Hospital Evandro Chagas, em Belém do Pará; o Hospital Santarém, e o Hospital de Breves. Porém, ainda no período entre 1943-47, o trabalho dos auxiliares hospitalares foi ampliado para outras áreas, conforme assinalado no documento abaixo, onde são relacionadas as cidades de Breves, Belém, Tapanã, Manaus, Santarém e Fortaleza (esta última, na região Nordeste, não está assinalada no mapa).

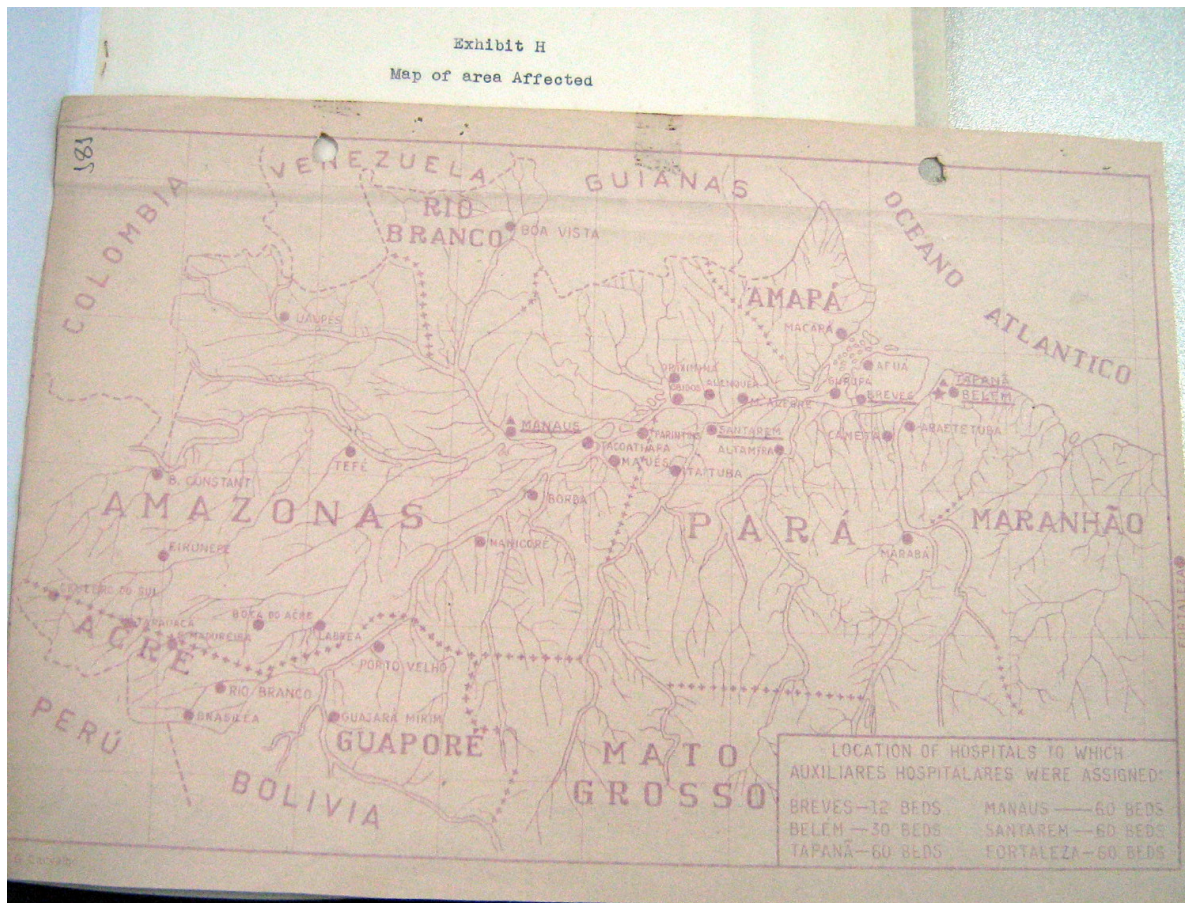


Figura 16 - Mapa. “Curso para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. Projeto: AM-BEL-13-B-1943/46”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, Caixa 12, doc 22.

Para a formação desse grupo, os critérios de admissão eram os mesmos dos cursos de visitadoras sanitárias. Do mesmo modo, a estrutura curricular era semelhante, com disciplinas que incluíam também a educação doméstica. A formação era preponderantemente prática, desenvolvida em unidade hospitalar, de modo que a aluna estivesse apta para executar atividades auxiliares em assistência obstétrica e pediátrica, cirurgia, primeiros socorros, doenças transmissíveis e “limpeza hospitalar”.



Figura 17 - Curso para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. Projeto: AM-BEL-13-B- 1943/46. “As alunas vestem o uniforme da escola”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, Caixa 12, doc 22, p. 56, foto 15.

Enquanto o curso de visitadoras sanitárias era uma prerrogativa feminina, o curso de auxiliares hospitalares permitia a presença de alunos dos dois sexos. Para as mulheres, a formação de ambos os cursos previa o regime de internato. Para os alunos masculinos, o regime era sempre de residência aberta, conforme assinalou o Dr. Bastos (*ibid*, p.391-399). O regime de internato era defendido como mais adequado para a formação das alunas, conforme assinalamos anteriormente ao abordarmos o caso das visitadoras. Entretanto, havia a possibilidade de se inscrever no curso como aluna externa, segundo o documento de regulamentação da residência do Programa da Amazônia, referente ao período de 1946-47, que transcrevemos no quadro abaixo. Esse documento contém informações preciosas sobre as [rígidas] regras impostas às alunas. Principalmente às internas, que tinham o seu cotidiano totalmente regulado pelo *SESP*, sobrando pouco espaço para as atividades sociais e para uma vida privada fora do âmbito institucional.

Tabela 8 – Regulamento da Residência

Regulamento da Residência

Art.1 – As refeições serão servidas nos seguintes horários: Café – 6:30

Lanche - 9:30

Almoço - 12:30

Lanche - 16:00

Jantar - 18:30

Parágrafo único – A sineta para as refeições soará a hora certa. É suposto que todas as alunas se encontram na sala de jantar nos horários acima determinados.

Art.2 – A aluna deve manter seu quarto sempre em ordem.

Parágrafo 1 – Pela manhã, ao sair do quarto, a aluna deve descer a roupa de cama em leque, até os pés da cama.

Parágrafo 2 – As janelas e as portas devem ficar presas.

Parágrafo 3 - As toalhas e roupões serão penduradas nos seus respectivos cabides

Art.3 – Toda aluna terá direito a duas saídas por semana: sábado à tarde e domingo o dia todo, devendo regressar à residência até 22:30.

Parágrafo 1 – Só poderá folgar o domingo inteiro aquela que não estiver escalada para serviço nesse dia.

Parágrafo 2 – A aluna que estiver escalada para trabalhar no domingo, neste dia terá apenas meio dia de folga.

Art.4 – A aluna que não trabalhar no domingo poderá dormir em casa na noite de sábado para domingo.

Parágrafo 1 – Só poderá dormir fora da residência das alunas aquela que tiver parentes próximos, residindo na cidade.

Parágrafo 2 – Nestes casos, a entrada da aluna na residência se fará domingo até às 20 horas.

Art.5 – Para casos especiais de saída a aluna terá que obter uma licença especial

Art.6 - As alunas poderão receber suas visitas dentro dos seguinte horário:

Quarta-feira - 17às 20 horas

Sábado - 12 às 22 horas

Domingo – 12 às 22 horas

Parágrafo único – Cada aluna tem o direito de convidar 1 vez por mês, uma pessoa de sua família ou relações para jantar no internato.

Art.7 - Haverá uma hora de estudo obrigatório das 20 às 21 horas, exceto aos sábados e domingos.

Parágrafo único - Durante a hora de estudo é obrigatório o silêncio na residência.

Art.8 - As alunas deverão estar nos seus quartos às 22 horas e com luz apagada.

Art.9 – O telephone poderá ser usado em qualquer horário que não seja o de aula, refeição ou silêncio.

Art.10 – A aluna, em caso de doença ou alguma indisposição deverá procurar a instrutora imediatamente

Art.11 – As alunas externas, em caso de ausência por doença, deverá avisar pelo telefone até 7:30 da manhã.

Art.12 – Toda aluna externa é obrigada a ir à residência às 6:45, de onde partirá para os estágios nos hospitais.

Art.13 – A aluna é responsável pelos estragos causados na residência.

Curso Para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. Projeto: AM –BEL- 13-B, 1943/46. “Regulamento da Residencia”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, Caixa 12, doc 22.

Quando o *SESP* iniciou o seu programa de saúde pública no Vale do Amazonas, associou às medidas preventivas relativas à preservação de saúde da

população, atividades assistenciais de tratamento e cura das doenças incidentes na região. No número especial do Boletim do *SESP* (nº 56 de março de 1948, p.11-13) são divulgados dados e justificativas sobre a inclusão das medidas de saúde “preventivas” e “curativas” pelo Orgão. Foi portanto, com base no critério da “falta”, da escassez de recursos para prover a saúde da população, que os representantes do Serviço justificavam a necessidade da prestação da assistência médica “curativa”, como uma medida complementar às ações de prevenção:

Embora as organizações de saúde pública, como o *SESP*, tenham por objetivo precípua a execução de medidas preventivas visando a conservação de saúde das populações, nas áreas desprovidas de recursos, a assistência médica se torna para elas uma tarefa complementar. É isso porque se faz necessário tratar dos doentes ao mesmo tempo que são executadas medidas preventivas destinadas à conservação da saúde. Em fase ulterior de desenvolvimento, os trabalhos de medicina curativa e preventiva, podem ser separados em ramos administrativos destacados. (*Boletim do SESP*, março de 1948, p.11)

As medidas “curativas” estavam no âmbito do que os representantes da instituição conceitavam como “assistência médica”. Esse tipo de assistência era prestada pelos médicos, pelas enfermeiras e pelos profissionais auxiliares, no âmbito dos projetos desenvolvidos regionalmente pelo *SESP*.

Cabe assinalar que os debates em torno dos modelos de saúde pública “preventivo” e “curativo” acompanharia por mais alguns anos a trajetória da Instituição, conforme pontuado na palestra, seguida de debate, do Dr. Marcolino Candau, proferida no Instituto Brasil-Estados Unidos:

Um dos problemas mais discutidos é o da inclusão da assistência médica entre as funções de saúde pública. Aqueles que conhecem o interior do nosso grande país, sabem que as condições de pauperismo das populações e a inexistência ou a insuficiência do número de médicos e de leitos em hospitais vem forçando os chamados Centros de Saúde e Postos de Higiene a prestarem assistência médica à população. (*Boletim do SESP*, janeiro de 1949, p.5)

Em se tratando de um sanitarista reconhecido internacionalmente, além de, nesse período, ocupar o cargo de Superintendente do SESP, a opinião do Dr. Candau, provavelmente soava como uma “ordem de serviço”, numa estrutura que, embora descentralizada através dos projetos regionais, era hierarquizada do ponto de vista das relações profissionais. Ainda no contexto da mesma conferência, o Dr. Candau afirma não acreditar na possibilidade em se manter um médico em áreas desprovidas de recurso assistencial para executar apenas ‘as clássicas funções de saúde pública’: “*Não vemos contradição alguma entre as atividades preventivas tradicionais das unidades sanitárias e um programa de assistência médica*”, dizia o Dr. Candau, ilustrando sua opinião com exemplos desse modelo de assistência executado nos Estados Unidos.

Num contexto de expansão da assistência hospitalar para as populações identificadas como vulneráveis, como no caso das gestantes e das crianças, a chamada “população materno-infantil”, alvo prioritário da saúde pública nesse período, em setembro de 1949, o *Boletim do SESP* noticiava que:

O SESP, no intuito de prestar melhor assistência médica à população de Colatina(ES), por entendimento com o Departamento Nacional da Criança, encarregar-se-a da manutenção de um hospital de 56 leitos, construído pelo Ministério da Educação e Saúde, o qual terá cerca de 50% dos leitos reservados para a maternidade. (*Boletim do SESP*, nº 75, p.3)

Segundo Bastos (*ibid*, p.394), essa formação foi interrompida pelo *SESP*, após a Lei 775 de 06 de outubro de 1949 definir que, somente as Escolas de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem poderiam formar esse grupo. Entretanto essa informação apresenta algumas contradições, pois em relatório que faz parte do Programa de Minas Gerais, composto pelos documentos que descrevem os acordos dos projetos e o relatório de encerramento, atestam a realização de um curso para a formação de auxiliar hospitalar, entre outubro de 1952 e março de 1953, no hospital de Pirapora. Os egressos do curso foram enviados para trabalhar nos hospitais instalados em Bocaiúva, Januária e São Francisco (“Descrição e Acordo do Projeto MG-PIR-33-C” e “Termo de encerramento e Sumário Final do Projeto nº MG-BHO-33”. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Fundo SESP I, Caixa 15, Doc 47).

Segundo indicam os relatórios, a despeito da Lei 775 de 1949, o *SESP* continuou treinando pessoal auxiliar para serviços de enfermagem. Um outro testemunho a favor dessa afirmativa aparece no relato publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, sob a autoria da enfermeira chefe da Seção de Enfermagem da Divisão de Orientação Técnica do *SESP*, Ermengarda de Faria Alvim (op cit, 1959). Em seu artigo, ela informa que os cursos para auxiliares hospitalares foram suspensos somente em 1955, a partir da Lei nº 2604/ 55 que regulamentava o exercício profissional de enfermagem.

Quanto aos modelos de formação do grupo de auxiliares hospitalares, o curso desenvolvido no hospital de Pirapora, entre 1952-53, apresentava algumas particularidades importantes que diferenciava o seu processo de formação da orientação mais geral proposta nos cursos destinados a esse grupo. Uma delas diz respeito à idade e estado civil. Eram aceitos alunos com até 35 anos de idade, contudo, deveriam ser solteiros, embora a orientação geral do *SESP* definisse que as mulheres casadas ou viúvas podiam participar, desde que autorizadas pelos pais, irmãos ou maridos. Havia bolsa para os estudantes, trinta e cinco mulheres e cinco homens, segundo a previsão apresentada. Dessas mulheres, trinta ficariam em regime de internato e cinco ficariam como alunas externas, assim como cinco alunos do sexo masculino.

Entretanto, em relação à bolsa de estudos, os cinco alunos homens receberiam o correspondente a trinta dólares, enquanto as cinco alunas mulheres, em regime de externato, receberiam um valor correspondente a dez dólares, o mesmo valor das alunas internas, sob a alegação de residirem na cidade. O relatório desse curso informa que se formaram 38 alunos, mas não define o gênero dos egressos.

Em 1954, após implementação, pelo *SESP*, do “Programa do Amazonas”, um desdobramento do *Programa da Amazônia*, justificado pela necessidade de incrementar as atividades “médico-sanitárias” no Estado do Amazonas, foram efetuados cursos para a formação de pessoal de saneamento, laboratório e de enfermagem.

Para este último quadro profissional, foram formadas, em 1954, seis visitadoras sanitárias, 14 auxiliares hospitalares e quatro auxiliares de maternidade. A formação das auxiliares de maternidade surgiu por demanda da Delegacia Federal da Criança da 1ª Região, ao solicitar ao Programa do

Amazonas algumas candidatas para o referido curso, promovido pelo Departamento Nacional da Criança em cooperação com o *Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI)*.

Iniciado em 01 de julho de 1954, tendo a duração de seis meses, o curso de auxiliares de maternidade, uma especialidade complementar à formação das auxiliares hospitalares, visava a formação de pessoal habilitado para servir nas instituições de amparo à maternidade e à infância na região amazônica. Foram enviadas para o curso duas auxiliares hospitalares do Programa do Amazonas e duas outras candidatas selecionadas entre os não servidores do *SESP*. (“Termo de encerramento e Sumário final do Projeto nº AM-MAN-33: Formação de Pessoal – Cursos para pessoal técnico-administrativo – Manaus, AM. Projeto AM-MAN-33. 1954/1962”. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP, caixa 14, doc 45.).

A categoria descrita como auxiliar de maternidade atuava nas maternidades das unidades hospitalares coordenados pelo *SESP*, executando atendimento aos partos normais. Esse grupo fazia parte da equipe de auxiliares de enfermagem, porém com um “treinamento especializado”, voltado para o atendimento em maternidades (EMENGARDA F. ALVIM, *ibid*, 1959, p. 184).

Segundo a legislação do exercício de enfermagem de 1946 e de 1949, as pessoas que atuavam comprovadamente como parteiras em unidades hospitalares deveriam se submeter, mediante requerimento, a exames teóricos-práticos para obterem o título de parteira prática. O que incluía, sem dúvida, as parteiras práticas formadas pelos médicos e enfermeiras nas maternidades, mas excluía as parteiras comunitárias, as chamadas “curiosas”.

Após 1955, o *SESP* suspendeu os cursos regulares para treinamento de auxiliares hospitalares (que incluía as auxiliares de maternidades) em virtude da lei que regulamentou o exercício profissional de enfermagem. Desse modo, passaram a ser admitidos auxiliares de enfermagem formados de acordo com a legislação de 1955 (Lei nº 2604/55 de 17 de setembro de 1955).

No caso das chamadas parteiras práticas, formadas pelas maternidades, suas atividades foram enquadradas na legislação profissional de enfermagem, quando se vinculou, na década de 1940, a atividade de parteira prática à formação de auxiliar de enfermagem, definindo que o exercício profissional continuasse limitado ao atendimento em instituições hospitalares (Decreto-Lei nº

8.778 de 22/01/1946 e a Lei nº de 10/10/1959, que tratam da regulação de exames de habilitação para auxiliares de enfermagem e parteiras práticas).¹³¹

Segundo demonstram as imagens encontradas em anexo aos relatórios dos cursos de auxiliares hospitalares do *SESP*, a atuação desse grupo esteve voltada para assistência à maternidade em ambiente hospitalar, mesmo antes da formação do grupo especializado para atuar nas maternidades. Os documentos consultados sobre essa formação esclarecem que as alunas dos cursos de auxiliares hospitalares tinham como disciplinas as matérias de “enfermagem obstétrica” e de “enfermagem pediátrica”(BASTOS, *op.cit.*, p.393).

A presença de uma grande quantidade de fotografias enfocando os cuidados com esses grupos é demonstrativo da importância que adquiriram como alvos da medicina científica no contexto dos projetos sanitários da Instituição.

Entretanto, a relação desses grupos femininos, representantes da medicina científica, com a população [inclusive as parteiras comunitárias] foi bastante conflituosa e permeada por muitas dificuldades de interação de ambos os lados, segundo detectou o antropólogo Luiz Fernando Raposo Fontenelle (1959). O cientista foi contratado pelo *SESP* para executar um estudo sobre o emprego da medicina popular por parte da população, bem como investigar as concepções sobre saúde e doença e as relações da população com a Unidade Sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública do município de Aimorés, em Minas Gerais, entre 1955 e 1956. Fontenelle registrou que o campo de ação da Unidade Sanitária estava centralizado na atenção sobre as gestantes e a população infantil, através da assistência médica e das atividades de higiene infantil [puericultura] e higiene materna [pré-natal]. Uma marca percebida pelo pesquisador na relação da população assistida, majoritariamente de baixa condição sócio-econômica, com os profissionais do *SESP* foi o choque e a contradição sobre o tipo de cuidado à saúde oferecido através da medicina científica e as práticas de cura e tratamento empregados pela população através dos seus curadores locais, tais como benzedeiros, raizeiros, curandeiros e parteiras.

¹³¹ Para uma abordagem sobre a legislação da enfermagem durante os séculos XIX e XX ver Niversindo. A. Cherubin (1975).

Tratados na maioria das vezes como incapazes e ignorantes pelos representantes da Instituição, e sendo obrigados a se enquadrar às regras e regulamentos determinados pela organização sanitária, em caso de atendimento na Unidade Sanitária, a população relatou ao pesquisador enviado pelo *SESP* muitas queixas que resultavam do descontentamento com o modo de prestação da assistência efetuado pela Instituição (FONTENELLE, *op.cit.*). A demora no atendimento, a prescrição de medicamentos considerados ineficazes pelos usuários, algumas atitudes grosseiras praticadas pelos profissionais sanitários, a impessoalidade no atendimento, as resistências decorrentes do que consideravam como uma invasão da privacidade doméstica - no caso do atendimento domiciliar executado pelas visitadoras - representaram em grande medida as principais dificuldades apontadas pela população na sua relação com a Unidade Sanitária do *SESP* em Aimorés. Um caso que acreditamos não ser ímpar no contexto amplo da assistência sanitária prestada pela Instituição.

Fontenelle (*ibid*) enfocou ainda a [difícil] posição das visitadoras sanitárias como elo fundamental entre a população e os outros profissionais sanitários que atuam na Unidade de atendimento. Vistas com desconfiança pela população, que a tinham como uma “fiscal”, capaz de julgar o certo e o errado relativos aos hábitos culturais de higiene das famílias, e pouco prestigiadas pelos profissionais graduados aos quais estavam subordinadas - como os médicos e as enfermeiras - profissionais a quem deviam prestar contas através do preenchimento das fichas familiares e de inquéritos impressos sobre a situação sanitária das comunidades; elas eram frequentemente transferidas das localidades pelas enfermeiras – para que não criassem intimidade com a população- e os seus relatórios não eram habitualmente lidos e levados em consideração pelo médico responsável pela Unidade Sanitária.

O conjunto de figuras composto pelas fotografias que apresentamos a seguir retrata as alunas dos cursos de auxiliares hospitalares da Amazônia, e dos cursos de visitadoras sanitárias da Amazônia e do Paraná, no período dos anos 1940-60. Elas foram fotografadas exercitando e/ou prestando atendimento a dois grupos representativos da ampliação das ações sanitárias do âmbito do *SESP*: a criança e a mãe - vistos como um binômio - tidos como um conjunto indissociável.



Figura 18 - Curso Para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. Projeto: AM –BEL- 13-B, 1943/46. “Na maternidade”. Departamento de Arquivo e Documentação. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, Caixa 12, doc 22, pag. 54, foto14.



Figura 19 - Curso Para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. Projeto: AM –BEL- 13-B, 1943/46. “No Berçário”. Departamento de Arquivo e Documentação. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, Caixa 12, doc 22, pag. 52, foto12.



Figura 20 - Curso Para Auxiliares Hospitalares – Belém, PA. Projeto: AM –BEL- 13-B, 1943/46. “Banhando o recém-nascido”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I, Caixa 12, doc 22, pag. 54, foto13.



Figura 21 - Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. “Recordações do Projeto: A “visitadora” and a student demonstrate to the inexperienced mother how to properly bath her baby”. Departamento de Arquivo e Documentação. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43, Foto 9



Figura 22 - Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. “Recordações do Projeto: *The “visitadora” teachers the mother how to make an inexpensive bed and how to use a mosquito net*”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43, Foto 10.

A figura abaixo registrou a atividade educativa na clínica de pré-natal de uma unidade sanitária do *SESP*. As visitadoras explicam às gestantes como utilizar o material preparado para o parto e para o cuidado com o umbigo do recém-nascido, segundo os princípios da higiene moderna. Sem dúvida, uma tentativa didática de transformar em prática científica um dos tipos de cuidado aos recém-nascidos mais repletos de atitudes simbólicas e práticas rituais, baseadas em complexo sistema de crenças e transmitidos através das gerações. Por outro lado, a preocupação com a higiene umbilical dos recém nascidos tinha enorme sentido para os profissionais sanitários, pois estava baseada no conhecimento científico de que era através da ferida umbilical que se dava a contaminação pelo bactéria causadora do tétano, originando a infecção

conhecida como tétano neonatal, uma doença que geralmente ocasionava a morte dos bebês.

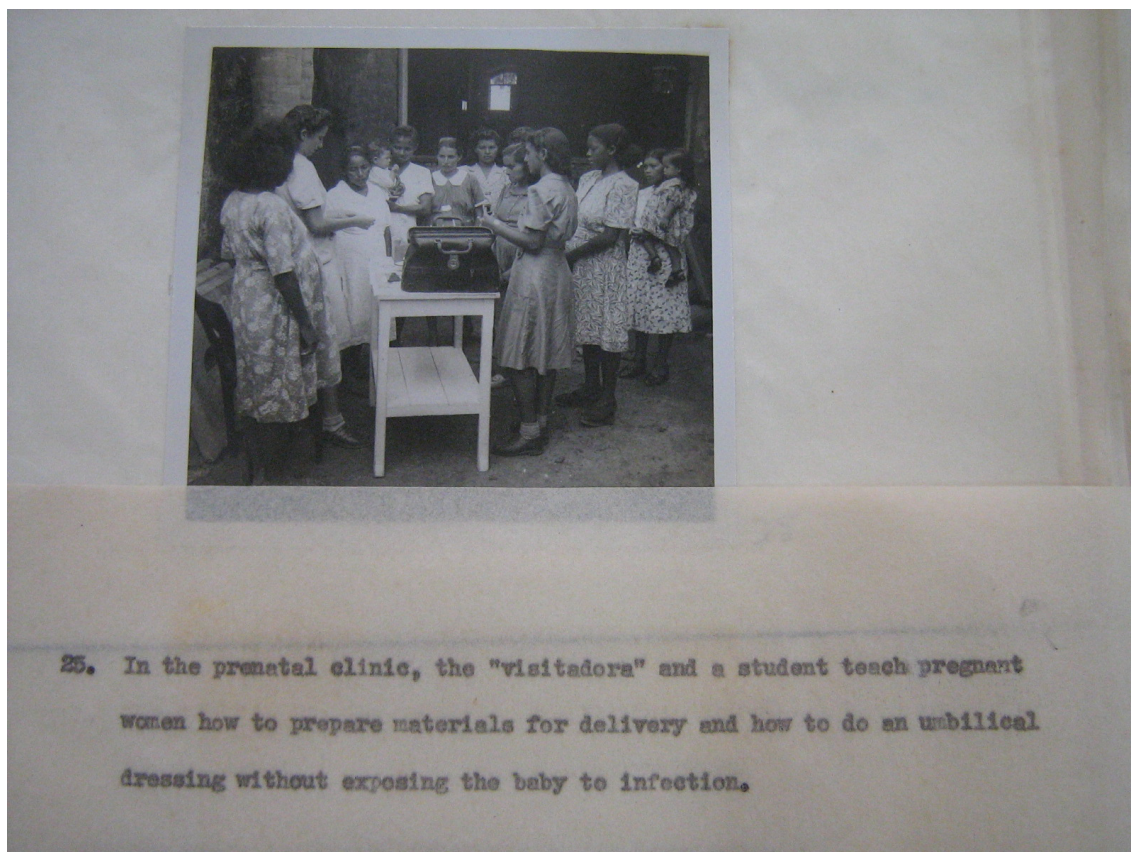


Figura 23 - Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. "Recordações do Projeto". Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43. Foto 25.



Figura 24 - Relatório fotográfico do Curso de Visitador Sanitário realizado em Curitiba, Estado do Paraná, no período de 6/7/1964 a 18/12/1964. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Inventário SESP. Caixa 89 (documentos avulsos), pasta 9, dossiê 10, Foto 1.

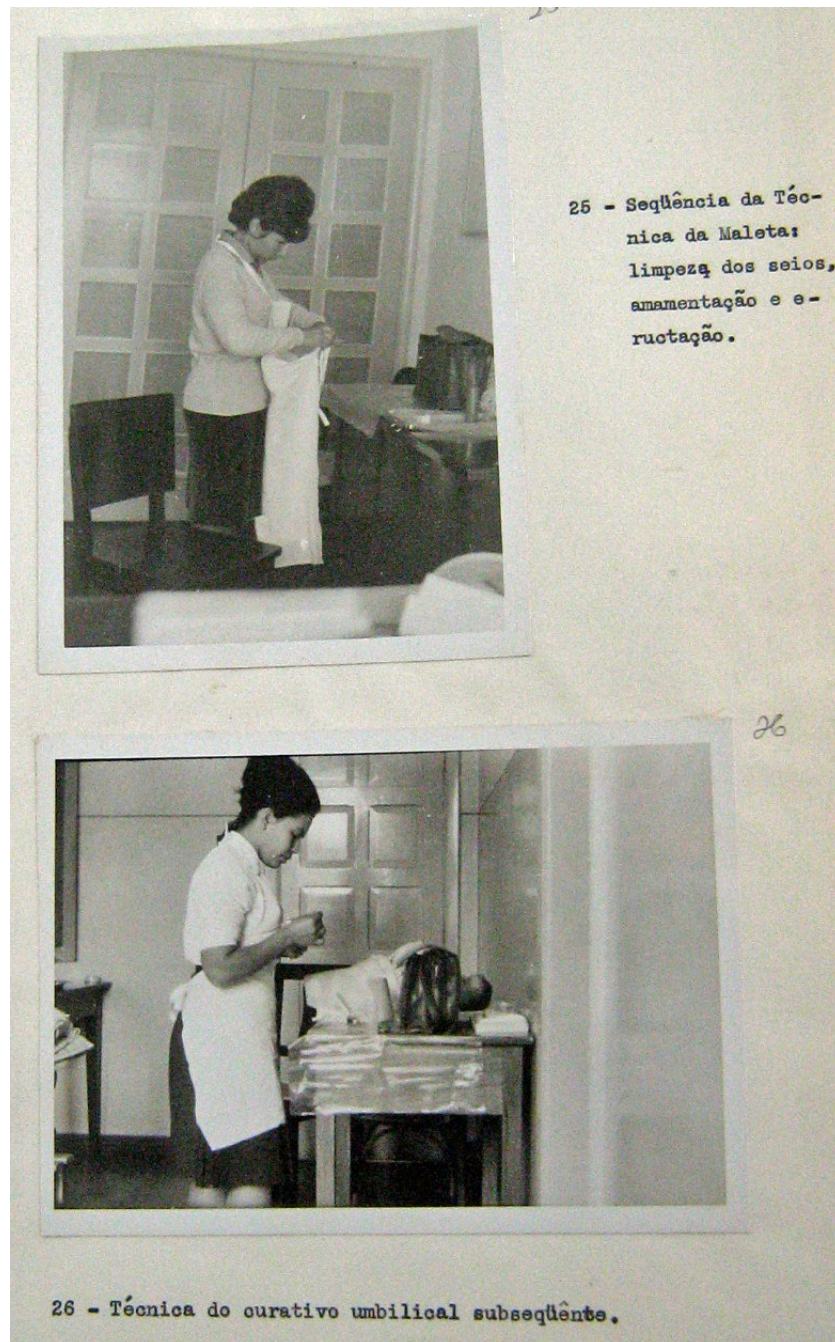


Figura 25 - Relatório fotográfico do Curso de Visitador Sanitário realizado em Curitiba, Estado do Paraná, no período de 6/7/1964 a 18/12/1964. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Inventário SESP. Caixa 89 (documentos avulsos), pasta 9, dossiê 10, Fotos 25 e 26.



Figura 26 - Relatório fotográfico do Curso de Visitador Sanitário realizado em Curitiba, Estado do Paraná, no período de 6/7/1964 a 18/12/1964. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Inventário SESP. Caixa 89 (documentos avulsos), pasta 9, dossiê 10, Foto 27.

3.4. A HIGIENIZAÇÃO DAS PARTEIRAS “CURIOSAS” NOS PROJETOS SANITÁRIOS DO SESP.

Segundo noticiado no *Boletim do SESP* (nº 7, p.2, março de 1944) a premissa de se garantir à criança, desde antes do nascimento e nos seus primeiros anos de vida, oportunidades máximas para um crescimento e desenvolvimento saudáveis, justificava o investimento social num programa de saúde voltado especificamente para a mãe e a criança. O espaço do “Centro de Saúde” era tido como o local mais adequado para o desenvolvimento de ações nesse sentido. Para isso, deveriam ser criados serviços de higiene pré-natal e da criança, contando com a participação de grupos profissionais considerados imprescindíveis e de importância central no planejamento e execução das ações: a enfermeira de saúde pública profissional e/ou a visitadora sanitária prática e o médico. Para este último, era importante que tivesse conhecimento de obstetrícia e pediatria, além de ter um perfil para desempenhar o papel de educador sanitário, ao lado da enfermeira. Afinal, cabia tanto ao médico como à enfermeira promover a “instrução da mãe, o cuidado e a supervisão desde o início da gravidez até depois do parto”.

Apesar de alguns representantes da instituição, principalmente da alta hierarquia, reconhecer a dimensão social dos problemas sanitários da população, essa visão nem sempre fazia eco na mentalidade dos profissionais de saúde que atuavam em contato direto com a clientela dos serviços. Parecia ser uma atitude comum, por parte dos grupos profissionais, a responsabilização individual pela (péssima) situação sanitária que atingia principalmente os grupos mais vulneráveis, como as crianças.

Um exemplo dessa situação foi apontada por André Campos (2006), em seu estudo sobre o *SESP*. Ele chamou a atenção para o relacionamento estabelecido entre os médicos e as mães das crianças admitidas no posto de Alagadiço, no Ceará, e no acampamento de Belém, no Pará, em 1944.¹³² Essas crianças, que residiam em acampamentos mantidos pelo Departamento Nacional de Imigração (DNI), chegavam ao posto de atendimento em graves condições de

¹³² Unidades sanitárias coordenadas pelo Programa de Migração do *SESP*.

saúde, com doenças relacionadas à desnutrição e intoxicações alimentares. A mortalidade infantil por essas causas era bastante alta. Diante dessa situação, André Campos chama a atenção para o etnocentrismo dos médicos que, nos dois exemplos acima, acusaram as mães pelas doenças dos filhos, qualificando-as de estúpidas e ignorantes em relação à alimentação fornecida às crianças. O mesmo acontecia com as parteiras “curiosas”, usualmente criticadas e acusadas de causar danos às parturientes e aos recém-nascidos por erros decorrentes da “ignorância”.

No contexto das atribuições do programa de higiene pré-natal previsto e executado no âmbito do *SESP* incluía-se o treinamento e a supervisão de parteiras e a instituição do serviço de partos em domicílio. Essa modalidade de assistência domiciliar não se constituía num modelo defendido pela Instituição, era vista como uma necessidade justificada pelas dificuldades das parturientes em contarem com a assistência médica ao parto, fosse pela falta de médicos ou de leitos de maternidade.

De qualquer modo, a supervisão das parteiras e a organização de um “bom” serviço de partos em domicílio eram ações consideradas das mais urgentes no processo de organização do programa de assistência sanitária destinado à mãe e à criança. Junto a isso, os demais funcionários e os médicos dos serviços de saúde materno-infantil deveriam promover melhoramentos dos serviços de maternidade das localidades, proporcionando a “*elevação do nível geral de práticas obstétricas.*” (*Boletim do SESP*, p.3, março de 1944).

Nesse contexto, os relatórios elaborados pelas enfermeiras destacavam o treinamento destas parteiras e criticavam as suas práticas tradicionais, associando-as com as ocorrências letais que acometiam os recém-nascidos. Quando ocorriam incidentes com a mãe ou com o recém-nascidos, durante ou após o nascimento da criança, estes eram sempre considerados resultantes da “imperícia ou negligência da curiosa”¹³³.

¹³³ Nos referimos aos seguintes documentos: Relatório do mês de junho de 1946 e Relatório do mês de julho de 1946 do Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém, PA. Projeto: AM-SAN-12B, 1944/1947. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I, caixa 14, doc 43..

Na edição do *Boletim do SESP* do mês de junho de 1948 publicou-se uma súmula das conclusões elaboradas pelos técnicos nacionais e estrangeiros presentes na *Conferência de Organização Sanitária do SESP*, realizada em junho de 1948. Um dos temas discutidos referiu-se aos *Programas Exequíveis de Saúde Pública*, no qual se inseria a questão do planejamento e execução do programa de *Higiene da Criança*, tendo como principal objetivo proteger e promover a saúde da mãe e da criança até aos 14 anos de idade. Na pauta das recomendações definia-se a necessidade de:

Estabelecer o controle de curiosas, visando aducá-las no sentido de deixarem de executar práticas que sejam consideradas nocivas; promover a adoção de medidas que visem a melhoria das condições em que realizam os partos, e evolue o puerpério inclusive prestando assistência médica, quando necessária (Boletim do SESP, p.3, junho de 1948).

Embora não tenhamos encontrado um marco cronológico preciso sobre o início das capacitações das parteiras “curiosas”, os documentos consultados, tais como os *Boletins do SESP* e os relatórios das enfermeiras da Instituição, trouxeram indícios de que tal atividade tenha sido implementada a partir de 1946. A higienização das parteiras fazia parte de um processo de educação sanitária, uma ação que foi formalizada pelo *SESP* a partir de agosto de 1944, com a criação da *Divisão de Educação Sanitária*.(BASTOS, *op.cit*, p.46; *Boletim do SESP*, nº *especial*, março de 1948)

O treinamento das parteiras, colocado em prática pelo *SESP*, foi abordado pelo Dr. Nilo Bastos (*ibid*) ao escrever a história da Instituição. Segundo o Dr. Bastos, o *SESP* deu início ao treinamento e supervisão das parteiras denominadas “curiosas” com a intenção de “*aproveitar*” o trabalho executado tradicionalmente por esse grupo junto às comunidades, nas áreas em que havia a instalação das Unidades Sanitárias da Instituição.

As autoridades sanitárias do *SESP* avaliaram que este grupo poderia ser suficientemente útil para o desenvolvimento dos seus programas de saúde, desde que recebessem um treinamento higiênico e fossem submetidas ao controle dos profissionais da Instituição. O sistema de capacitação tinha um

caráter de “duração permanente”, porém com um bloco teórico determinado, desenvolvido em pequenos grupos.

Os principais assuntos abordados pelos programas de capacitação incluíam: o papel da parteira e a importância do seu trabalho; noções de higiene individual; o valor das consultas médicas às gestantes desde o início da gravidez; importância da alimentação adequada da gestante; sinais e sintomas da gravidez; imunização contra o tétano; a colaboração da curiosa nos encaminhamentos da gestante ao serviço sanitário; complicações da gravidez; os primeiros sinais do trabalho de parto, os primeiros cuidados prestados aos recém-nascidos; a assistência prestada às puérperas; a bolsa da curiosa. Ao final do curso a parteira “aprovada” recebia uma bolsa que continha o material considerado apropriado para o atendimento ao parto e ao recém-nascido (BASTOS, *ibid*, p.405-406).

Após o cumprimento dessa primeira fase, a parteira recebia uma supervisão continuada e sistematizada por parte dos agentes de enfermagem da Unidade de Saúde ao qual ficava referenciada, porém sem o caráter de vínculo empregatício. A instrução das parteiras acerca dos cuidados sanitários que deveriam prestar ao grupo materno-infantil era oferecida através de métodos educativos que incluíam demonstrações práticas, discussão em grupos, exibição de filmes e observações dos atendimentos executados pelos profissionais de saúde.

As parteiras sob a supervisão das agentes do *SESP* - as visitadoras sanitárias e as enfermeiras de saúde pública - recebiam periodicamente novas instruções sanitárias. Esse era um processo executado através de planos sistematizados no nível de gestão local, com o objetivo de manter essas “colaboradoras” em atualização permanente. A participação em palestras, que não se constituía apenas na exposição oral do palestrante, mas incluía inclusive a exibição de filmes educativos preparados pela Divisão de Educação Sanitária do *SESP*, deveria ser rotineira para essas parteiras. Elas faziam parte, assim como as gestantes e os escolares, dos grupos usualmente “escolhidos” para participar como expectadores permanentes das palestras e outras atividades educativas oferecidas (Boletim do *SESP*, nº *especial*, p.28, março de 1948).

Ademais, a parteira que se dispunha a passar pelo treinamento higiênico proposto pelo *SESP*, embora não fosse considerada como uma profissional sanitária, era compelida a agir como tal.

Segundo noticiado *Boletim do SESP* de março de 1948, a criação de um programa próprio voltado para a educação sanitária foi creditada ao reconhecimento desta ação como uma “*ferramenta de importância primordial para que a população compreendesse o objetivo e o alcance dos programas de saúde e adquirisse bons hábitos de higiene*”. Cabia ao Programa executar a preparação de materiais didáticos diversos (filmes, rádio-teatro, folhetos, cartazes, slides sonorizados) e também distribuir material educativo enviado pelos Estados Unidos. Dentre os materiais educativos enviados pelos órgãos norte-americanos com o propósito de promover a educação sanitária da população brasileira destacavam-se os 20.000 exemplares de material impresso sobre “Higiene da Gravidez” e os 5.000 exemplares de um “Manual Prático de Ensino das Parteiras”.

Na distribuição das ações de supervisão das parteiras, cabia às enfermeiras o planejamento da formação e a participação em aulas teóricas, algumas vezes em conjunto com os médicos. Elas também faziam os relatórios e controlavam a “bolsa da parteira”. As visitadoras sanitárias tinham por atribuição fiscalizar, de modo mais direto, o trabalho das parteiras. Isso acontecia através das visitas regulares ao domicílio das “curiosas” e das parturientes, com a finalidade de investigar se estavam atuando segundo a maneira instruída pelo SESP.

Um outro desafio que usualmente ficava sob o encargo da enfermeira e da visitadora, mas que, em alguns casos, se acionava também o médico, era a tarefa de identificação das parteiras. Considerando-se a descrição contida no relatório encaminhado pela enfermeira Lydia Duarte Damasceno em fevereiro de 1946. ao Diretor do Programa da Amazônia, a identificação das parteiras se assemelhava a uma “caçada na selva”:

Não iniciei aulas as curiosas por falta de identificação das mesmas. Só nos foi possível localizar duas, uma que foge as nossas visitas por trabalhar no hospital com os médicos do Território e a outra que não atendeu o nosso pedido. Falei com o Dr. Abdias à respeito, pedindo ao mesmo que ajudasse as Visitadoras nessa parte que eu por falta de tempo não deixei iniciada (“Relatório do mês de fevereiro de 1946 : AM – ITA-12B”. Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I , caixa 11, doc 12.).

O fato relatado pela enfermeira teve lugar quando ela esteve em Rio Branco, capital do Território do Acre, durante alguns dias do mês de fevereiro de 1946, organizando as atividades sanitárias a serem executadas pelas visitadoras nessa cidade. Uma outra informação que não podemos deixar passar despercebida nesse relato é o caso do trabalho de uma das parteiras procuradas, que apareceu associado ao trabalho dos médicos locais que não tinham vinculação com o *SESP*. Uma situação representativa da importância social e das possibilidades de atuação dessas parteiras comunitárias, no qual a denominação de “curiosa” proporcionava uma visão restrita e parcial sobre a potencialidade dos conhecimentos empíricos e dos recursos empregados na prestação dos cuidados a gestantes, parturientes, recém-nascidos e familiares, bem como das redes sociais envolvidas na execução do seu ofício.

O comparecimento às capacitações tinha como bônus a aquisição de uma bolsa com material esterilizado, para os cuidados do parto e do recém-nascido. A bolsa era oferecida como uma “contrapartida” à parteira que tivesse apresentado interesse e bom desempenho durante as aulas. Oferta de duplo sentido, carregada de valor simbólico, a bolsa era fiscalizada periodicamente pelas enfermeiras ou visitadoras sanitárias do *SESP*, a fim de verificar a adesão das parteiras aos princípios de higiene que lhe haviam sido ensinados:

CURIOSAS: - Como complemento indispensável ao serviço pré-natal foi criado o curso de instrução e fiscalização às curiosas. Este trabalho está sob a responsabilidade das enfermeiras Ana Branco e Dalmira Henrington. As curiosas têm se mostrado interessadas pelos ensinamentos, frequentam as aulas e encaminham as gestantes ao Posto, para cuidados médicos. Durante as aulas as bolsas fornecidas pelo *SESP* são fiscalizadas, com o objetivo de serem eliminados os costumes primitivos. Durante uma vistoria, foi encontrado um vidro contendo cinza, sendo este material utilizado para prevenir as hemorragias umbilicais (segundo a mentalidade da curiosa). (Relatório: “Mês de março de 1946: AM-SAN-12-B”. Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém, PA. Projeto: AM-SAN-12B, 1944/1947. Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo *SESP* I, caixa 14, doc 43).

Após o cumprimento dos treinamentos teóricos-práticos, a supervisão das parteiras era realizada segundo uma determinada periodicidade - condicionada pelos partos atendidos e notificados - quando se verificava e substituía o material contido na “bolsa da parteira”; se procedia à visita ao domicílio de ocorrência do

parto pelos membros da equipe de enfermagem. Também era conferido, pela visitadora ou enfermeira, o preenchimento da declaração de nascimento do recém-nascido, conforme o modelo apresentado pelo *SESP*. Além desses procedimentos, a supervisão incluía a troca, a cada dez dias, do material esterilizado que estava na bolsa e que a parteira não utilizara. A cada mês, a parteira deveria comparecer à unidade sanitária para proceder à limpeza da bolsa e receber novas instruções ou revisar as anteriores. Periodicamente, as visitadoras ou as enfermeiras visitavam o domicílio dessas parteiras no intuito de supervisioná-las e garantir que continuassem seu “vínculo” com a unidade sanitária de referência (BASTOS, *ibid*, p. 405-406).

Contudo, apesar das autoridades sanitárias do *SESP* recomendarem aos seus profissionais sanitários locais que “trabalhassem” com essas parteiras, elas eram vistas como um grupo que criava obstáculos significativos para o desenvolvimento das ações que partiam da medicina científica e estavam voltadas para a população materno-infantil. Tais obstáculos eram atribuídos à persistência da “curiosa” na prestação de cuidados à parturiente e ao recém-nascido com base em costumes ancestrais considerados “primitivos”. Além disso, havia também a importante influência que a parteira exercia na sua comunidade. Transformar a parteira numa aliada era, portanto, mais que um propósito, uma necessidade fundamental para a eficácia da higienização materno-infantil. Porém, essa não era uma tarefa das mais fáceis.

Dentre os costumes atribuídos às parteiras e apontados como “primitivos” pelos profissionais sanitários do *SESP*, estava o tratamento do coto umbilical dos recém-nascidos com cinzas, uma preparação à base de ervas. Esse era um tipo de cuidado que trazia frequentes problemas para as encarregadas dos treinamentos das “curiosas”, usualmente as enfermeiras e as visitadoras sanitárias. A persistência das parteiras em manter o tratamento aprendido segundo as crenças e tradições do seu grupo era constantemente trabalhada [leia-se, combatida] pelos profissionais durante os encontros para fins educativos oferecidos às “curiosas”, conforme apontado em relatórios elaborados pelas enfermeiras da instituição¹³⁴.

¹³⁴ Citamos: Carolina L. de Moraes “Relatório mensal do serviço de enfermagem do mês de março de 1947-Posto de Itacoatiara”. Curso para Visitadoras – Itacoatiara, AM. Projeto: AM-ITA-12B, 1944/48. Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP I, caixa 11, doc

Contudo, ao fazer uma aproximação com as parteiras através dos treinamentos, o *SESP* pretendia ganhar tempo e reduzir esforços para o empreendimento do processo de higienização da população. Para tal tarefa, era necessário o estabelecimento de uma relação de confiança com a população rural, e com isso, angariar clientela para as suas unidades sanitárias. A parteira surgiu aos olhos dos gestores da instituição como um elo estratégico nessa relação. Acerca dessa questão, destacamos aqui a opinião do Dr. Marcolino Candau, um importante e influente sanitarista, Superintendente do *SESP*, num contexto de debate sobre a “Higiene pré-natal e da criança”, após uma conferência apresentada no Instituto Brasil-Estados Unidos, publicada em janeiro de 1949 no *Boletim do SESP*:

O homem do interior é muito mais individualista que o da cidade. Ele está acostumado a resolver os seus problemas. Precisamos não esquecer que há a “velha curiosa” que fez o parto da vovó e da mamãe e vai fazer da filha. Devemos fazer da curiosa uma aliada. Em Aimorés, com o seu auxílio, 80% dos partos são notificados. Como treinamento, elas não melhoram muito, mas pelo menos mantém uma ligação íntima com o posto de higiene. Enquanto não se conseguir estabelecer na população uma confiança ilimitada no posto de saúde, vamos necessitar da curiosa (*Boletim do SESP*, n. 67, janeiro de 1949, p.10).

Apesar da opinião do Dr. Marcolino Candau sobre a assistência prestada pelas parteiras “curiosas”, e as possibilidades de sua relação com as unidades sanitárias, terem um sentido mais tolerante e pragmático, em que o importante sanitarista isentava-se de criticar o papel desempenhado por elas na comunidade, não se pode dizer que o Dr. Candau expressasse a totalidade da opinião dos agentes do *SESP* sobre esse grupo. Poucos meses após a sua opinião ter sido publicada no *Boletim do SESP*, no contexto referenciado acima, publica-se, em outra edição do *Boletim*, uma pequena nota, sem autoria, expressando um juízo de valor sobre as parteiras um tanto divergente da forma de abordagem do Dr. Candau:

12, p.1. E relatórios diversos : “*S.E.S.P. Mês de março de 1946: AM-SAN-12-B*” e “*S.E.S.P. Mês de maio de 1946: AM-SAN-12-B*”. Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém, PA. Projeto: AM-SAN-12B, 1944/1947. Departamento de Arquivo e Documentação. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo *SESP* I, caixa 14, doc 43.

Não basta remediar, é preciso evitar outros males. Daí a proliferação de cursos educacionais, inclusive às nocivas “curiosas”, cuja imperícia contribuí para o Brasil assistir, diariamente, a morte de 2.040 crianças. Os cursos de ensinamentos às “curiosas”, às chamadas comadres – ministrados por médicos e enfermeiras, na Amazônia, sobem a 50 e neles estão inscritos 850 “curiosas”. E como complemento da campanha sanitária, os médicos brasileiros, nos lugares sem rede de esgotos, mandaram abrir fossas, num total de 7.600. Agora, leitor, depois de tanta miséria exposta nesta reportagem, que seria da Amazônia se o Serviço Especial de Saúde Pública deixasse de funcionar? (Boletim do SESP, n. 71, maio de 1949, p.6)

Embora a intenção da nota demonstre o interesse em exaltar as ações do *SESP*, cuja manutenção dos projetos havia acabado de passar por uma grave crise, devido à ameaça de não haver verba para garantir a manutenção do acordo bilateral com os Estados Unidos¹³⁵, não se pode deixar de perceber que uma das mazelas sociais identificadas pelo *SESP*, nas suas áreas de ação sanitária, era representada pela presença da parteira dita “curiosa”. Quanto aos dados apresentados na nota citada, não encontramos outras referências que corroborassem os números divulgados, atribuindo às parteiras a mortalidade das crianças.

Se a capacitação de parteiras “curiosas” oferecido pelo *SESP* era notícia frequente no *Boletim do SESP*, periódico publicado regularmente entre dezembro de 1943 e dezembro de 1971; a iniciativa sespiana no aprimoramento de agentes próprios para o atendimento especializado à gestação, parto e cuidados com o recém-nascido foi também abordada em algumas edições do periódico, representando um contraponto ao treinamento das “curiosas”. A divulgação veiculada através do periódico mostrava que a ação da instituição sobre a assistência materno-infantil era executada em duas vertentes diferenciadas: a da educação sanitária, no qual estava o treinamento das curiosas - e aqui não se tratava de uma profissionalização do grupo - e o da especialização profissional, em que se investia no aprimoramento médico-científico dos seus agentes.

¹³⁵ Sobre a ameaça da extinção dos serviços do SESP, o *Boletim do SESP* de nº 67, de janeiro de 1949, apresentou uma reportagem detalhada sobre esse processo, cujo resultado foi a continuidade e ampliação dos projetos.

As notas sobre treinamentos para curiosas apareceram em maior frequência nas edições dos anos 40 e 50. Ao passo que a formação de profissionais para o exercício da obstetrícia ganhou mais destaque no período dos anos 60 e 70.

Implementados como duas frentes de ação diferenciadas, os dois projetos eram representativos do compromisso da instituição com a questão da higiene materno infantil; que deveria ser planejada, organizada e universalizada de acordo com os pressupostos da moderna organização sanitária de inspiração norte-americana, baseada [obviamente] nos conhecimentos da medicina científica.

O investimento em especialistas foi indicativo do propósito da instituição no incremento da medicalização e hospitalização do parto em áreas do interior brasileiro. Nesse sentido, as motivações médico-sanitárias que haviam levado o *SESP* a dar treinamento às parteiras pertencentes às comunidades era diferente das motivações que levaram a organização a especializar pessoal com nível de instrução elevado. Se às parteiras “curiosas” aprovadas o *SESP* fornecia a “bolsa da parteira” e nenhuma remuneração pelos serviços prestados, aos profissionais escolarizados que faziam parte do seu quadro de pessoal era concedido um outro tipo de *bolsa*. Dotava-se aos profissionais uma bolsa de estudos para que pudessem cursar a especialização em obstetrícia, conforme noticiado no Boletim do *SESP* (nº 3, p.4, março de 1961). Nessa edição é apresentada uma lista de bolsistas da Fundação *SESP*, dentre os quais destacamos os nomes de Domingos da Silva Santos, médico, vinculado à Diretoria Regional do Amazonas, que cursava “Treinamento Obstétrico” no Hospital das Clínicas e Hospital São Paulo; as enfermeiras Cândida Fernandes e Maria de Lourdes Rodrigues, vinculadas respectivamente ao Serviço Cooperativo de Saúde do Rio Grande do Norte e à Superintendência, que cursavam “obstetrícia”. A primeira estudava na Escola de Enfermagem da Bahia e a segunda no Hospital São Paulo.

O *Boletim do SESP*, publicado em maio de 1954, trouxe um artigo intitulado “Curso de Aperfeiçoamento para Parteiras Curiosas”, que ilustrou de modo bastante elucidativo o sentido das capacitações e a visão sobre esse grupo por parte dos representantes do *SESP*, bem como as estratégias de cooptação dessas parteiras para que viessem a frequentar os cursos oferecidos.

Desde o início de suas atividades o SESP tem se preocupado em melhorar o nível dos conhecimentos das parteiras curiosas, ministrando-lhes noções de higiene e cuidados que devem ser dispensados às parturientes e recém-nascidos. Através de um programa educacional, desenvolvido em aulas regulares nas Unidades Sanitárias, o SESP vem conseguindo que as “curiosas”, de regra pessoas maduras e descuidadas, cuja aparência desagradável denota por si só uma absoluta ausência de higiene, se tornem **rapidamente [grifo meu]** profissionais zelosas, possuidoras de hábitos salutaros. Como medida preliminar o SESP faz o levantamento do número das “curiosas” que operam na área trabalhada, conseguindo seus nomes e endereços geralmente com as próprias gestantes. Segue-se o trabalho de catequização, em que enfermeiras ou visitadoras procuram entrar em contato com tais parteiras, convidando-as a frequentar o curso promovido pela Unidade, pois os ensinamentos que o mesmo oferece são úteis tanto para elas, como para as parturientes e recém-nascidos (...). Além dos benefícios imediatos para a saúde das gestantes e recém-nascidos, a maioria dos conhecimentos das “curiosas” traz vantagens outras, sendo que só o fato do nascimento da criança chegar ao conhecimento do Serviço, já é um resultado compensador, se considerarmos que êle permite ao médico da Unidade controlar o desenvolvimento dessa criança. (*Boletim do SESP*, p.3-4, maio de 1954)

Caso se fosse contar apenas com a versão de representantes da medicina científica, focada principalmente sobre a precariedade da situação social das parteiras, acabaria-se por perder uma parte importante da dimensão que envolve a inserção social desse grupo, nos diversos contextos históricos-sociais em que estiveram atuando. Um contraponto à visão dos representantes sanitários sobre o papel social das parteiras pode ser encontrada no trabalho do antropólogo contratado pelo SESP, Luiz Fernando Raposo Fontenelle (*op.cit*).

Através da realização de um estudo de comunidade encomendado pelo SESP e realizado no município de Aymorés, em Minas Gerais, Fontenelle teve por missão conhecer, analisar e relatar os modos de estruturação dos saberes e práticas populares sobre a saúde e verificar a interrelação entre o modo de agir dos terapeutas populares e da medicina científica. Procurando dialogar com os médicos e outros profissionais da saúde pública, o antropólogo solicitava que estes estivessem atentos para a existência de um sistema de medicina popular, cujas práticas encontravam-se bem estruturadas, segundo um conjunto de crenças, que, ao contrário da suposição geral, suposta pelos representantes da medicina científica, não se constituíam em simples manifestações de “ignorância” e “superstição”. Fontenelle explicitou com clareza os objetivos da sua pesquisa, deixando evidente que a atitude compreensiva, por parte da cultura científica, sobre as práticas populares de saúde, deveria ser inserida num objetivo maior.

Num propósito que estava relacionado às questões de eficiência na execução das práticas sanitárias, de modo que resultados alcançados fossem o mais próximo possível dos resultados esperados:

Tornando conhecidas as linhas gerais que caracterizam a Medicina Popular em uma região brasileira, facilita-se uma ação altamente proveitosa que poderá advir futuramente das atividades dos serviços de Saúde Pública. A formação de uma mentalidade e de uma política mais compreensivas em relação aos elementos integrados no sistema da Medicina Popular, a sua utilização planejada para fins específicos e, mais do que tudo, a percepção do entrosamento dos problemas sanitários com a situação econômica e social dos habitantes das zonas rurais, devem ser cuidadosamente considerados (FONTENELLE, *ibid.*, p.9).

Fontenelle observou, no caso das parteiras, que usualmente a relação delas com os representantes do *SESP* era bastante difícil. O trabalho dos profissionais sanitários visando integrar as 'curiosas' às unidades de saúde, através da estratégia dos treinamentos, não resultava nas transformações esperadas. Além de uma baixa adesão aos cursos, a dificuldade de incorporação das novas técnicas e condutas pelo grupo das parteiras incitava uma tônica de tensão permanente entre as duas partes.

Analizando esse contexto de desconforto, Fontenelle apontou alguns fatores que dificultavam uma adesão mais eficiente do grupo ao serviço sanitário: a idade média das parteiras, geralmente avançada, as dificuldades de acesso às unidades de saúde, o prejuízo financeiro e a discordância das parteiras em relação às orientações preconizadas pela medicina científica.

Além disso, Fontenelle chama a atenção para o fato da parteira não contar com nenhuma compensação financeira para comparecer aos treinamentos. Ela também corria o risco de perder alguma cliente, caso fosse chamada para atender ao parto e não pudesse comparecer por estar assistindo aulas.

A impossibilidade de atender alguma parturiente implicava em perda financeira, uma vez que as parteiras eram remuneradas pelas famílias da clientela. Isso não significa ganhassem muito, pois o preço era negociado segundo as possibilidades de cada família. Além disso, o processo de treinamento representava para as parteiras uma forma de controle que restringia as suas ações, e ainda as tornavam passíveis de críticas por parte dos profissionais que as supervisionavam.

O que Fontenelle destacou ainda como relevantes nos impasses da relação entre as parteiras e os representantes do *SESP* era a contradição entre os conceitos que embasavam a assistência prestada pela parteira, mediados pela tradição e pela prática acumulada, e aqueles defendidos pela medicina científica.

Como exemplo temos a posição adotada pela parturiente no momento do nascimento do bebê. Para a obstetrícia a mulher deveria estar em posição horizontal, deitada de costas na cama, enquanto, segundo o conhecimento da parteira, a parturiente deveria ficar em posição vertical, sentada na cama ou num banco ou cadeira apropriados à situação. Além disso, o tipo de alimentação prescrito à parturiente; o uso de infusões; os banhos e massagens corporais como uma prática típica da assistência da parteira; bem como o tratamento do umbigo do recém-nascido com uma fórmula própria, eram as práticas de cuidado executados pelas parteiras que representaram frequentes zonas de atrito entre elas e os profissionais representantes da medicina científica.

Ademais, durante as aulas teóricas eram enfatizados os limites de ação dessas parteiras, definidos segundo a visão da medicina científica. Nesse sentido, as parteiras ‘curiosas’ deveriam restringir o seu atendimento ao parto normal, na forma de uma “prática auxiliar”, isentando-se de qualquer tipo de intervenção diante de imprevistos ou dificuldades relacionadas ao nascimento. Do mesmo modo, desaconselhava-se que realizassem as práticas usuais de exame físico da parturiente, como o exame de “toque vaginal”, que tem por finalidade diagnosticar o andamento do “trabalho de parto”.

Além das diferenças de cultura (científica *versus* popular), as interdições impostas às parteiras, segundo Fontenelle, era uma das causas importantes da baixa adesão desse grupo no processo de higienização dos cuidados de saúde da população materno-infantil. Na época em que realizou sua pesquisa, em 1956, o autor constatou que haviam 22 parteiras registradas na Unidade Sanitária, das quais apenas 4 delas haviam comparecido à todas as aulas, correspondente a três preleções, ministradas no mês de fevereiro; 5 parteiras assistiram a duas aulas e 7 assistiram a uma aula.

Entretanto, apesar das dificuldades encontradas na adesão desse grupo às práticas sanitárias, em meio às críticas e ao estranhamento sobre a qualidade e o tipo de atendimento prestado pelas ‘curiosas’ às gestantes e aos recém-nascidos; o trabalho dessas parteiras aparecia ‘bem aproveitado’ pelo *SESP*,

segundo revelado pelos relatórios trimestrais consolidados apresentados pela Instituição. Tais documentos trouxeram testemunhos muito interessantes sobre o perfil da assistência materno-infantil desenvolvida nas áreas de abrangência dos programas sanitários do *SESP*.

Os dados que enfocam a “Higiene Materna” traz um recorte detalhado sobre a assistência promovida pelas parteiras “curiosas”. A partir desse recorte foi possível a elaboração de três quadros comparativos, conforme apresentaremos a seguir. Utilizamos como fonte o relatório consolidado do *SESP* referente ao período do segundo trimestre (abril, maio e junho) de 1951 relativos aos Programas da Amazônia, do Nordeste, da Bahia e do Rio Doce (Ministério da Educação e Saúde, 1951). Os dados apresentados pelo *SESP* tiveram por base o universo de gestantes matriculadas nas Unidades Sanitárias da Instituição.

Tabela 9 - Quadro do número de curiosas nas áreas dos programas sanitários do SESP em 1951.

Perfil das parteiras	Programas Sanitários do <i>SESP</i>			
	Amazônia	Nordeste	Bahia	Rio Doce
Curiosas existentes	157	31	—	148
Curiosas registradas no <i>SESP</i>	124	20	5	144

Fonte: Relatório do Serviço Especial de Saúde Pública: Higiene Materna. Segundo trimestre, 1951. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Inventário do Fundo SESP, doc. 2, caixa 92.

Tabela 10 - Quadro de modalidade de assistência ao nascimento nas áreas dos programas sanitários do SESP em 1951.

Modalidades de assistência ao nascimento	Programas Sanitários do <i>SESP</i>			
	Amazônia	Nordeste	Bahia	Rio Doce
Partos hospitalares	75	16	8	80
Partos fora do hospital	541	424	204	372
Sem assistência	13	12	7	2

Fonte: Relatório do Serviço Especial de Saúde Pública: Higiene Materna. Segundo trimestre, 1951. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Inventário do Fundo SESP, doc. 2, caixa 92.

Tabela11 - Quadro dos agentes prestadores de assistência ao nascimento nas áreas dos programas sanitários do SESP em 1951.

Agentes da assistência ao nascimento fora do hospital	Programas Sanitários do <i>SESP</i>			
	Amazônia	Nordeste	Bahia	Rio Doce
Médico do <i>SESP</i>	18	6	1	26
Médico particular	4	3	7	26
<i>Curiosa</i> registrada no <i>SESP</i>	438	315	116	285
<i>Curiosa</i> sem registro	81	100	80	35

Fonte: Relatório do Serviço Especial de Saúde Pública: Higiene Materna. Segundo trimestre, 1951. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Inventário do Fundo SESP, doc. 2, caixa 92.

Uma análise dos dados apresentados nos permite concluir que os nascimentos qualificados pelo *SESP* como “fora do hospital”, segundo demonstramos no segundo quadro dessa série, são representativos do parto domiciliar: um acontecimento que podia ter lugar na casa da parturiente ou de familiares.

Os dados nos apontaram que os nascimentos fora do hospital eram um padrão social predominante, nas localidades e no período abordado. Esses nascimentos foram assistidos, majoritariamente, pelas parteiras “curiosas”. Outro dado interessante é não haver nesse relatório nenhum registro de óbito materno ou de recém-nascido, embora tenhamos encontrado o registro de dois casos de infecção puerperal, contudo, não haviam dados sobre o assistente e qual havia sido o local de ocorrência do parto. Isso nos parece singular, para uma instituição como o *SESP*, que possuía um alto nível de organização e se mostrava bastante preocupado com os indicadores de saúde do grupo materno-infantil. Se não ocorreram óbitos ou acidentes relacionados à assistência ao nascimento, nesse período, e diante de tantos partos assistidos por “curiosas”, há que se supor que elas não era assim tão nefastas, conforme frequentemente denunciavam os vários tipos de discursos originados no meio médico/sanitário.

Assim, atuando em meio ao processo de estruturação de uma ordem médico-sanitária voltada para as populações rurais, as parteiras em contato com o *SESP* trabalharam situadas entre a condescendência e a intolerância dos profissionais da instituição. A realidade social e o aporte cultural das parteiras era composto por elementos que as faziam dotadas de uma menor valia social, segundo a visão da cultura médico-científica, para serem alvos de investimentos mais amplos, no sentido de melhoria do seu nível educacional e sócio econômico.

A visão predominante da medicina científica sobre esse grupo incorporava uma carga grande de preconceitos, motivados pelo estranhamento sobre o modo de assistência tradicionalmente executado pelas parteiras, no exercício do seu ofício. Além disso, pesava ainda sobre elas um conceito, perpetuado no meio da medicina oficial, desde pelo menos o século XIX, de que como um grupo formado por mulheres “analfabetas e ignorantes”, elas estariam incapacitadas para a assistência ao parto e ao recém-nascido.

Parteiras “curiosas” em imagens

Diante das fotos de Evandro Teixeira

A pessoa, o lugar, o objeto
estão expostos e escondidos
ao mesmo tempo só a luz,
e dois olhos não são bastantes
para captar o que se oculta
no rápido florir de um gesto.

É preciso que a lente mágica
enriqueça a visão humana
e do real de cada coisa
um mais seco real extraia
para que penetremos fundo
no puro enigma das figuras.

Fotografia - é o codinome
da mais aguda percepção
que a nós mesmos nos vai mostrando
e da evanescência de tudo,
edifica uma permanência,
cristal do tempo no papel(...)

(Carlos Drummond de Andrade (2001), *in* “Amar se aprende amando”)

O *SESP* atuou no treinamento de parteiras curiosas em contextos sociais diversos, abrangendo de Norte a Sul do Brasil. Essa capacitação teve uma periodização longa. Os registros fotográficos, bem como os demais documentos consultados, indicam que os treinamentos foram desenvolvidos de maneira mais sistematizada durante o período de maior influência e prestígio da instituição no meio da saúde pública brasileira, entre os anos 40 e 60.

Os registros fotográficos enfocando as parteiras treinadas pelo *SESP* constituem-se em valioso acervo documental, evidenciando a abrangência de ação da instituição numa modalidade de treinamento técnico voltado para a educação sanitária, e como esse processo foi desenvolvido ao longo dessas três décadas.

O primeiro grupo de imagens que apresentamos (fig. 27-30) diz respeito ao registro dos momentos da convivência, com fins didáticos, entre as parteiras “curiosas” e as visitadoras. São imagens bastante representativas dos propósitos de ação do *SESP*, da pedagogia de suas capacitações e dos espaços sociais onde se estabelecia o contato dos agentes sanitários da instituição com as parteiras.

Nas próximas imagens observamos as parteiras “curiosas” treinadas na região norte brasileira - espaço alcançado pelas primeiras ações sanitárias do *SESP*- o foco do registro era o processo de formação do grupo das visitadoras sanitárias. As fotografias dessas parteiras não são numerosas, quando comparadas aos registros fotográficos das visitadoras sanitárias e auxiliares hospitalares.

Na imagem abaixo temos uma fotografia apresentando as parteiras curiosas, as visitadoras e o médico. A legenda, em inglês, explica que semanalmente as parteiras assistem aulas ministradas pelas visitadoras ou pelo médico.

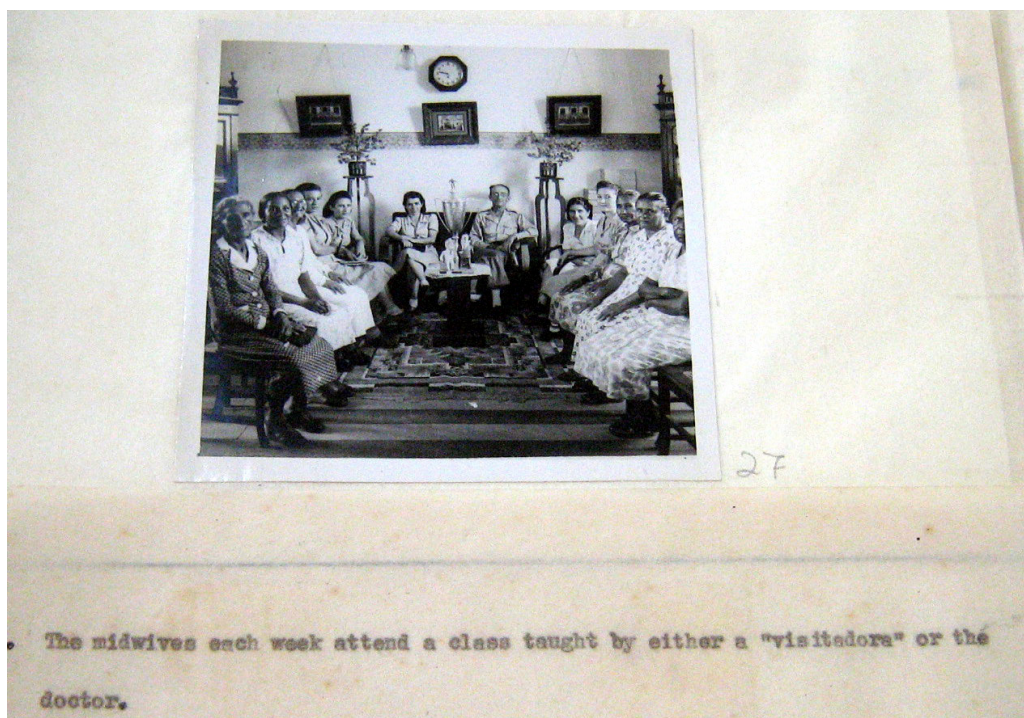


Figura 27- Grupo de parteiras curiosas com as visitadoras e o médico

Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. “Recordações do Projeto”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo *SESP* I. Caixa 14, doc 43.

A legenda da figura a seguir informa que as visitadoras demonstram às parteiras, durante o “curso para parteiras”, uma técnica simples de lavagem das mãos com a finalidade de prevenir contaminações e suas consequências

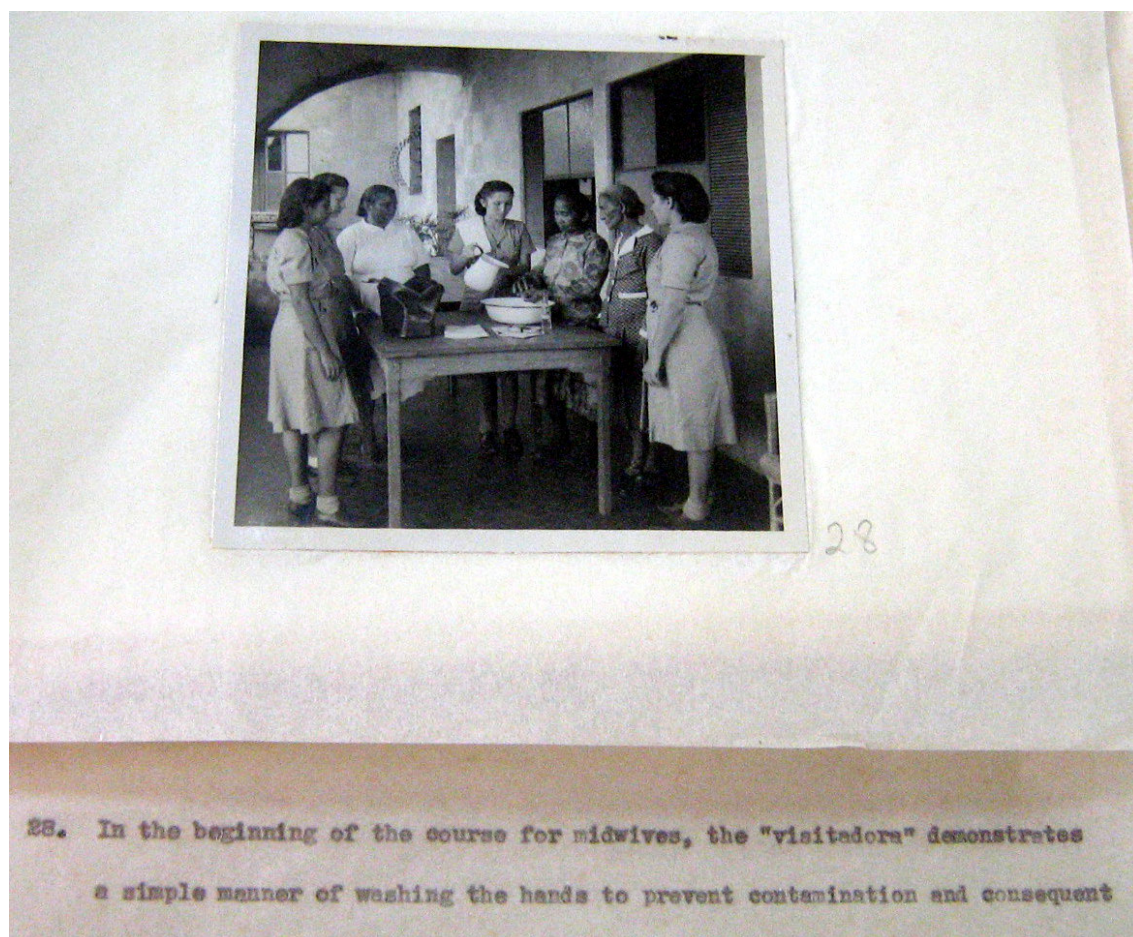


Figura 28 - Demonstração às parteiras. Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944- /47. “Recordações do Projeto”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43.

Nas duas imagens a seguir, a fotografia registrou o uso da 'bolsa da parteira', ofertada às 'curiosas' pelo *SESP*, após o treinamento. A legenda explica que a bolsa contém o material essencial para assistência ao parto.

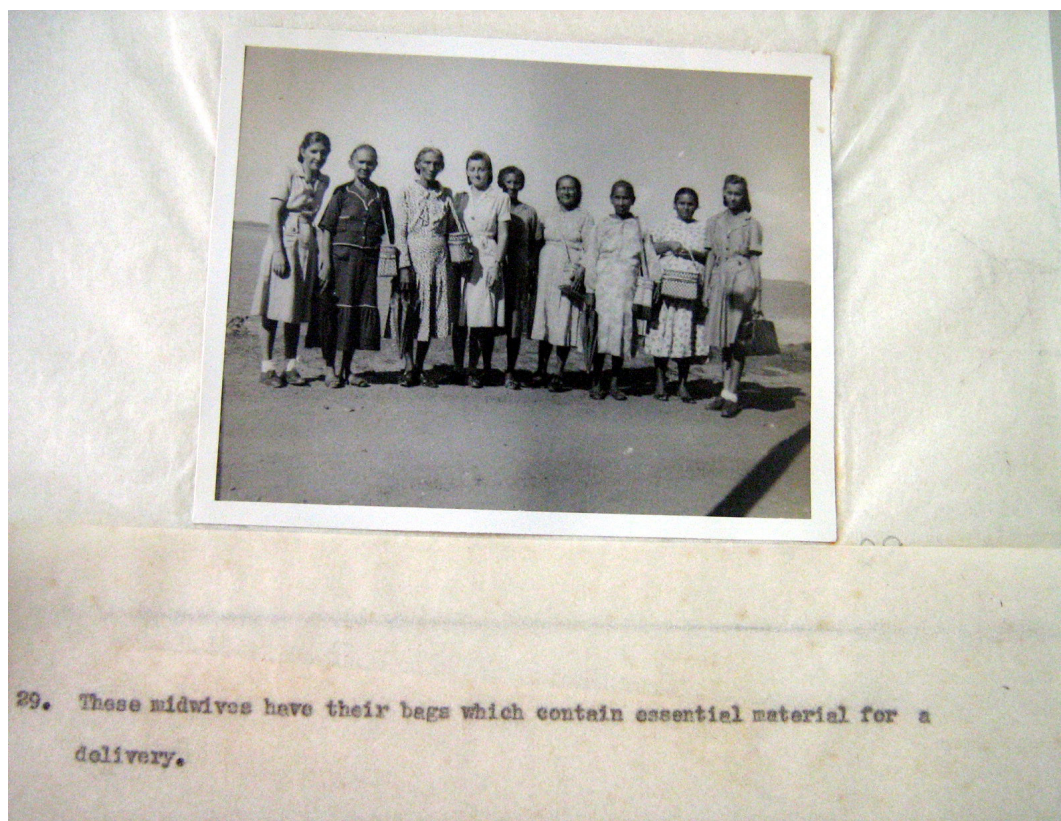


Figura 29 – Parteiras com a bolsa de trabalho. Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. “Recordações do Projeto”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43.



Figura 30 – Parteiras com a bolsa de trabalho. Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. “Recordações do Projeto”. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43.

Nas próximas imagens (31-33) foram registrados os treinamentos de parteiras no contexto do “Projeto para os Distritos Sanitários da Fronteira Sudoeste do Paraná”¹³⁶.

Distanciadas pelo tempo e pelo contexto social, as imagens dos grupos capturados nas fotografias mostra algumas diferenças e semelhanças entre as parteiras do Norte e aquelas da região Sul.

A linha comum que une os dois grupos encontra-se na representação do papel social e cultural desempenhado por essas parteiras “curiosas”. Constituídas num perfil exclusivamente feminino, elas fizeram parte de um grupo com

¹³⁶ O “Projeto SC-FSP 35: Distritos Sanitários da Fronteira Sudoeste do Paraná”, iniciado em janeiro de 1961, foi parte dos projetos de cooperação firmados nos anos 1960, entre o governo do Estado do Paraná e a Diretoria Regional do Sul da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). Ver: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I: seção 2 (documentos diversos) dossiê 1, caixa 8, pasta 2, doc 71.

legitimação popular. Eram mulheres importantes no meio em que atuavam. Porém, ao lhes faltar uma profissionalização formal, elas se tornaram um alvo prioritário do processo de higienização proposto pela organização sanitária do *SESP*.



Figura 31 — Aula às Curiosas do Paraná. Projeto N° SL-FSP-35: Distritos Sanitários da Fronteira Sudoeste do Paraná. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I: seção 2 (documentos diversos) dossiê 1, caixa 8, pasta 2, doc 71.



Figura 32 - Aula Prática para curiosas da U.S Pato Branco. Projeto N° SL-FSP-35: Distritos Sanitários da Fronteira Sudoeste do Paraná. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I: seção 2 (documentos diversos) dossiê 1, caixa 8, pasta 2, doc 71.



Figura 33 - Projeto Nº SL-FSP-35: Distritos Sanitários da Fronteira Sudoeste do Paraná. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo SESP I: seção 2 (documentos diversos) dossiê 1, caixa 8, pasta 2, doc 71.

As fotografias registraram didaticamente os momentos de aproximação entre as parteiras e os profissionais sanitários do SESP/FSESP. A intenção era documentar algumas ações relacionadas aos “treinamentos” das parteiras, destacando a participação nos cursos, a presença dos profissionais sanitários e a importância da *bolsa da parteira*. Parte importante da estratégia de controle veiculada pelos representantes do SESP, a *bolsa* era apresentada como um tipo de *status* e um modo de validação oficial dessa parteira através da via sanitária.

A relação estabelecida entre o SESP e as parteiras “curiosas” foi mediada por um conjunto de estratégias tendo como propósito vigiar, controlar e transformar as suas ações, utilizando como mediação a educação sanitária.

Consideramos que toda a racionalidade que embasava as técnicas de aproximação do *SESP* junto ao grupo das parteiras pode ser comparada ao processo de *anticonquista*, conforme o conceito elaborado por Mary Louise Pratt (1999).

Ao interpretar as condutas e modos de aproximação de representantes da cultura europeia dos séculos XVIII e XIX, quando em contato com grupos culturais diferenciados, no intuito de exercer a dominação, Mary Louise Pratt identificou a utilização de métodos de conquista que denotavam uma aparência não autoritária, contrárias à dominação através da força física. Entretanto, eram práticas de dominação exercidas através de apropriações do “outro” e dos seus bens materiais e culturais, marcados por comportamentos sociais permeados de violências simbólicas. Um processo desenvolvido com vistas a comprovar a superioridade de uma cultura sobre a outra e assim, dominar os grupos sociais vistos como inferiores, incorporando alguns dos seus hábitos sociais e conceitos, porém dando-lhes novos usos e significados.

No caso abordado em nossa pesquisa, a estratégia de *anticonquista* se expressava a partir do princípio de que era necessário ganhar a confiança da parteira, conhecer o seu sistema de crenças, o seu processo de trabalho e a sua clientela, capacitá-la para atuar segundo métodos e princípios da medicina científica, para posteriormente, se apropriar do seu ofício e do seu espaço de atuação, modificando-o segundo as teorias e práticas científicas modernas. Um trabalho visando a higienização da assistência ao parto, executado sob o comando institucional de enfermeiras, apoiadas logisticamente pelas visitadoras sanitárias a serviço do *SESP*.

Os mecanismos de controle do ofício da parteira “curiosa” e o propósito de viabilizar a sua adequação à missão sanitária do *SESP*, foram executados sem incorporar oficialmente o grupo ao elenco das categorias dos profissionais de nível auxiliar da Instituição. O real sentido das ações de treinamento, segundo os documentos consultados que abordaram os princípios, objetivos e justificativas para a higienização das “curiosas”, era desmotivar a prática exercida usualmente pelo grupo, enquanto se aproveitava os seus serviços na execução de programas materno-infantis.

O *SESP* sabia que a relação com as “curiosas” não podia ser de enfrentamento ou proibição. A Instituição estava ciente de que grande parte da

população das comunidades atendidas pelas parteiras não aceitaria a privação da assistência prestada por elas. Além disso, a realidade sobre a assistência à saúde nas áreas rurais do Brasil mostrava que o limite máximo de penetração da medicina científica estava representada pela medicalização exercida, usualmente, pelo prático de farmácia (FONTENELLE, *op.cit.*). De modo que, era recorrente nos discursos de enfermeiras e sanitaristas, apontar a escassez de técnicos profissionais e auxiliares bem preparados para executar as ações de higiene materno-infantis propostas pela Instituição.

Nesse contexto, as curiosas eram vistas como elementos que causavam certos bloqueios no caminho das ações sanitárias da Instituição, mas ao qual não se devia *combater* de modo direto, e sim *aproveitar* o seu trabalho. Enfim utilizar, na medida do possível, o prestígio e influência das parteiras junto às comunidades, transformar seu tradicional modo de cuidar da saúde numa ação sanitária, sem contudo deixar de exercer o controle sobre elas.

Outrossim, não encontramos, nesse processo de treinamento das parteiras “curiosas” executado pelo *SESP*, qualquer indício de projetos manifestando a intenção em ampliar a escolarização desse grupo. Nem tampouco, existem evidências de iniciativas que visassem, de modo mais direto, a melhoria da condição social e econômica do grupo das parteiras “curiosas”. Estamos nos referindo ao caso de se garantir uma remuneração financeira pelo trabalho realizado ou mesmo ofertar algum tipo de subsídio financeiro, como uma bolsa de estudos, para que participassem dos treinamentos propostos, conforme acontecia no processo de formação das visitadoras sanitárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, as reformas que tiveram lugar nas áreas de saúde e educação públicas foram implementadas numa escala mais ampla a partir dos anos 1920. As atividades de educação sanitária da população, uma prioridade na agenda das autoridades do Ministério da Educação e Saúde Pública, criado em 1930, passaram a ser majoritariamente executadas por um segmento profissional feminino. Nesse contexto, havia uma preocupação com a educação feminina, no sentido de tornar as meninas aptas, durante a escolarização formal, para exercer as funções de servir e de cuidar. A questão da salvação nacional, proposta pela via da higienização da população, valorizava o trabalho maternal feminino. Exercido no lar ou em instituições públicas, o cuidado feminino junto aos mais necessitados fizeram parte dos ideais de reforma social e uniu cientistas, políticos, intelectuais e algumas mulheres oriundas das classes mais abastadas num movimento em prol da civilidade da população brasileira.

O diálogo estabelecido entre os representantes da saúde e da educação vinha embasado, de um lado por um pensamento reformista educacional que atribuiu à escola um papel relevante na intervenção social na perspectiva de acelerar as mudanças sociais num sentido pré-determinado, e pelo lado da saúde os sanitaristas, apoiados pelo que consideravam um diagnóstico nacional sobre a (péssima) situação de saúde da população brasileira, diagnóstico esse trazido pelo trabalho de campo dos sanitaristas viajantes, defendiam a idéia de uma ampla intervenção do Estado. Os intelectuais médicos e educadores propugnavam pelo mesmo objetivo geral: o aprimoramento físico, mental e educacional da população brasileira, tendo em vista o desenvolvimento e a integração nacionais. Para esse grupo o saneamento do Brasil passava, portanto, por uma questão social mais ampla que requeria o fortalecimento da intervenção estatal através de medidas de incremento e reforma na formação de pessoal técnico em saúde e educação, investindo, em médio prazo, ao mesmo tempo

numa ampla reforma na prestação de assistência à saúde, na reformulação dos propósitos educacionais e no espaço físico da escola.

Havia se tornado um sentimento comum entre importantes intelectuais da época, que representavam uma linha de pensamento social progressista e liberal, a crença otimista nos recursos da ciência, principalmente a moderna medicina experimental, como um meio de proporcionar medidas eficazes para o controle de doenças, responsabilizadas pela inaptidão de certos grupos constituintes do povo brasileiro para o desenvolvimento do trabalho e da aprendizagem.

A cooperação entre os setores de saúde e de educação indicava, portanto, um caminho comum para a solução dos problemas brasileiros, porém sem confusão de papéis. Para as ações de saúde se propunha uma intervenção, além do tratamento medicamentoso do corpo físico dos doentes ou das pesquisas das doenças, mas incluía, sobretudo, uma ação higiênica no ambiente doméstico e familiar e também no ambiente de trabalho de populações alvo, tais como homens e mulheres trabalhadores do meio urbano e rural. As mulheres em geral, e as crianças, foram se constituindo num foco privilegiado de atenção.

No caso das mulheres, a prioridade se explicava pelas especificidades das situações de gravidez e parto. As mulheres em geral eram vistas pelos reformadores da sociedade como uma matriz geradora de futuros e preferencialmente saudáveis cidadãos. No caso das ações de educação, o desafio proposto para a escola era principalmente resolver a questão da ampliação do acesso ao mundo letrado de pessoas oriundas dos segmentos populacionais mais pobres, coordenando, moldando e dinamizando a preparação de “futuros cidadãos” para a construção de uma nação moderna e desenvolvida, numa expectativa de superação eugênica das desigualdades raciais/sociais e de gênero. Nesse sentido, o incremento da escolarização feminina tinham o intuito de preparar as mulheres para o desempenho dos papéis sociais que lhe eram atribuídos – no âmbito de uma visão moderna e científica – numa perspectiva de união entre as novas e as antigas atribuições femininas.

Os anos posteriores à criação do Ministério da Educação e Saúde Pública foram marcados pela estruturação de um modelo sanitário praticado nos Estados Unidos - presentes no Brasil desde os anos 1910 pela via da Fundação Rockefeller - redimensionados através de projetos e ações implementados pelo *SESP*. O intercâmbio nos campos da saúde e do saneamento proporcionados pelas

assinaturas dos acordos bilaterais que deram origem ao SESP, nos anos 1940, trouxe ao movimento sanitário brasileiro novas perspectivas de ação, ao materializar um modo de assistência à saúde idealizado pelos higienistas nos anos anteriores.

Com a criação do *SESP*, o movimento sanitário contou com um modo estratégico próprio de materializar a ocupação sanitária dos “sertões” do Brasil, resultando no preenchimento de espaços de ausência do poder público, conforme havia sido propalado nos discursos de higienistas e cientistas sociais de diferentes vertentes ideológicas¹³⁷. Espaços estes não apenas geográficos, mas sobretudo sociais.

O *SESP* propiciou a criação de um grupo sanitário homogêneo, com um profundo sentimento corporativo e que se movimentou sem uma plataforma política típica do movimento sanitário dos anos 1920. Basta ver pelos seus atores, seus líderes e protagonistas, que se comportavam e agiam como no sentido de se instituírem como uma elite de gestores, executores e agentes de políticas da saúde pública.

Com a proposta sanitária implementada pelo *SESP* foi ampliada à abertura de uma variedade de profissões femininas no campo institucional da saúde pública (enfermeira, educadora sanitária, visitadora sanitária, auxiliar de maternidade, auxiliar de higiene dental, por exemplo). Tais profissões eram valorizadas pelo Estado e consideradas de grande relevância para construção da nação brasileira.

As ações do *SESP* tiveram grande relevância para a inclusão, em grande escala, desses novos “trabalhos femininos” - criados e realizados sob a tutela do Estado desde os anos 20 – constituindo-se num processo que podemos definir como uma “emancipação sob tutela”, em concordância com o conceito utilizado pela historiadora Rose-Marie Lagrave (1991), ao discutir a situação de trabalho, educação e direitos sociais das mulheres na Europa no decorrer do século XX. Esse tipo de emancipação social feminina mediada pelos órgãos de Estado vinha de encontro ao movimento de saída de mulheres para trabalhos mais especializados. Representava o local ideal de exercício laboral feminino, pois que permitia as situações de conciliação da maternidade, do casamento, com as

¹³⁷ Sobre a chegada do movimento sanitário nos “sertões” do Brasil ver Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman(2004).

funções laborais, muitas delas também identificadas com uma maternagem social. A tutela do estado representava um modo de garantir a proteção institucional da maternidade e da infância, destinando às mulheres um espaço de trabalho fora da competitividade do mercado de trabalho privado.

A participação dos grupos das educadoras e visitadoras sanitárias, como agentes femininas de saúde pública, em ações de cuidados materno-infantis, tinha por propósito controlar, restringir e transformar, na medida do possível, o modo de atuação de agentes cuidadores não-científicos, como era o caso das parteiras *curiosas*. É interessante observar, numa perspectiva temporal mais ampla, que com as reformulações da saúde pública desencadeadas ao longo do século XX, os grupos de educadoras e visitadoras sanitárias foram se extinguindo profissionalmente, ou transformadas na figura genérica do “agente de saúde”, ao passo que as parteiras *curiosas* representam um grupo que marca a sua permanência na sociedade brasileira até os dias atuais.

Ao analisarmos a situação e os modos de inserção das parteiras profissionais na assistência pública nesse período, consideramos extremamente contraditório o investimento dos órgãos de saúde pública, na criação de novas profissões femininas, voltadas especialmente para atendimento ao grupo materno-infantil.

No Brasil, o grupo das parteiras diplomadas, constituído e atuante desde o século XIX, não representou, no meio da saúde pública, o ‘grupo eleito’ para as reformas sociais propostas no âmbito da saúde. As parteiras profissionais tiveram participação limitada nos projetos sanitários. Acreditamos que o apoio à formação de enfermeiras especializadas em obstetrícia – definido pelas autoridades sanitárias, viabilizadas pelas autoridades legislativas, defendidas por influentes atores do meio médico e por segmentos profissionais ligados ao clero católico, e os grupos corporativos de enfermeiras – formam um quadro explicativo coerente para a tímida incorporação das parteiras profissionais nas ações de saúde pública. Fatores que contribuíram para a finalização da formação profissional do grupo nos anos 1970.

Embora tenhamos conhecimentos da existência de outros grupos de parteiras legalmente certificadas para o exercício profissional¹³⁸; a historiografia e as fontes documentais consultadas durante a pesquisa nos direcionou para a investigação dos grupos das parteiras diplomadas e das parteiras curiosas. Foram grupos femininos importantes, através dos quais foi possível perceber as mudanças de padrões culturais e sociais, e o lugar ocupado pelos segmentos profissionais femininos no processo de crescente profissionalização e medicalização dos cuidados relativos à saúde.

¹³⁸ A exemplo das parteiras práticas que após dois anos de exercício comprovado em estabelecimento hospitalar, podiam se submeter a exames de habilitação, conforme previa o Decreto nº 8.778 de 22 de janeiro de 1946 -

BIBLIOGRAFIA

FONTES PRIMÁRIAS

Arquivos

Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro.

Arquivo do acervo pessoal da Prof^a Marilanda Lima.

Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ – Rio de Janeiro- Fundo SESP.

Biblioteca Central do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Biblioteca da Academia Nacional de Medicina.

Biblioteca Central da Universidade Federal Fluminense.

Biblioteca do Palácio do Vimioso da Universidade de Évora- Portugal

Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora - Portugal .

Biblioteca do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora – Portugal.

Biblioteca do Instituto Nacional de Estatística de Portugal – Delegação de Évora.

Departamento de Arquivo e documentação da Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ – Rio de Janeiro- Fundo SESP.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf. Consultas de versão em 17/08/2009.

Revistas, Jornais e Periódicos

Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, IBGE: Conselho Nacional de Estatística, 1957.

Anuário Brasileiro de Educação de 1964. Ministério da Educação e Cultura: Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos, Rio de Janeiro, 1966.

Arquivos de Higiene do Departamento Nacional de Saúde

Revista Brasileira de Enfermagem:

Boletim do Departamento Nacional da Criança

Boletim do Instituto de Puericultura Martagão Gesteira

Boletim do SESP : 1ª ed. dez. de 1943; nº 7 de março de 1944; edições de jan. a dez de 1948 e jan. a dez. de 1949; novembro de 1952; março de 1953, maio de 1954; março d 1961; maio/junho de 1971.

Impressos

ABen. Editorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Ano X, número 3, setembro de 1957.

ALVIM, Emengarda de Faria. Quinze anos de enfermagem no serviço especial de saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Ano XII, número 2, p.143-159, 1959.

BARRETO, J. de Barros & FONTENELLE, J. P. O Systema de Centros de Saúde no Rio de Janeiro. **Arquivos de Higiene**. Ano V, nº 1, p. 83-115, jun 1935.

BARRETO, João de Barros. Um programa mínimo para os dois problemas máximos de saúde pública no Brasil. **Arquivos de Higiene**. V. 8, n.1, p. 15-16, fev 1938.

_____. Medicina curativa em meio rural e suas relações com os serviços de saúde pública. **Arquivos de Higiene**. V 9, p. 6-29, fev 1942.

_____. A organização da Saúde Pública no Brasil. **Arquivos de Higiene**. Ano 12, n.2, p.169-215, ago 1942.

_____. O Departamento Nacional de Saúde em 1943. **Arquivos de Higiene**, ano 12, n. 1 e 2, abril-agosto, 1944, p. 58-126.

BRASIL. Conselho Nacional de Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Rio de Janeiro,1957. Acervo da Biblioteca Central da Universidade Federal Fluminense.

_____. FSESP. Plano de Curso para Formação de Visitadora Sanitária – 1964 - p.94. Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1954. Ano: 1956 p. 329. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1955. Ano: 1957, p.340. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1956. Ano:1958, p. 345. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1957. Ano:1959 p. 342. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1959. Ano:1961, p. 350. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1960 Ano:1962, p. 273. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1962 Ano:1964, p. 280. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1963. Ano:1965, p. 325. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1965 Ano:1967, p. 443. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Situação Social. Inquérito Sindical de 1967 Ano:1969, p. 527. Disponível em http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf.

_____. Ministério da Educação e Saúde. Relatório do Serviço Especial de Saúde Pública: Higiene Materna. Segundo trimestre, 1951. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Inventário do Fundo SESP , doc. 2, caixa 92.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Anuário Brasileiro de Educação de 1964. Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos: Rio de Janeiro, 1966. Acervo da Biblioteca Central da Universidade Federal Fluminense.

_____. Ministério da Saúde. Boletim do Departamento Nacional da Criança. “Assistência Obstétrica Domiciliar”. 1964, p.15-16.

COSTA, Clóvis Corrêa da. Inquérito clínico sobre a mortalidade no Rio de Janeiro; meios de corrigi-la. **Arquivos de Higiene**. Ano IV, n.1, p.187, janeiro 1930.

_____. **Puericultura**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

_____. **Puericultura e Maternidade**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943.

DE LAMARE, Rinaldo. Auxílio à Maternidade. **Boletim do Departamento Nacional da Criança**, p.43-46, 1965.

FRAENKEL, Edith. Histórico do Serviço de Enfermeiras do DNSP. **Revista Brasileira de enfermagem**. V.5, n.3, p.283-287, dez. 2001 [Republicação do artigo original publicado no Annaes de Enfermagem, vol.4, p.14-17, abril de 1934].

FONTENELLE, Luiz Fernando Raposo. **Aimorés - análise antropológica de um programa de saúde**. DASP: Serviço de Documentação, 1959. Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Fundo SESP.

JORGE, Dilce Rizzo. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. 1974. Tese (Concurso de Livre Docência) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro.

JUNIOR, Aquilles Scorzelli. Mortalidade Infantil em João Pessoa. **Arquivos de Higiene**. V. 9, p. 21-49, fev. 1942.

JÚNIOR, Novelli. Projeto de lei n.2640-52 – Projeto de lei dispendo sobre a formação de obstetrizes e parteiras. **Anais de Enfermagem**. Ano 7, n. 3, p. 267-300, 1954.

NASCIMENTO, Alfredo. Centenário de Madame Durocher. **Revista Syniátrica**. N. 8, p. 122, 1916.

OLINTO, Mário. Instituto Nacional de Puericultura. **Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança**. Ano 2, n. 8, p.17-20, mar. de 1942.

PINHEIRO, Maria Rosa S. .Sessão de Instalação – Discurso da Presidente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Ano X, n. 4, p. 312-318, dez.1957.

_____ Relatório da Presidente: outubro 1956 - outubro 1957. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Ano X, n. 4, p. 321-334, dez. de 1957.

_____.Formação e controle de parteiras na Inglaterra. **Anais de Enfermagem**. Ano VII, n. 3, p.248-266, 1954.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde de 1969. Lisboa: Ramos, Afonso & Moita Lda, 1970.

_____Estatísticas da Saúde de 1979. Lisboa: Sociedade Tipográfica LDA, 1980.

_____Estatísticas da Saúde de 1989. Lisboa: Papelaria Fernandes –Ind. e Com. S.A., 1990.

_____. Estatísticas da Saúde de 1999. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2001.

_____. Ministério das Corporações e Segurança Social. Classificação Nacional das Profissões (versão provisória). Lisboa: Edições do F.D.M.O., 1974.

_____. Ministério do Trabalho. Secretaria de Estado do Emprego. Classificação Nacional das Profissões, p. 35, versão 1980.

_____. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Instituto do Emprego e da Segurança Social, "Classificação Nacional das Profissões", p. 177, versão 1994.

_____. VIII Recenseamento Geral da População no Continente e Ilhas adjacentes em 12 de dezembro de 1940, vol I, Lisboa: Imprensa Nacional, 1945.

_____. IX Recenseamento Geral da População no Continente e Ilhas adjacentes em dezembro de 1950, tomo III, vol I, Lisboa: Bertrand (Irmãos) Lda, 1953.

_____. X Recenseamento Geral da População no Continente e Ilhas adjacentes em dezembro de 1960, vol 1º, Porto: Manufatura Modesta, 1964.

_____. XI Recenseamento Geral da População no Continente e Ilhas adjacentes em setembro de 1970. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Serviços Centrais, 1970.

_____. XII Recenseamento Geral da População; II Recenseamento Geral da Habitação de 1981. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1984.

RESENDE, Marina de Andrade. Considerações sobre a Enfermagem Obstétrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Ano XII, nº 1, p.51-57, março de 1959.

SILVA, Madre Maria de Fátima G. da Silva. A enfermagem obstétrica na realidade brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Ano XVIII, nº 4, p. 257-287, outubro de 1965.

Datilografados

BRASIL. FSESP. Curso de Visitadoras Sanitárias de Curitiba – Paraná - : Relatório fotográfico do Curso de Visitador Sanitário. Julho a dezembro de 1964. Fundo SESP I, caixa 89, pasta 9, dossiê 10. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. BASTOS, Nilo Chaves de Brito. Relatório Anual da Divisão de Educação e Treinamento apresentado em 1965. Fundo SESP I, caixa 15, n.48. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. SESP. CANDAU, M.G & SILVA, Orlando J. da. **Educação Sanitária e seu papel na luta contra as grandes endemias**: observações colhidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública. Fundo SESP I, caixa 12, doc 14. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Carolina L. de Moraes. Relatório mensal do serviço de enfermagem do mês de março de 1947- Posto de Itacoatiara, p.1. Fundo SESP I, caixa 11, doc 12. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Enedina Azevedo Ferreira. Relatório Mensal do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública em Santarém mês de outubro de 1946, p.1 - 2. Projeto: AM-SAN-12B, 1944/1947. Fundo SESP I, caixa 14, doc 43. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Lydia Duarte Damasceno. Relatório do mês de janeiro de 1946- AM-ITA-12B . Fundo SESP I ,caixa 11, doc 12, p.1. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz- Fiocruz. Departamento de Arquivo e documentação.

_____. Maria Teresa Francisca. Relatório do Curso de Visitadoras Sanitárias - Diretoria Regional do Sul. Inventário SESP, caixa 89, pasta 9, dossiê 10. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.:

_____. Manual do Curso de Visitadora Sanitária em Colatina Espírito Santo 1946/47 Programa do Rio Doce. Relatório final do Projeto "RD-COL-12B". Fundo SESP I, caixa 96, dossiê 28. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Manual do Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. Projeto: "AM-SAN-12B - 1944-47". Fundo SESP I, caixa 14, doc 43. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Manual do Curso para Visitadoras Sanitárias em Pirapora. Projeto "MG-BHO-33"-1952/62: Formação de Pessoal Profissional e auxiliar na área de trabalho do Est. de Minas. Fundo SESP I, caixa 15, doc 47, dossiê 1. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Projeto Nº SL-FSP-35: Distritos Sanitários da Fronteira Sudoeste do Paraná – 1961. Fundo SESP I: seção 2 (documentos diversos) dossiê 1, caixa 8, pasta 2, doc 71. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Relatório do mês de junho de 1946 e Relatório do mês de julho de 1946 do Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém, PA. Projeto: AM-SAN-12B, 1944/1947. Fundo SESP I, caixa 14, doc 43. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Relatório do mês de abril de 1946. Curso para Visitadoras Sanitárias. Santarém.PA. 1944-/47. Fundo SESP I. Caixa 14, doc 43. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação.

_____. Termo de encerramento e Sumário final do Projeto nº AM-MAN-33: Formação de Pessoal – Cursos para pessoal técnico-administrativo – Manaus, AM. Projeto AM-MAN-33. 1954/1962". Fundo SESP, caixa 14, doc 45. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Departamento de Arquivo e Documentação

FONTES SECUNDÁRIAS

ABREU, Laurinda (ed). **Asistencia y caridad como estrategias de intervención social: Iglesia, Estado y Comunidad (siglos XV-XX)**. Bilbao: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Servicio Editorial, 2007.

ALMEIDA Cybele Crosseti de. **O magistério feminino laico no século XIX**. Teoria & Educação, Porto Alegre, v. 4, p. 159-171, 1991.

AZEVEDO, Nara; FERREIRA, Luiz Otávio. **Modernização, políticas públicas e sistema de gênero no Brasil: educação e profissionalização feminina entre as décadas de 1920 e 1940**. Cadernos Pagú, n.27, 2006, p.213-254.

BARREIRA, Ieda de Alencar & BAPTISTA, Suely de Souza. **A (re)configuração do campo da enfermagem durante o Estado Novo**. Rev. Brás. Enfem., v.55, n. 2, p.205-216, mar./abr. 2002.

BARRETO, António. **A Situação Social em Portugal, 1960-1995**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 1996.

BARRETO, Maria Renilda Nery. **Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista**. Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos, vol.15, nº.4, Rio de Janeiro, Out./Dez.2008.

BARROSO, Iraci de Carvalho. **Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá – histórias e memórias**. 2001. Dissertação – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. **SESP/FSESP:1942- Evolução histórica-1991**. Brasília : Fundação Nacional de Saúde; 1996.

BERQUÓ, Elza; ARAÚJO, Maria José Oliveira; SORRENTINO, Sara Romera. **A transição da fecundidade e o custo em saúde por parte das mulheres: o caso do Brasil.** [relatório de pesquisa]. São Paulo: CEBRAP/FNUAP, 1994.

BESSE, Susan K. **Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil 1914-1950.** São Paulo: EDUSP, 1999.

BRAGA, Isabel M.R.Mendes Drumond. **Nascer nos cárceres do Santo Ofício.** Arquipélago (História), Rev. da Universidade dos Açores, 2ª série, II (1997), p. 435-447.

BRENES, Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil, século XIX.** Cad. Saúde Pública, vol.7, nº.2, Rio de Janeiro, abr./junho, 1991.

_____. **Um olhar brasileiro sobre o caso de Paris:** o conflito parteiras & parteiros e seus desdobramentos no Rio de Janeiro, século XIX. 1996. Tese - Universidade Federal Fluminense, Niterói.

_____. **História da obstetrícia no Brasil:** o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. Revista Médica de Minas Gerais, vol. 15, nº 2, 2008; p. 141-147.

BORST, Charlotte G. **Catching babies: the professionalization of childbirth, 1870-1920.** Cambridge: Harvard University Press, 1995.

CABRÉ, Montserrat y ORTIZ, Teresa (eds). **Sanadoras, Matronas y Médicas en Europa – siglos XII-XX.** Barcelona: Icaria editorial, s.a, 2001

CÂMARA, Sônia de Oliveira. **Reinventando a Escola:** o ensino profissional feminino na Reforma Fernando de Azevedo de 1927 a 1930. 1997. Dissertação, Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CANGUILHEM, Georges. O efeito da bacteriologia no fim das “teorias médicas” do século XIX. In: CANGUILHEM, Georges (org.). **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa: Edições 70, 1977, p.51-70.

CARNEIRO, Marinha Fernandes. **Ajudar a Nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV–XX)**. 2003. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto; Porto.

_____. **A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais**. Revista da Faculdade de Letras, Porto, III Série, vol.6, 2005, p. 69-98.

_____. **A parteira no contexto das Artes de Curar (século XV-XVIII)**. Revista População e Sociedade, Porto, n.4, 1998, p.123-144

CARRACABIRU, Danièle. Les sages-femmes face à l'innovation technique. In *AÏACH, Pierre ; FASSIN, Didier* (dir.). **Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité.**, Paris: Anthropos, 1994, p. 281-308.

CARRILLO, Ana Maria. **Profesiones sanitárias y lucha de poderes em el México Del siglo XIX**. Asclepio - Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia , v. L, n.2, p. 149-168, 1998.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de. **Molde Nacional e Fôrma Cívica: higiene, moral e trabalho no Projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931)**. Bragança Paulista: EDUSF, 1998.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. **Fronteiras em expansão: a história das doenças no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n.6, junho de 2006.

_____. **As origens da Reforma Sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República**. Dados, v.41, n.3, 1998.

_____. Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: um ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto & ARMUS,

Diego (orgs.) **Cuidar, Controlar, Curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 249-294.

_____. **O pensamento sanitarista na Primeira República**: uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

_____. **Os primeiros postos de saúde nos Estados Unidos e no Brasil**: um estudo comparado. Teoria & Pesquisa, n. 40-41, p.137-179. Janeiro-julho de 2002.

_____. **O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro**. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, vol. 4, n. 2, p. 291-324, setembro 2006.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de & FARIA, Lina Rodrigues de. **A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo**. Bragança Paulista: Horizontes, v. 22, n.2, p. 123-150, jul/dez, 2004.

CHALHOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botiquim**: o cotidiano dos trabalhos no Rio de Janeiro da belle époque. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

CHARTIER, Roger. **As utilizações do objeto impresso**. Lisboa: Difel, 1998.

CHERUBIN, Niversindo A. **Profissões de Saúde**: Legislação Federal de 1889 a 1974. São Paulo: Gráfica da Sociedade Beneficente São Camilo; 1975.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Petrópolis: Vozes, 1985.

CUNHA, Neiva Vieira da. **Viagem, experiência e memória: narrativas de profissionais da saúde pública dos anos 30**. Bauru (SP), EDUSC/ANPOCS, 2005.

CYTRYNOWICZ, Roney. **Guerra sem Guerra**: a mobilização e o cotidiano em São Paulo durante a Segunda Guerra Mundial. São Paulo, EDUSP, 2000.

DÁVILA, Jerry. **Diploma de Brancura: política social e racial no Brasil – 1917-1945**. São Paulo: Editora UNESP, 2006

DIAS, Maria Odila Leite da Silva. **Quotidiano e Poder em São Paulo no século XIX- Ana Gertrudes de Jesus-**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FALLANTE, Bárbara de Souza Côrtes & BARREIRA, Ieda de Alencar. **Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30**. Esc. Anna Nery R. Enferm., Rio de Janeiro, v.2, n.3, p. 72-85, dez. 1998.

FARIA, Lina Rodrigues de. **A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas**. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v.9, n.3, p.561- 590, set-dez 2002.

_____. **Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção**. Cadernos Pagú, n.27, Unicamp, julho-dezembro de 2006: p.173-212.

FAURE, Olivier. Les sages-femmes em France au XIX siècle: médiatrices de la nouveauté. In: BOURDELAIS, Patrice et FAURE, Olivier(dir.). **Les nouvelles pratiques de santé: XVIII – XX siècles**. Paris: Belin, 2005, p.157-174.

FERNANDES, Florestan. **Mudanças Sociais no Brasil**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, volume III, 1960.

FERREIRA, Luiz Otávio & FREIRE, Maria Martha de Luna. **Higienismo, Feminismo e Maternalismo: ideologias e práticas de proteção à infância no Brasil, 1899-1940**. Estudos do Século XX, n.5, p. 301-315, 2005.

FERREIRA, F.A. Gonçalves. **História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves: **A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Editora Vício de Leitura, 2002.

FRAGA, Luís Cláudio da Rocha. **História oral e de vida de enfermeiros Obstétricos**.1991.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO), Rio de Janeiro.

FRAGOSO, João Luís. A economia brasileira no século XIX: mais do que uma plantation escravista-exportadora. In: LINHARES Maria Yedda (org.), **História geral do Brasil**. Rio de Janeiro, Campus, 1996, p.145-192.

FREIRE, Maria Martha de Luna. Mulheres, Mães e Médicos: discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 20). 2006. Tese (Doutorado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

GÉLIS, Jacques. **La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie**. Paris: Fayard, 1988.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história** São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

HEINZ, Flávio M. (org). **Por uma outra história das elites**. Rio de Janeiro: Editora FVG, 2006

GLEADLE, Kathryn. **British Women in the nineteenth century**. New York: Palgrave, 2001.

GLEISER, Marcelo. **Criação imperfeita: cosmo, vida e o código oculto da natureza**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

GISSI, Alessandra. **Parteiras e controle da natalidade na Europa do século XX**. Revista Gênero, Niterói, v.6, n.1, p.11-41, 2.sem.2005.

HANNAN, June. Rosalind Paget: the midwife, the women's movement and reform before 1914. In: MARLAND, Hilary & RAFFERTY, Anne Marie(ed.). **Midwives**,

Society and Childbirth: debates and controversies in the modern periode. Londres: Routledge, 1997, p.81-101.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do saneamento:** as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

_____. A Saúde Pública em Tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, Helena (org.). **Constelação Capanema:** intelectuais e políticas. Rio de Janeiro: Editora FGV/Universidade São Francisco, 2001, p.127-152.

HOOSHMAND, Mojgan Sabeti. **Parteiras de Regência, ES:** os múltiplos sentidos do ato de partejar. 2004. Dissertação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HUGON, Anne. Les sages-femmes africaines em contexte colonial: Auxiliaires de L'accouchement ou agents de la médicalisation? Le cas du Ghana des années 1930 aux années 1950. In: BOURDELAIS, Patrice et FAURE, Olivier(dir.). **Les nouvelles pratiques de santé:** XVIII – XX siècles. Paris: Belin, 2005, p.175-193.

KULESZA, Wojciech Andrzej. **A institucionalização da Escola Normal no Brasil (1870-1910).** Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, v.79, n. 193, p. 63-71, set/dez 1998.

LABRA, Maria Eliana. **O movimento sanitaria nos anos 20. da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil.** 1985. Dissertação. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

_____. **Associativismo no Setor Saúde Brasileiro e Organizações de Interesse do Empresariado Médico.** Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.3, n.2, 1993, p.193-225.

LAGRAVE, Rose-Marie. Uma emancipação sob tutela. Educação e trabalho das mulheres no século XX. In: DUBY, Georges & PERROT, Michelle (org). **História das Mulheres no Ocidente.** Porto: Edições Afrontamento, 1991, P.505 -543.

LÉONARD, Jacques. **La médecine entre les savoirs et les pouvoirs.** Paris: Aubier Montaigne, 1981.

LIMA, Nísia Trindade & HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde e muita saúva: sanitarismo, interpretação do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto & ARMUS, Diego (orgs.). **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 493-534.

LOURO, Guacira Lopes & MEYER, Dagmar. **A escolarização do doméstico**. A construção de uma escola técnica feminina (1946-1970). Cad.Pesq., são Paulo, n.87, nov. 1993, p.45-57.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde**. Rio de Janeiro: Difel, 1984

MARLAND, Hilary & RAFFERTY, Anne Marie (ed). **Midwives, Society and Childbirth: debates and controversies in the modern periode**. Londres: Routledge, 1997.

MARQUES, Rita de Cássia. **A imagem social do médico de senhoras no século XX**. Belo Horizonte, Coopmed, 2005.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Entre a benemerência e as políticas públicas: a atuação da Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil no começo do século XX**. Rev. Gênero, v.6, n.1, 2.sem.2005, p.43-60.

_____. **O Estado, As Mães e os Filhos: políticas de proteção à maternidade e à infância na Brasil na 1ª metade do século XX**. Humanitas, v.21, n.1/2, 2005, p.7-31.

MAUAD, Ana Maria. **Através da Imagem: fotografia e História Interfaces**. Tempo, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 1996, p.73-98.

MENDONÇA, Sônia Regina de. As bases do desenvolvimento capitalista dependente: da industrialização restringida à internacionalização. In: LINHARES Maria Yedda (org.). **História geral do Brasil**. Rio de Janeiro, Campus, 1996, p.267-299.

MORANTZ-SANCHEZ, Regina. **A contribuição feminina à teoria e prática da saúde nos Estados Unidos nos séculos XIX e XX.** Niterói, EdUFF, Rev Gênero, v.6, n., 2. sem. 2005, p. 141-156.

MOREIRA, Almerinda & OGUISSO, Taka. **Profissionalização da enfermagem brasileira.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MOREL, Marie-France. **Nathalie SAGE-PRANCHÈRE, Mettre au monde. Sages-femmes et accouchées en Corrèze au XIX^e siècle.** *Clio*, número 29-2009. Disponível em <http://clio.revues.org/index9339.html>. Consulta em 29 de outubro de 2009.

_____. **Histoire de la naissance en France.(XVII^e□XX^e siècle).** Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP) n° 61 / 62, décembre 2007 – mars 2008, p. 22-28.

MOTT, Maria Lúcia. O atendimento ao parto em São Paulo: o Serviço Obstétrico Domiciliar. In: COSTA, Cláudia de Lima & SCHMITD, Simone Pereira (org.) **Poéticas e Políticas Feministas.** Florianópolis: Editora Mulheres, v. 1, 2004, p.113-123.

_____. **Parteiras:** o outro lado da profissão. Niterói, EdUFF, Rev Gênero, v.6, n.1, 2. sem. 2005, p. 117-140.

_____. **Assistência ao parto; do domicílio ao hospital (1830-1960).** Proj. História, São Paulo, n.25, dez. 2002, p. 197-219.

_____. **Reverendo a história da enfermagem em São Paulo.** Cadernos Pagú, n 13, 1999, p. 327-355.

_____. **Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945).** Cadernos Pagú, n. 16, 2001, p.199-234

NAGLE, Jorge. **Educação e sociedade na Primeira República.** Rio de Janeiro, DP&A, 2001.

NASH, Mary & BALLESTER, Rosa (orgs.). **Mulheres, Trabalho e Reprodução. Atitudes Sociais e Políticas de Protecção à vida.** Actas do III Congresso da Associação Ibérica de Demografia Histórica, vol II, Porto: Edições Afrontamento, 1996.

NETTO, André de Faria Pereira. **A Profissão Médica em Questão (1922):** Dimensão Histórica e Sociológica. Cad. Saúde Pública, vol.11, nº.4, Rio de Janeiro, Out./Dez.,1995.

NUNES, Lucília. **Um olhar sobre o ombro:** enfermagem em Portugal(1881-1998). Lisboa:Lusodidacta, 2003.

OGUISSO, Taka. **Tributo a grande líder Maria Rosa Souza Pinheiro.** Rev. Paul. Enf., São Paulo, v.21, n.2, maio/ago. 2002, p. 113-114.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi de. **A questão nacional na Primeira República.** São Paulo: São Paulo, Brasiliense, 1990.

ORTIZ, Tereza. Profissões Sanitárias. In: Isabel Morant (Dir.). **Historia da las Mujeres em España y América Latina. Volume III : Del siglo XIX a los Umbrales del XX.** Madri: Ediciones Cátedra, 2006, p. 523-543.

ORTIZ-GÓMEZ, Teresa; BIRRIEL-SALCEDO, Johanna & OLMO, Rosa Ortega del. **Género, profesiones sanitarias y salud pública.** Granada, Gazeta Sanitaria, n.18 (Supl 1), 2004, p. 189-194.

PARADA, Maurício Barreto Alvarez; MEDEIROS, Helber Renato Feydit de. **Puericultura e políticas públicas de assistência à maternidade e à infância (1930-1945)** [comunicação]. Rio de Janeiro, ANPUH, julho, 2010.

PEREIRA, Maria Luiza Garnelo. **Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazonia.** 1992. Dissertação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

PERROT, Michelle. Sair. In: DUBY, Georges & PERROT, Michelle (orgs.). **História das Mulheres no Ocidente.** Porto: Edições Afrontamento, 1991, p.503-539.

_____. **As mulheres e os silêncios da história.** Bauru, SP: EDUSC, 2005.

PETRELLI, Richard L..**The Regulations of French Midwifery.** Journal of the History of Medicine, July 1971, p.276-292.

PETRARCA, Fátima. **A questão Social no Salazarismo (1930-1947).** Coleção Análise Social. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1995.

PIMENTA, Tânia Salgado. **O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855).** 2003. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: Sidney Chalhoub et al (orgs). **Artes e Ofícios de curar no Brasil.** Campinas: Editora Unicamp, 2003, p.307-330.

PIMENTEL, Irene Flunser. **História das Organizações Femininas do Estado Novo.** Lisboa: Temas e Debates-Actividades Editoriais Lda, 2001.

PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. **Saúde Pública, Burocracia e Ideologia: um estudo sobre o SESP (1942-1974).** 1992. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

POLANCO, Xavier. Une Science-Monde: la mondialization de la Science Européenne et la Création de Traditions Scientifiques Locales. In: POLANCO, Xavier (dir.). **Naissance et développement de la science-monde.** Paris: Ed. La Découverte/UNESCO, 1989, p.10-53.

PRATT, Mary Louise. **Os Olhos do Império.**relatos de viagem e transculturação. São Paulo: EDUSC, 1999.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro-1934/1951).** 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro.

QUEIROZ, Marcos de Souza & CANESQUI, Ana Maria. **Contribuições da Antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil.** Revista Saúde Pública 1986; v.2, n.20, p. 141-51, 1986.

RAGO, Elizabeth Juliska. **Medicina e feminismo no início do século XX: Francisca Prager Fróes (Bahia: 1872-1931).** *R IHGB*, Rio de Janeiro, v.163, n.415. p.53-66, abr/jun. 2002.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim...Inventário da Saúde Pública. São Paulo – 1880-1930.** São Paulo: Editora Unesp, 1993.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter. **As visitadoras sanitárias do Rio Grande do Sul.** Rev. Gaúcha de Enferm., Porto Alegre, v.9, n.1, p.7-11, jan.1988.

RIBEIRO, Renato Janine. **Não há pior inimigo do conhecimento que a terra firme.** Tempo social - Rev. Soc. USP, São Paulo, v.11, n. 1, p. 189-195, maio de 1999.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. **A educação sanitária como profissão feminina.** Cadernos Pagu , n.24, p.69-104, janeiro-junho de 2005.

_____. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo(1918-1925).** Campinas: Mercado das Letras/ São Paulo: Fapesp, 2003.

ROMERO, Mariza. **Medicalização da Saúde e exclusão social: São Paulo, 1889-1930.** São Paulo: EDUSC, 2002.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública.** São Paulo: UNESP, 1994.

ROSSI, Maria José dos Santos. **A Arte de cuidar: A formação do campo profissional.** 2001.Tese (Doutorado em Antropologia), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou Da Educação.** São Paulo, Martins Fontes, 1995.

RUANO da COSTA, Isabel Maria Marques dos Santos e Silva. **Do cuidar de nascer ao nascer cuidado**: dos primeiros ensaios de uma formação especializada à sua institucionalização. 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação), Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

SAGE PRANCHÈRE Nathalie. **Mettre au monde.Sages-femmes et accouchées en Corrèze au XIXe siècle**. 2006. *Thèse*. École Nationale des Chartes,. Disponível em <http://theses.enc.sorbonne.fr/document1001.html>. Acesso em 30/10/2009.

SALOMON-BAYET, Claire. **Pasteur et la Révolution Pastorienne**. Paris: Payot, 1986.

SAMARA, Eni de Mesquita. Mão-de-obra feminina, oportunidades e mercado de trabalho, no Brasil do século XIX. In: SAMARA, Eni de Mesquita (org). **As idéias e os números do gênero: Argentina, Brasil e Chile no século XIX**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.23-59.

SCHIEBINGER, Londa. **Tiene sexo la mente?** Madri: Ediciones Cátedra, 2004.

SCHWARTZMAN, Simon ; BOUMENY, Helena Maria B. e COSTA, Vanda Maria Ribeiro. **Tempos de Capanema**. São Paulo: Paz e Terra/Fundação Getúlio Vargas, 2000.

SECAF, Vitória; COSTA, Hebe Canuto. **Enfermeiras do Brasil**: história das Pioneiras. São Paulo: Martinari, 2007.

SILVA, Leticia Lorenzetti. **La matrona en la atencion de salud de la mujer en Chile, Santiago**: Colegio de Matronas de Chile, 2005, p. 1-5. Disponível em: <http://www.colegiodematronasdechile.cl/> . Acesso em 19-01-2010.

SILVA, Luísa Ferreira da; ALVES, Fátima e MATEUS, Pedro(col.) **A Saúde das Mulheres em Portugal**. Porto:Edições Afrontamento, 2003.

SILVA, Maria Regina Guimarães & GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. **A Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo e seu primeiro currículo (1939-1942)**. Rev Bras Enferm, Brasília 2009, mar-abril; vol.62, nº2: 317-22.

SILVA, Tânia Maria de Almeida. **O saber das parteiras e o saber dos médicos:** um estudo sobre a mudança da concepção sobre o nascimento na sociedade brasileira. 1999. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SLENES, Robert W.. **Na Senzala, uma Flor:** esperanças e recordações na formação da família escrava – Brasil Sudeste, século XIX. Rio de Janeiro, Nova fronteira, 1999.

SOHN, Anne-Marie. Entre duas Guerras: os papéis femininos em França e na Inglaterra. *In:* DUBY, George & PERROT, Michelle (orgs.). **História das mulheres no Ocidente - o século XX.** Porto: Afrontamento, 1991, p. 114-145.

SOUZA, Alexandro. **Panorama da História do Liberalismo no Brasil.** Ibérica-Revista interdisciplinar de estudos ibéricos e ibero-americanos, ano I, Nº4, Juiz de Fora, junho-agosto/2007.

STEPAN, Nancy Leys. **A hora da Eugenia:** raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TANURI, Leonor Maria. **História da formação de professores.** Revista brasileira de Educação, n.14, p.61-88, mai/ago 2000.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. **Poder e Saúde:** as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

THÉBAUD, Françoise. A Grande Guerra: o triunfo da divisão sexual. *in:* George Duby e Michelle Perrot (orgs.), **História das mulheres no Ocidente - O século XX.** Porto, Afrontamento, 1991.

_____. **A medicalização do parto e suas consequências:** o exemplo da França no período entre as duas Guerras. *Rev. Estudos Feministas*, ano 10, 2º semestre de 2002, p. 415-427.

THOMPSON, Anne. Establishing the scope of practice: Organizing European midwifery in the inter-war years 1919-1938. *In:* MARLAND, Hilary & RAFFERTY,

Anne Marie(ed). **Midwives, Society and Childbirth**: debates and controversies in the modern periode. Londres: Routledge, 1997, p 14-37

THORWALD, Jürgen. **O século dos Cirurgiões**. São Paulo: Hemus, 2005.

VASCONCELLOS, Maria da Penha C. & RODRIGUES, Jaime. **A fotografia como instrumento do trabalho do higienista** (*São Paulo, primeira metade do século XX*). História, Ciências e Saúde, n.2, v.13, p.477-491, abr-jun. 2006.

VIDAL, Diana Gonçalves. **“Educação doméstica” e reforma da Instrução Pública do Distrito Federal**. Cad.Pesq., São Paulo, n.99, p. 30-35, nov. 1996.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio –Grandense – 1889/1928**. Santa Maria: Editora da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999.

ZÁRATE C. , Maria Soledad. **Dar a luz em Chile, siglo XIX: de la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica**. Santiago: Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museus, 2007.

ANEXOS


ANEXO 1

APOSTILA

O DIRETOR-GERAL DO DEPARTAMENTO NACIONAL DO TRABALHO, usando da delegação de competência que lhe confere a Portaria Ministerial nº 240, de 19.4.64, firma a seguinte apostila:

Tendo em vista a Portaria Ministerial nº 66, de 19.4.60, o Sindicato a que se refere a presente Carta passa a denominar-se " SINDICATO DAS PARTEIRAS DO ESTADO DA GUANABARA "

Em 21 de maio de 1964
Ass.) J. Maíra Filho



APOSTILA

O MINISTRO DE ESTADO DO TRABALHO, tendo em vista o que consta da Lei Complementar nº 20, de 16.07.74, da Portaria Ministerial nº 3.456, de 23.12.79 e do Processo Mto - 311.508/76, R. E. S. D. L. V. E. altera a denominação do Sindicato das Parteiras do Estado da Guanabara, para " SINDICATO DAS PARTEIRAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO ", com base territorial no município do Rio de Janeiro e, expedido em 23 de dezembro de 1958, em conhecimento outorgado ao mesmo em 11 de dezembro de 1958, Em 22 de novembro de 1976.

Arnaldo Pinto
Arnaldo Pinto

O MINISTRO DE ESTADO DO TRABALHO

FAZ SABER a quantos esta CARTA virem que, atendendo ao que requeru a " ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DAS PARTEIRAS DO RIO DE JANEIRO "

com sede em o Rio de Janeiro no Município do Rio de Janeiro

resolve aprovar o respectivo estatuto, e reconhecê-la, sob a denominação de SINDICATO DAS PARTEIRAS DO RIO DE JANEIRO

como sindicato representativo da categoria profissional Parteiras, integrante do 8º grupo - Parteiras - do plano da Confederação Nacional das Profissões Liberais - na base territorial de Distrito Federal com sede em o Rio de Janeiro no município do Rio de Janeiro de acordo com o regime instituído pela CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO.

E, para firmeza, mandou passar a presente CARTA, que vai por ele assinada.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 1958

Ass.) FERNANDO CARNEIRO DA CUNHA NOBREGA

Carta de Registro do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro conferida pelo Ministério de Estado de Trabalho do Brasil em 1958. Arquivo do Sindicato das Parteiras do

Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

ANEXO 2

O XI Congresso Nacional
de Medicina, promovido pela
Academia Nacional de Me-
dicina, na semana de 7 a 14
de Julho de 1962, comemorativo
do seu 134º aniversário de funda-
ção, realizado na Cidade do
Rio de Janeiro. Confere ao
Sr. Dr. **Sindicato das Partei-
ras do Estado da Guanabara**
o título de **Membro Efetivo.**

Secretario
Rogério do Amaral

Presidente
Olympio da Fonseca, Jr.



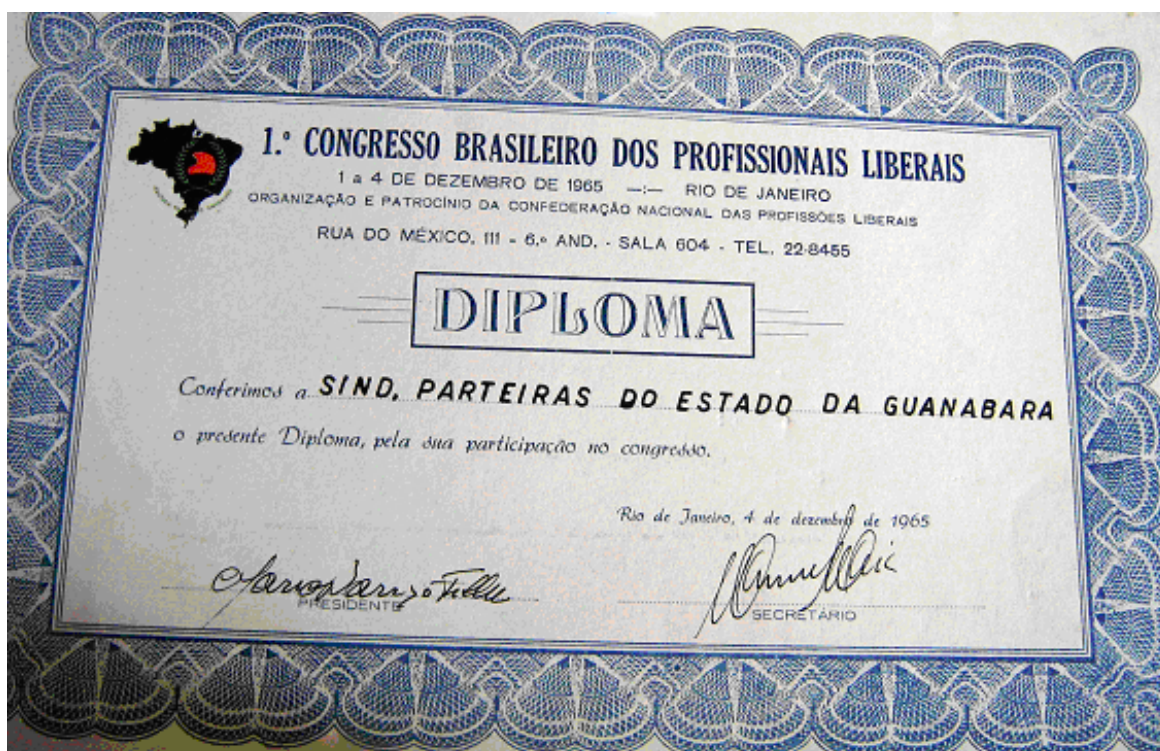
Carta de Registro do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro na Academia Nacional de Medicina, conferida em 1962. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizas e Enfermeiras Obstetizas do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

ANEXO 3



Certificado de participação em atividade social concedido ao sindicato das Parteiras do Estado da Guanabara em 1968. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetizas e Enfermeiras Obstetizas do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).

ANEXO 4



Diploma de Participação no 1º Congresso Brasileiro de Profissionais Liberais em 1965. Arquivo do Sindicato das Parteiras do Município do Rio de Janeiro. Acervo da Associação de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ).