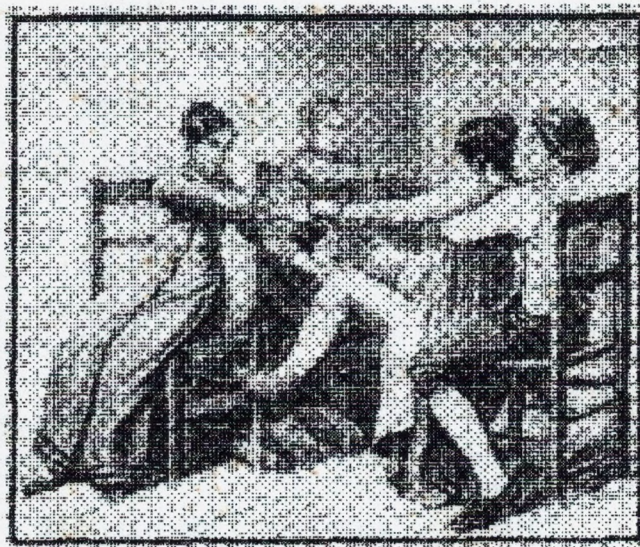


UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG

CENTRO DE HUMANIDADES - CH

UNIDADE ACADÊMICA DE HISTÓRIA E GEOGRAFIA

ESPECIALIZAÇÃO EM HISTORIOGRAFIA E ENSINO DE HISTÓRIA



**Do Parto Doméstico ao Parto Hospitalar:
Discurso médico e identidades de parteiras
na Contemporaneidade.**

Rosineide Alves de Farias

Campina Grande - PB

Outubro de 2006

ROSINEIDE ALVES DE FARIAS

**Do Parto Doméstico ao Parto Hospitalar:
Discurso médico e identidades de parteiras
na Contemporaneidade.**

Monografia apresentada à banca examinadora como exigência do componente curricular e pré – requisito para conclusão do Curso de Especialização em Historiografia e Ensino de História, da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Prof^a. Ms. Silêde Leila Oliveira Cavalcanti.

Campina Grande - PB
Outubro de 2006



Biblioteca Setorial do CDSA. Março de 2024.

Sumé - PB

ROSINEIDE ALVES DE FARIAS

**Do Parto Doméstico ao Parto Hospitalar:
Discurso médico e identidades de parteiras na Contemporaneidade.**

Data da aprovação: ____/_____/2006.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Ms. SILÊDE LEILA OLIVEIRA CAVALCANTI
Orientadora

Profa. Ms. LUÍRA FREIRE MONTEIRO
Examinadora

Profa. Ms. KEILA QUEIROZ E SILVA RAMOS
Examinadora

DEDICATÓRIA

A Deus, pela vida maravilhosa que Ele me proporciona todos os dias.

Ao meu pai, que se estivesse entre nós, tenho certeza que estaria orgulhoso de mim.

À minha mãe e meus irmãos, por tudo o que sou.

Aos amigos e amigas, que me abraçam com o calor de uma amizade sincera.

Aos meus sogros, Elson e Graça, pela incalculável força.

A todos os professores que passaram pela minha vida, pois me guiaram pelos melhores caminhos.

Aos meus colegas de curso, guerreiros lutando por um mesmo ideal. Em especial, a minha super amiga Ismerina do Nascimento, pelos "*aperreios*", gargalhadas e apoio constante.

A carinhosa e profissional Mestre, Silêde Leila, da qual eu quero ser discípula.

À todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho, a exemplo dos entrevistados.

E principalmente a Einstein, o grande amor da minha vida, companheiro inseparável, que acredita nos meus sonhos e ajuda-me a realizá-los.

"Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor. Mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a Deus não somos o que éramos."

Martir Luther King

RESUMO

Do Parto Doméstico ao Parto Hospitalar: Discurso médico e identidades de parteiras na Contemporaneidade.

Um dos objetivos deste estudo é discutir a desautorização do saber da parteira instituída por um saber científico e por médicos brasileiros, ao longo do século XIX e XX e até mesmo o estabelecimento do diálogo entre o discurso médico oficial e a prática das parteiras, apontando para a necessidade de se repensar o desgastado estereótipo atribuído as parteiras. Busca-se ainda, refletir sobre as atribuições de parteiras, e a gradual exclusão dessas profissionais na assistência ao parto no decorrer do século XX. Fundamentando-nos em documentos orais, buscou-se analisar a perda de espaço dessas profissionais na parturiação, mediante transferência do parto do domicílio para o hospital. Se até o início do século XX o parto era realizado no domicílio da parturiente, a partir de 1930 os hospitais passam a ser recomendadas de maneira veemente pelos médicos. Verifica-se então a fundação de várias Maternidades e um aumento do número de leitos em hospitais, sobretudo para as parturientes pagantes. Vale destacar que não procuramos reivindicar uma imagem imaculada para as parteiras, mas chamar a atenção para o poder e saber que possuíam. Este estudo não pretende esgotar a pesquisa ou sugerir uma abordagem final sobre os discursos que envolvem as chamadas parteiras tradicionais, visto que deste tema emana uma ampla extensão do campo a ser explorado.

Palavras - Chaves: Corpo; Mulher; Maternidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
1. CORPO FEMININO, MATERNIDADE E MEDICINA NO BRASIL.....	09
1.1. Urbanização, higienização e medicalização das famílias no Brasil	14
2. OBSTETRÍCIA: O CORPO DA MULHER ESQUADRINHADO	18
2.1. A hospitalização do parto: parteiras X obstetra?.....	24
3. DISCURSOS SOBRE PARTEIRAS.....	30
3.1. Identidades de parteiras na sociedade Pós-Moderna sob o olhar das parturientes.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

INTRODUÇÃO

A construção da modernidade assinala o surgimento de novas práticas sociais e o crescimento da tensão entre o novo e o velho. As mudanças e discussões historiográficas ampliaram o espaço de pesquisa dos cientistas sociais, em especial, do historiador. Por isso escolhemos pesquisar sobre como o saber das parteiras foi sendo instituído pelo saber científico, ao longo dos séculos XIX, XX e XXI no Brasil. Cujo foco principal, é perceber como se desenvolveram os discursos que permearam o saber médico e o saber cultural.

Com o desenvolvimento da medicina na Europa, no século XVIII, e o surgimento das várias especialidades médicas, as mulheres emergem como "*problema científico*". A Ginecologia e a Obstetrícia, são defendidas pelos médicos e apoiadas pelo Estado, cada vez mais preocupado com a construção de uma sociedade mais saudável e produtiva. O Brasil, a partir do século XIX, abre espaço para medicina seguindo o modelo europeu, em relação a saúde e a reprodução.

Nós buscaremos responder nesta pesquisa como o discurso médico em torno do parto foi se construindo, e de que maneira as parteiras estavam envolvidas nesse processo de medicalização da existência humana. Atentamos ainda para as crenças de parturientes em Campina Grande, a partir da década de 60, em relação aos partos feitos pelas chamadas "parteiras tradicionais", antes e depois do expansão e acesso a Maternidade da cidade.

Para isso, vamos dialogar com produções literárias voltadas para categoria de Gênero; para a análise de discurso, como também, urbanização e higienização no Brasil, e a medicalização do corpo feminino.

Até boa parte do século XX, a maioria dos partos das parturientes pobres, eram realizados quase que exclusivamente no domicílio da parturiente ou de pessoa de sua relação, assistidos na maioria das vezes por parteira leiga e raramente por parteira diplomada. Isso começa a mudar com a nova cena do parto: a Maternidade, que processou-se de lugar mal visto para um espaço necessário.

No século XX, quando foram ampliados os cursos para a formação de parteiras no Brasil, foi sendo estabelecidas novas regras para o exercício profissional, instituiu-se os novos meios de assistência ao parto no país, a partir de saberes médicos hospitalares, num cenário de urbanização e higienização.

Fizemos entrevistas com: obstetra, parteira e principalmente parturientes, perguntando em que contexto os médicos e Maternidades foram considerados mais capacitados e preparados para receber e

cuidar das parturientes. Nosso estudo investiga os efeitos do discurso médico-científico-sanitarista e como modificam a forma de ver e tratar o trabalho das parteiras, e, ainda, as identidades que foram construídas durante a modernidade e a pós-modernidade sobre as parteiras. Tentando compreender os lugares institucionais para o Saber médico hospitalar e o Saber popular das parteiras.

Os Objetivos ao abordar este tema, focou-se em estudar os processos de mudança na assistência ao parto, a princípio em ambiente domiciliar e depois no espaço hospitalar, perguntando aos vários discursos como a parteira foi deslocada socialmente no quadro da parturição, com a divulgação e a popularização da obstetrícia, e principalmente com o surgimento das Maternidades. Fizemos isso em conexão com uma literatura que aborda a medicina da mulher e a função das parteiras tidas como tradicionais, considerando a contextualização e as graduais posições dos entrevistados em relação as parteiras, e ainda buscando identificar os argumentos que buscam justificar a adesão ao parto em casa e a habitual resistência as mudanças dos partos de domiciliares para hospitalares.

A pesquisa foi articulada graças a História Oral, reconstruindo histórias de parteiras e de partos. Nesses relatos procurou-se também compreender o universo simbólico das mulheres acerca do parto e de seus corpos, e como se deu o processo de migração das parturientes de casa para o hospital.

O trabalho está estruturado em três capítulos, onde o primeiro faz um breve estudo sobre o corpo feminino, maternidade e medicina no Brasil, destacando os debates que permeavam a natureza feminina, relacionando-os com os processos de urbanização, higienização e medicalização das famílias no Brasil. O segundo, aborda como a Obstetrícia esquadrinhou o corpo da mulher, e como isso refletiu na hospitalização do parto e na relação entre parteiras e obstetras. O último capítulo mostra o quadro de discursos sobre parteiras, no qual utilizamos algumas falas dos entrevistados, com o intuito de perceber a construção de identidades de parteiras sob o olhar das parturientes.

I CAPÍTULO: Corpo feminino, maternidade e medicina no Brasil

A Europa nos séculos XVIII e XIX e o Brasil nos séculos XIX e XX, viveram um processo de medicalização da sociedade, onde o corpo, a sexualidade e a reprodução tornaram-se objetos privilegiados de análise de saberes que emergem na Modernidade, instituindo assim, um discurso científico sobre o corpo.

Em sua obra Del Priore revela o universo das mentalidades e das sensibilidades femininas no nosso país desde o início da colonização até o período que precedeu a Independência, evidenciando como médicos, padres, governantes e moralistas demarcavam o papel da mulher, normatizando-lhe a sexualidade e a alma, domesticando-a no interior da família, pois:

"Adestrá-la significava adestrar toda a sua descendência, mas também retirar das práticas tradicionais, experimentadas por tais mulheres, elementos para construção de um modelo ideal. Fazia-se necessário encontrar brechas nas práticas correntes para transformá-las a partir de um critério que fizesse sentido para as mulheres." (DEL PRIORE, 1995, p. 107):

A instituição do corpo feminino como objeto de discurso médico-científico e sua transformação em lugar de prática de intervenção de seus agentes geraram um processo de gerenciamento dos corpos femininos sem precedentes até meados do século XIX. O dispositivo sobre os corpos emerge com o nascimento da ciência moderna, fundadora de uma nova forma de ver e explicar o mundo natural e humano e de fazer crescer o papel político e moral que os médicos buscavam adquirir na construção da ordem social. Desse modo, as concepções sobre a procriação são submetidos a uma transformação histórica, transitando de um advento social ligado ao cotidiano das mulheres a um evento médico e hospitalar, envolvendo disputas entre os saberes médico-científicos e os saberes tradicionais a respeito da gestação e do parto, e interações, conflitos e negociações entre médicos e parteiras. Estabelece-se um papel político e cultural dos médicos na organização social.

No Brasil, a interferência do Estado e da Igreja na família é destacado por Del Priore (1995), aprofundando-se sobre a reprodução das mulheres coloniais, onde o casamento, a maternidade, as enfermidades são alvo de intervenção dos discursos institucionais, anunciando que:

"Se o discurso do Estado português preocupava-se com os vazios demográficos, a dispersão populacional e o relaxamento dos costumes, a Igreja recortava com destreza, no universo das infrações recorrentes em colônias, aquelas cometidas por mulheres,

dando início a construção da boa-e-santa-mãe." (DEL PRIORE, 1995, p. 110):

A Igreja no Brasil colonial defendia a "santa-mãezinha" pois, a mesma, devia atender a Deus, ao marido e a sociedade, garantindo a maternidade, devoção e recolhimento, reforçando assim o discurso falocrático, que determinava lugares para as mulheres na sociedade, onde a submissão ao marido e o adestramento elevaria sua alma a salvação. A apropriação da fertilidade feminina, vital para a sobrevivência de qualquer sociedade, tornou-se um projeto do Estado Moderno e acabou por decretar o confinamento da mulher no papel de mãe, que casada nos princípios católicos tende a gerar uma prole cristã e adestrada socialmente.

As limitações impostas as mulheres pelos discursos coloniais eram muitas. Por exemplo: o próprio afeto e beijo era apontado como pecado, atos desnecessários para procriação, assim como o "coito interrompido". O sexo só podia ser justificado com a procriação, a gritante dor do parto era considerada divina por limpar a impureza do ato sexual, só o sofrimento a redimiria do pecado inicial de Eva que condenou todas as mulheres:

"O lento processo de adestramento da sexualidade feminina que acompanhou a instalação do casamento tridentino na Colônia exprime-se culturalmente através de vários interlocutores. O discurso normativo da igreja foi um dos mais vigorosos, sem contar que os fatos e a prática da sexualidade não falavam por si, e haviam que se expressar por intermédio de definições sociais, símbolos e explicações que emergiam deste mundo no qual se tinham se constituído." (DEL PRIORE, 1995, p. 151)

Segundo o discurso do Estado e a Igreja, as mulheres no Brasil colônia deviam se apresentar como fiéis, submissas, recolhidas e sobretudo fecundas. Tinham que produzir tantos filhos quanto as regras da comunidade exigiam e também satisfazer a seus parceiros. Sua tarefa mais importante era a de procriar, sendo sua sexualidade negada ou abandonada. Porém, os riscos de sobrevivência diante dos partos, devido aos mínimos recursos sanitários da época colaboravam para fazer da gravidez um fantasma muito mais aterrorizador do que a fala da Igreja sobre a luxúria. O tão sublime momento de dar a luz, aproximava a parturiente da morte.

O perigo e os pecados do luxo permitiram um melhor confinamento e enquadramento da mulher, valorizando o casamento como um grande mediador. A mulher estava sob suspeita todo o tempo, nas entrelinhas de questões como o pecado e a doença, escritas por moralistas e doutores. Tais discursos preocupados com a definição das fronteiras, entre o público e o privado, postulavam, sobretudo, o papel de cada um dos gêneros nesses espaços. O enorme interesse emprestado à

domesticação da mulher revelava também o consenso masculino sobre o poder civilizador da maternidade.

A medicina propagava que homem não tinha necessidade do coito para conservação da saúde, mas que a mulher privada de companhia expunha-se a graves problemas: esteira, loucura, melancolia... Viúvas, freiras e solteiras seriam as vítimas dos "*furores da madre*", espécie de vingança do organismo feminino contra seu abandono, de não poder ou não querer procriar e concretizar a maternidade.

A peculiaridade da medicina lusitana, muito influente nas práticas que se tinha sobre o corpo feminino em colônias, é que ela estava submersa em obscurantismo e superstição. Sobre o parto no Brasil colônia, os mitos se ampliavam numa grande diversidade de lendas, medos e superstições. A exemplo do que era temido por parteiras, comadres e doutores: o parto de gêmeos, que era normalmente acompanhado de eclampsia da mãe e prenunciava riscos e perigos ameaçadores para integridade das crianças e da própria mãe. Porém, os partos normais eram ocasiões de reunião de grupos domésticos de mulheres. Comadres, vizinhas e parentas preparavam a refeição da parturiente, banhavam a criança, aqueciam panos para envolver a ambos e solidarizavam-se.

A construção de um juízo moral sobre a procriação, cuidadosamente realizada pela Igreja, contribuiu, portanto, para o processo de domesticação das populações femininas. Além de limitar seus papéis no interior da vida conjugal, o juízo moral sobre a procriação prestava-se ao projeto de colonização e povoamento das terras brasileiras.

"A ciência buscava capturar a natureza feminina, isolar os fins aos quais ela poderia obedecer, revelando que o estatuto biológico da mulher estaria ligado a um outro, moral e metafísico."
(DEL PRIORE, 1995, p. 205)

Ainda no Brasil Colônia, o esforço da medicina em mapear a madre (útero fecundo), e em fazer falar o corpo feminino era denotativo do mistério que simbolizava a mulher. Ao incentivar os doutores a inquirirem sua sexualidade, a mulher, ao mesmo tempo em que se deixava apreender, vingava-se exibindo a força e o milagre que constituíam a procriação.

"Enaltecida pela gravidez, comparáveis às múltiplas Senhoras grávidas, as mulheres coloniais viviam a maternidade com recursos que pertenciam a um saber-fazer exclusivamente feminino, mas que era passado aos médicos que se apressavam em catalogá-lo."
(DEL PRIORE, 1989, p. 29)

Para adentrar os segredos da madre, seus males e prazeres, foi necessário questionar esse funcionamento tão bem descrito pela medicina, investigando em que medida ele se fazia de forma

prática. A preocupação dos médicos com a mãe doente fazia com que se derivasse dela toda e qualquer enfermidade. Curar significava sempre dar a esse corpo um estado natural de vazio que só poderia ser substituído pela gravidez; daí a obsessão dos médicos por sangrias, vomitórios, lavagens, purgantes e sudoríferos, tudo enfim, que ajudasse a liberar o organismo doente.

Além desses mecanismos de uso corrente pela medicina, encontramos no universo de mazelas femininas a utilização da botânica, aproximando a mulher sempre mais de uma concepção analógica com o universo. Afastar mazelas do corpo das mulheres era garantir procriações.

"O roteiro previamente desenhado demonstra o interesse da medicina pela vida da mãe, mas também o proveito em organizar o parto. Determinando o que seria mais adequado à parturiente, o médico esvaziava conselhos caseiros, saberes domésticos e práticas eminentemente femininas sobre o 'saber-fazer' o parto. Se não os esvaziava, tentava o mínimo sobrepô-los ou reorganizá-los com uma nova linguagem." (DEL PRIORE, 1995, p. 261)

As mulheres prestes a dar a luz, podiam ser socorridas por parteiras e comadres, resultando em ajuda mútua e solidariedade com que era recebida a mulher que não estava sozinha. Esta coisa de parir em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interferiam em casos de emergência e, sobretudo nos centros urbanos. Além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia de parteiras...

"Familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, as parteiras ou comadres encarregavam-se de lubrificação das partes genitais, e tudo indica que eram eficazes na ajuda mecânica da prensa abdominal, fricções e pressões exercidas no baixo-ventre com a finalidade de favorecer a expulsão do feto. Gozando de enorme prestígio nas sociedades tradicionais, eram mulheres que pela sua idade já não podiam conceber, mas que conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e constituíam-se em zeladoras dos costumes femininos que se agrupavam em torno da idéia de proteção da mãe e da criança." (DEL PRIORE, 1995, p. 263)

Além de receber as crianças, as parteiras também eram benzedoras e recitavam palavras mágicas para auxiliar a mãe, faziam abortos, eram cúmplices de infanticídios, facilitavam o abandono

de crianças ou as encaminhavam para famílias que as absorviam, vivendo portanto na fronteira ambígua entre a vida e a morte. Nos livros de medicina no período colonial, a parteira está sempre presente. Independente, não se pode perceber sua origem, cor ou condição, mas sua presença é valiosa no sentido de preservar a cultura feminina em torno do parto. Porém, a crítica dos médicos é que as mesmas deveriam conhecer a anatomia do útero, e mais sobre o corpo humano, para auxiliar melhor nas dificuldades do parto, bem como conhecer o uso de instrumentos e remédios. Aos cuidados físicos somam-se os psicológicos, pois a parteira está também encarregada de confortar e advertir a parturiente.

"Partos naturais ou dificultosos com as técnicas, crenças e superstições que o cercam são reveladores do caráter de uma sociedade ou de uma cultura. A mulher em trabalho de parto, é dependente não apenas de regras biológicas que determinam a evolução do ato de dar à luz, mas também da pressão representada pela família, a vizinhança, a intervenção médica, o poder civil e o religioso. Instâncias estas que condicionam seus gestos, suas palavras e mesmos os sentimentos que comandam o modo de inserção da criança que nasce no cotidiano de uma comunidade. (DEL PRIORE, 1995, p. 285)

Na fala dos confessores, teólogos, médicos e moralistas fabricou-se um limite e uma função para os corpos. Seu objetivo era demarcar um papel social para a mulher, normatizar sua sexualidade e sua alma, domesticá-la no interior da família exclusivamente para servir aos fundamentos da colonização portuguesa na América e para salvar-lhe a alma. A preocupação com o ordenamento demográfico deu grande impulso às ciências e nelas à medicina, onde a fecundidade do discurso médico descobrindo nos corpos femininos uma fisiologia moral que justificasse a maternidade e que suprisse as demandas de um Estado que relacionava aumento de produção com aumento de braços. Por isso conservar corpos saudáveis e partos bem sucedidos era uma preocupação, onde parteiras e médicos formavam elos para este fim. Mas que, gradativamente os médicos estabeleceram seu lugar na organização da sociedade.

1.1 - Urbanização, higienização e medicalização das famílias no Brasil

Jurandir Freire Costa (1999), reforça a idéia da normatização da sociedade através do saber médico, destacando o processo de higienização no Rio de Janeiro no século XIX, para isso ressalta a intervenção do Estado: *"Na Europa, a partir do século XV, o Estado começou a intervir na vida das famílias, substituindo o papel das comunidades que eram responsáveis pelo controle e orientação da vida das pessoas."*

O Brasil no auge de ouro, tinha riquezas e problemas, principalmente no que se refere ao controle das novas classes sociais que surgiram junto com o ouro. Era preciso controlar e reprimir explicito (exército) e implicitamente (Igreja Católica). Mas essas fontes de poder também tinham seus problemas e embora eficientes, não podiam ultrapassar certos limites, sob pena de gerar resistências. Era preciso criar novas estratégias. Foi nesse contexto que inseriram a medicina higiênica para que o governo pudesse manipular, converter e reorientar as formas de agir dos indivíduos, satisfazendo seus interesses, enquanto Estado. O saber médico se institucionaliza e cria projetos de saúde e higiene para os brasileiros:

"A medicina que, desde o início do século XIX, lutava contra a tutela jurídico-administrativa herdada da colônia, deu um largo passo em direção à sua independência, aliando-se ao novo sistema contra a antiga ordem colonial. Este progresso fez-se através da higiene. [...] a higiene congregou harmoniosamente interesses da corporação médica e objetivos da elite agrária."
(COSTA, 1999, p. 28).

Com a vinda da Corte Portuguesa para o Rio de Janeiro e conseqüentemente o aumento populacional na cidade, a medicina passou a ser solicitada intensamente. E, pelo fato de possuir métodos, objetivos e técnicas mais aprimoradas suplantou, dentro em breve, a inoperância da burocracia. A superioridade médica deu-se pela técnica de higienização das populações, apossou-se do espaço urbano e imprimiu-lhe as marcas de seu poder. Mas um dos focos principais era mesmo a família elitista: *"O Estado brasileiro sempre encontrou na família um dos mais fortes obstáculos à sua consolidação."* (COSTA, 1999 - p. 30). Não interessava ao Estado modificar o padrão familiar dos escravos que deveriam continuar obedecendo ao código punitivos de sempre. Mas, dedicar-se na regulamentação do físico disciplinado, que ampliava-se desde o tratamento com crianças até o casamento e sexualidade.

É importante notar que a própria eficiência científica da higiene funcionou como auxiliar na política de transformação dos indivíduos em função da razão do Estado. No curso do reinado de Dom Pedro II, a medicina social vai dirigir-se à família “burguesa”, procurando modificar a conduta física, intelectual, moral, sexual e social dos seus membros com vistas à sua adaptação ao sistema econômico e político. Era necessário também converter os sujeitos à uma nova ordem urbana.

A centralização da casa, refletia-se no desprezo e no descuido em relação as ruas, que normalmente eram sujas e propensas a contaminação de doenças. O lar deveria ser protegido e limpo. A medicina buscava reeuropeizar a sociedade, responsabilizando os negros pela perpetuação dos hábitos incultos e maneiras rudes dos senhores. Depois de D. João VI, a exclusão dos escravos do serviço doméstico tornou-se índice de bom-tom e de costumes civilizados. As famílias de primeira linha, aristocratas portuguesas e burgueses estrangeiros só admitiam serviços brancos.

Conforme Jurandir Freire (1999), as velhas regras do certo e do errado, exclusivamente dependentes de Deus e do pai, caíram por terra. O controle higiênico era microscópico, detalhado, improvisado. Gradativamente o médico conseguiu entrar na intimidade das pessoas, a higiene ensinou a família a aplicar com discernimento parte de seu capital. Por exemplo, em vez do dinheiro gasto com escravos, ele deveria ser gasto em educação e saúde. Era a ciência médica mexendo com as estruturas sociais antigas. *“Na família higiênica, pais e filhos vão aprender a conservar a vida para poder colocá-la à serviço da nação.” (COSTA, 1999, p. 173)*

A medicina social procurava destilar a ideia do mal que podia advir uma sociedade dominada pela mentalidade pré-científica. O governo religioso dos indivíduos era mostrado como autoritário, destruidor das qualidades viris dos homens.

A defesa da secularização dos costumes, entretanto, vinha condicionada à sujeição médica. Os indivíduos religiosamente alimentados eram servís, mas completamente livres de qualquer regra alimentar, poderiam caminhar pelo pólo oposto e se tornarem violentos, perversos, malévolos e assassinos.

“O controle familiar da higiene inseriu-se na política populacionista. Os médicos higienistas, através da disciplina do físico, do intelecto, da moral e da sexualidade visavam a multiplicar os indivíduos brancos politicamente adeptos da ideologia nacionalista.” (COSTA, 1999, p. 178)

Os higienistas procuravam intrometer-se nas famílias de elite pelos motivos mais triviais que se possa imaginar: ganhar clientes. A luta travada contra curandeiros e homeopatas foi um dentre os inúmeros indícios desta disputa de mercado. O poder médico também diz respeito aos objetivos do Estado que usava os médicos como intercessores de seus objetivos:

"A partir do século XIX, os médicos passaram a taxar como ignorantes e a perseguir não só as parteiras, mas as práticas que se dedicavam a cura. Claro que não foi fácil para os médicos adentrarem quarto a dentro e ter a confiança da parturientes, sendo chamados apenas em momentos de partos muito complicados."
(COSTA, 1999, p. 179)

Segundo Rodhen², é com base na visão biológica que se estabelecem os papéis sociais. A recusa da maternidade, vista como a verdadeira essência da mulher, ou da vida doméstica, era um indício de forte ameaça aos padrões e valores estabelecidos para o sexo feminino. Até os anos de 1870, as mulheres que praticassem crimes como o aborto ou infanticídio, ou fossem acometidas de males como a loucura, eram consideradas mais como vítimas da falta de tutela do que responsáveis pelos seus atos.

Ana Paula Vosne Martins (2004), interage com Jurandi Freire Costa (1999) quando escreve sobre o relacionamento do médico e paciente no Brasil do século XIX. Analisando como se deu a transformação do médico em conselheiro familiar com autoridade para expressar suas idéias e prescrever condutas que só se deu através da aliança estabelecida com a mulher, personagem central tanto para a entrada das idéias médicas e científicas no meio familiar quanto para a construção da reputação e da fama dos médicos. Dessa forma, a imagem do médico protetor da mulher também expressa o crescente interesse médico-científico pela natureza e pela constituição de especialidades médicas voltadas para especificidade do sexo feminino: a Obstetrícia e a Ginecologia.

O surgimento da Ginecologia deve ser entendido dentro do contexto do século XIX, assolado pelos graves problemas ligados à miséria, às doenças mentais, aos vícios, que também representariam fortes ameaças ao futuro da humanidade, daí serem merecedores da atenção médica. A natureza era entendida pelos cientistas da época como eminentemente hierárquica. No que tange à divisão da sociedade em classes, esta deveria ser valorizada para o bem do progresso social.

Como bem observou Costa (1999), já na metade do século XIX percebe-se um clima intelectual influenciado pelas publicações europeias contrário à reclusão das mulheres da elite e à vida desregrada das mulheres do povo. A preocupação com a gravidez e o parto integra, portanto, uma nova visão a respeito da mulher, cujo corpo deveria ser fértil e saudável a fim de cumprir a função materna, revestida de um novo simbolismo político. Ou seja, o que os médicos do século XIX pretendiam incultar nos corpos e mentes das mulheres era que sua natureza não estava somente à disposição de interesses egoístas e particulares, como a transmissão do sangue e do nome da família, mas de valores

² ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

muito mais importantes e coletivos, como a raça, o vigor de um povo, o sangue de uma nação. Assim, médicos e outros intelectuais do final do século XIX procuraram transformar a maternidade em uma função política de extrema importância para ser abandonada às mãos de leigos.

Dialogando com Jurandir Costa, Magali Engel³, descreve que nos fins do século XIX, as transformações que a partir da década de 1850 começaram, a lenta e contraditoriamente, a se delinear nos horizontes da sociedade brasileira tornavam-se mais profundas e definidas. As perspectivas de reestruturação das relações de trabalho em novas bases, a ampliação e a complexificação dos aspectos urbanos, a Proclamação da República, entre outros aspectos, sinalizavam o advento de um novo tempo. Impunham, de acordo com as expectativas e interesses dominantes, a formulação e execução de novas estratégias de disciplinarização e repressão dos corpos e mentes sedimentados, por exemplo, sobre uma nova ética do trabalho e sobre os novos padrões de moralidade para os comportamentos mais efetivos, sexuais e sociais.

"O advento da República anunciava o começo de um tempo marcado pelo redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e legitimidade dos parâmetros burgueses definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização." (ENGEL, 1997, p. 322)

³ Engel, Magali. *Psiquiatria e feminilidade*. In: DEL PRIORE, M.(Org.) *História das mulheres no Brasil*, São Paulo, Contexto, 1997, p. 322.

II Capítulo: Obstetrícia: o corpo da mulher esquadrihado

Escrever sobre o lugar da mulher, seja em qualquer sociedade ou época, é provar o gosto simultâneo de dúvidas e certezas, é realizar a amplidão de uma tarefa que parece sempre inacabada. O lugar da mulher, justificado pelo corpo, foi durante muito tempo um bom artifício para localizá-la socialmente. Este mesmo corpo feminino, louvado, diabolizado, ou mistificado, em épocas diferentes devotou olhares, expectativas e significados diversos. Mary Del Priore é brilhante quando sugere que:

"As mulheres fazem parte dessa sociedade barulhenta que encontrei nos arquivos, surgem na documentação sem qualquer neutralidade, exibindo plenamente as marcas de sua diferença sexual. Para capturá-las integradas ao mundo que as envolviam, foi preciso estar atenta às suas práticas, aos discursos que se tinha sobre o seu gênero, as imagens sobre a feminilidade, tentando em tudo perceber a relação entre os sexos, fazendo desta relação o interlocutor mais eloquente e o objetivo histórico a ser investigado." (DEL PRIORE, 1995, p.16)

Nas últimas décadas do século XX, o corpo assumiu também um lugar de destaque, nas discussões feministas e nas análises de gênero, a ponto de ser identificado como uma categoria da teoria social. Um dos seus segmentos é constituído pelo discurso feminista que analisou a construção do pensamento patriarcalista em relação às mulheres e a feminilidade. Como afirma Leila Mezan Algranti:

"Procurou-se evidenciar como esse discurso tinha como base a depreciação dos corpos femininos, considerados mais frágeis e imperfeitos em relação aos homens, e o pressuposto do dualismo mente/corpo, associado, geralmente, à imposição macho/fêmea." (ALGRANTI, 1993, p. 7)

Dessa forma, as mulheres estariam bem mais ligadas ao corpo do que os homens, o que restringiria seus papéis e atuações sociais. As teorias feministas procuraram desconstruir tais representações, justificadas em um biologismo essencialista, denunciando que a ideia de uma natureza feminina única, teria aprisionado a mulher em seu próprio corpo para ser controlada e oprimida.

Busca-se compreender o significado e a importância da medicina na construção e, especialmente, na consolidação do lugar de um pensamento misógino no século XIX, a partir do

desenvolvimento da Ginecologia e da Obstetrícia, destacando como o saber médico conferiu às mulheres e as parteiras, uma identidade comum e tentou fazer do corpo um lugar privilegiado, do qual emanava uma profunda identidade feminina. Para isso dialogamos com Ana Paula Vosne Martins (2004), que estuda o discurso científico e as reflexões dos médicos, entre finais do século XVIII e a segunda metade do século XIX, na Europa e no Brasil, sobre as singularidades do corpo feminino e suas patologias, bem como sobre seu sistema reprodutivo:

"Trata-se do longo e tumultuado caminho pela conquista de um saber até então restrito às mulheres e que continha os segredos sobre seus próprios corpos e os ritos dos quais participavam, como a maternidade, o prazer sexual, as funções e disfunções dos órgãos e, finalmente, o envelhecimento. Segredos este que, depois de devassados, permitiram que os homens da ciência entrassem em cena, desafiando o domínio e o poder das mulheres sobre seus corpos..."
(MARTINS, 2004, P. 8)

A historiadora Yvonne Knibiehler perguntou em seu artigo publicado pela revista *Annales* em 1976, por que ocorreu uma regressão na condição feminina após a Revolução Francesa, em particular no começo do século XIX, regressão esta que teria marcado profundamente a vida pública e privada das mulheres. Tentando responder tal pergunta, ela diz que as mulheres do período pré-revolucionário e mesmo as das primeiras fases da Revolução Francesa tiveram importante participação política, exercitando seus direitos de republicanas ao expressar livremente suas idéias, reivindicando os direitos civis, fundando clubes onde discutiam política e elaborando propostas com vistas à melhoria de vida das cidadãs. Knibiehler, salientou ainda, que o papel dos médicos e da constituição de um discurso científico voltado para as diferenças sexuais, tinham a finalidade de demarcar espaços políticos de gênero cuja fundamentação não estava na religião, mas na forma de conhecimento mais elevada da razão humana: a Ciência.

"As ciências biológicas e a medicina da mulher contribuíram para o processo de incorporação social das mulheres. Esses saberes não criaram algo totalmente novo sobre a mulher, já que havia uma tradição sobre o assunto. O que eles tentaram fazer foi dar um novo significado para esta tradição, ao mesmo tempo que se diferenciavam dela porque individualizando seu objeto, produziram um vocabulário e um conjunto de imagens realistas com o intuito de alcançar sua verdade, e assim o fazendo, poderiam fixá-lo na ordem imutável das coisas ditas, dos nomes, das representações". (MARTINS, 2004, p. 14)

No século XIX, com o triunfo da Biologia e a ascensão do poder médico, consolidou-se um novo modo de pensar as distinções de gênero: as diferenças corporais se instalaram progressivamente. Enquanto o corpo feminino se tornava objeto de discurso normativo altamente eficiente, os médicos buscavam se consolidar como poder político e artífices de primeira linha na construção de instituições modernas: as ciências, a família burguesa, o Estado Nacional etc.

Mais do que afirmar que as mulheres foram destinadas pela natureza ao exercício da função reprodutiva, a medicina da mulher procurava provar com dados estatísticos e argumentos materialista o fardo do corpo sobre as existências femininas; em contrapartida, acenava com as delícias reservadas àquelas que seguissem seu destino natural, promovendo a mulher-mãe e o exercício da maternidade a uma função não só natural, mas de ordem moral e política. Contudo, tais idéias não surtiriam efeitos se não houvesse reconhecimento da autoridade dos discursos médico e científico. Esta autoridade foi construída no processo de profissionalização dos médicos e cirurgiões e na utilização dos novos conhecimentos produzidos pelas ciências biológicas, especialmente no século XIX.

"Como representantes da ciências e arautos do bem-estar físico e moral das pessoas, os médicos passaram gradativamente a ser respeitados e incorporados aos meios sociais mais privilegiados, não só como especialistas em assuntos de saúde e das doenças, mas como conselheiros da arte de bem viver. Nesse sentido, adquiriram um status tão ou mais privilegiado que os padres e pastores. Ao objetivar o corpo feminino no interior de um saber especializado, passaram a se autodenominar especialistas da mulher, que precisaria de regulamentações para que a natureza feminina não se desvirtuasse. Os médicos não só estudavam a especialidade da mulher, a reprodução e as doenças ginecológicas, mas também formularam uma definição de seu ser social fundada na natureza, ou melhor dizendo, no seu corpo." (MARTINS, 2004, P. 15)

A transformação do corpo feminino em objeto de conhecimento, a formulação de discursos normativos para o bom desempenho de suas funções reprodutivas e sociais, bem como a produção de representações científicas, nos permitem pensar em um processo de gerenciamento dos corpos femininos sem precedentes até meados do século XIX.

A idéia de gerenciamento é bastante útil se pensarmos no amplo conjunto de discursos normativos que procurava fundar na natureza as diferenças produzidas na vida social para manter hierarquias e relações de dominação. A mulher deixava de ser uma idéia, uma abstração ou um mistério, ao ter seu corpo revelado pela ciência ocular. Também o gerenciamento está presente nos esforços dos médicos em tentar convencer as mulheres a se tornarem pacientes, a confiarem nos especialistas, e pautarem suas vidas pela higiene e pelos conselhos médicos, procurando desempenhar

as funções de esposa e mãe como um dever sagrado e natural e, por fim, se definindo como mulher, tomando seus corpos como fundamento de identidade e de dever.

Ao analisar os discursos de exaltação à capacidade reprodutiva do corpo feminino, Mary Del Priore (1995) mostra que, ao lado da Medicina, a Igreja contribuiu muito para a divulgação de um imaginário materno, com as representações da *Virgem grávida*, como a Nossa Senhora da Conceição, da Encarnação e do Bom Parto. Segundo a autora, o útero teve um importante papel na definição da mulher:

"A madre vai se constituindo-se em locus de certezas e incertezas sobre a natureza feminina e ganhando um status inelutável. Sua valorização levava também, a uma valorização da sexualidade feminina, não no sentido de sua realização e sim de seu adestramento, num caminhar bem coerente com a pretensão da ciência médica e da Igreja." (DEL PRIORE, 1995, p. 205)

Esta passagem aponta para uma questão fundamental dos discursos médico, filosófico e religioso do século XVIII, que é o caráter normativo da valorização da mulher-mãe. No século XIX, com o fortalecimento da ideologia da domesticidade, a valorização da mulher representou a melhor expressão da normatização dos papéis de gênero e dos comportamentos femininos.

Segundo Thebaud (1986), que estudou a reorganização das Maternidades da Europa, especialmente na França do século XIX os médicos no final do século XIX, já conheciam melhor o mecanismo do parto e buscavam se equipar com instrumentos e técnicas cirúrgicas para resolver partos complicados. Os hospitais já não eram os espaços lúgubres e mal cheirosos que tanto pavor causavam as mulheres. Maternidades equipadas e organizadas sob o princípio da assepsia, voltadas principalmente para o atendimento de mulheres pobres e das classes trabalhadoras, começaram a ser tornar indispensáveis nos grandes centros urbanos. A etimologia da palavra inglesa para obstetrícia, *midwifery*, que do inglês antigo significa "*entre mulheres ou com mulheres*", começa a se popularizar. Segundo Poovey (1987), até metade do século XIX os médicos que exerciam a função de obstetra eram chamados de médicos-parteiros ou *sage-femmes en culottes* (parteiras de calças), como eram conhecidos os cirurgiões franceses que faziam partos. Esta expressão é indicativa de como o parto era um assunto de mulheres para o qual nem a língua francesa tinha um substantivo masculino. A distinção entre a Obstetrícia e a prática das parteiras só vai ocorrer a partir da segunda metade do século XIX.

A mulher grávida e a parturiente tornaram-se o centro das atenções dos obstetras nesta fase. A Obstetrícia era uma especialidade nova, nascida nas faculdades de Medicina europeias na primeira metade do século XIX, e buscava ser reconhecida, tanto no meio médico quanto no público leigo, em especial entre os maridos e suas esposas.

"Algumas mulheres já chamavam o médico-parteiro para atendê-las nos partos domésticos, mas a maioria delas, principalmente nas classe populares, ainda preferia contar com a presença da parteira, das parentas ou vizinhas, para socorrê-las em meio às dores e incertezas do parto." (MARTINS, 2004, p. 66)

O período que começa nas últimas décadas do século XIX marca o início de uma campanha médica de transformação do parto num evento controlado pelos médicos e circunscrito ao espaço hospitalar; transformação esta que se efetivou somente na segunda metade do século XX, com a hospitalização do parto nos centros urbanos.

"Além da ampliação do debate médico sobre a obstetria, as inovações clínicas e cirúrgicas introduzidas pela ciência francesa e inglesa já eram bem conhecidas pelos médicos brasileiros, afinal, alguns deles estudaram na França, outros empreenderam viagens de pesquisa ao exterior ou então tiveram acesso aos conhecimentos através dos livros e periodicos estrangeiros adquiridos pelas bibliotecas das faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia." (COSTA, 1999, p. 9)

No entanto, a gravidez e o parto não foram assuntos exclusivos de uma camada letrada de homens. Vistos sob a perspectiva da história oficial da Obstetria, esses assuntos só tiveram relevância com a entrada dos médicos no domínio que, até então, tinha sido direcionado às mulheres.

O que a História Feminista das mulheres vem fazendo é utilizar fontes iconográficas, religiosas, demográficas e folclóricas a fim de obter um conjunto mais diversificado das práticas e dos valores das mulheres sobre o corpo e os momentos da gravidez e do parto.

Em um texto, Laget (1977) perguntava se o parto não seria um acontecimento alheio a História, circunscrito aos rituais fisiológicos e às experiências da dor e do sofrimento. A pergunta, respondida pela própria autora, mostra que o parto é, antes de tudo, um evento social e, como tal, submetido a rituais, códigos e tradições, caracterizando-se, portanto, como um acontecimento histórico. O caráter fragmentário das fontes é um problema que vem sendo contornado com instrumentos metodológicos, como a comparação e a analogia, que utilizavam informações provenientes de outras especialidades como a Arqueologia e a Antropologia. A documentação disponível e os dados das pesquisas etnográficas são convergentes no que diz respeito à universalidade dos ritos do parto e da maternidade, bem como à existência de uma tradição feminina relativa a estes ritos.

"As pesquisas arqueológicas e etnográficas informa que o ato da parturição é, na maioria das sociedades não-ocidentais, agrícolas e pré-industriais, vivendo solitariamente ou restrito a um grupo pequeno de mulheres que ajudam a parturiente. Os cuidados prestados à mãe durante e após o parto são reconhecidamente atribuições femininas que não chamaram a atenção dos médicos, a não ser quando o parto se complicava, colocando em risco a vida da mãe." (MARTINS, 2004, p. 69)

Se o parto era assunto de mulheres, como então explicar que os médicos escrevessem sobre ele, começando a construir um discurso autorizado sobre o corpo feminino? Segundo a análise que Rousselle (1984) fez dos discursos médicos do mundo antigo greco-romano, foram as mulheres mais qualificadas e experientes nas doenças femininas e nos assuntos obstétricos que forneceram informações aos médicos, que, por sua vez, as recolheram e divulgaram pela escrita. Assim, o *Corpus Hipocraticum* e os livros dos médicos alexandrinos do século II a respeito da obstetrícia integraram os conhecimentos empíricos das parteiras às teorias médicas sobre saúde e doenças, que, ao longo do tempo e pela falta de contato entre médicos e mulheres, foram perdendo o caráter prático, transformando-se num conhecimento teórico e especulativo.

Ainda conforme Rousselle (1984), o interesse dos médicos pelas doenças das mulheres e pela Obstetrícia não se restringia à ética ou aos imperativos profissionais da prevenção da cura das doenças, mas obedecia também a uma razão política. Tanto na sociedade grega quanto na romana a importância da mulher era medida por sua capacidade em gerar herdeiros saudáveis. Na sociedade romana, principalmente no período imperial, o casamento e a geração de filhos eram assuntos da política dinástica e do Estado. A participação dos médicos foi de extrema importância e os textos que tratam das mulheres são verdadeiros manuais de fecundação, para que pudessem prevenir os problemas ou restabelecer a saúde das mulheres, ou seja, a capacidade de procriar.

Diferentes eram as razões que levavam as parteiras a exercer sua prática. Como geralmente as parteiras e parturientes tinham a mesma origem social, compartilhavam as mesmas expectativas, valores e crenças em relação ao destino das mulheres em um mundo organizado e dirigido pelos homens, marcado pelo casamento e pela maternidade. As parteiras não só atuavam no momento do parto, mas providenciavam os preparativos ritualistas com seus amuletos, ervas, encantamentos, preces, enfim todos os recursos mágico-religiosos que pudessem auxiliar o parto e afastar os maléficos. Após o parto, as parteiras continuavam prestando seus serviços até que a mulher estivesse em condições de retomar suas atividades cotidianas.

"Portanto, o papel das parteiras era muito mais complexo do que simplesmente aparar os recém-nascidos e cortar o cordão umbilical, abrangendo uma série de práticas culturais relativas à

saúde, ao casamento, à maternidade e ao cuidados dos filhos, uma disponibilidade impensável para os médicos." (BLACK, 1982, p. 56)

2.1. A hospitalização do parto: Parteiras X obstetras?

Quando a história da medicina começou a ser escrita no século XIX, as práticas médicas antigas eram vistas com a mesma negatividade que as práticas populares da Antiguidade, principalmente da Idade Média, quando foram tratadas como representantes da ignorância e do obscurantismo. Nessa interpretação evolutiva da História há o reconhecimento da ignorância dos médicos antigos sobre os assuntos relativos ao parto, mas a maior crítica fica para os leigos, especialmente para as parteiras das classes populares.

Com exceção das parteiras profissionais dos séculos XVII e XVIII, muitos escritos médicos viam as parteiras aldeãs como responsáveis pelas imperícias que resultavam na morte da mãe e da criança ou pelas mutilações apressadas. Na verdade, pouco se sabia sobre elas e sua clientela, pois esta narrativa histórica nos informa mais sobre como o parto deveria ser e a respeito de como os médicos conseguiram transformá-lo em um processo controlado por eles. A História médica da obstetrícia nos dá, por um lado um quadro de ruptura com o que foi classificado como uma época de ignorância; por outro, a narrativa de um contínuo progresso das teorias e das práticas desenvolvidas pelos médicos obstetras, os "*pais*" da obstetrícia.

As parteiras não entraram nesta genealogia porque representavam todo um conjunto de conhecimentos populares que, desde o século XVII, os médicos vinham tentando desqualificá-las para impor o seu conhecimento. Além disso, a história oficial da medicina era um instrumento necessário ao processo de profissionalização e construção de um status do médico, no qual não cabiam concessões a outros saberes e práticas concorrentes. Como afirmou Diepgen (1932), em sua pesquisa sobre parteiras profissionais, citadas nos livros de obstetrícia do século XIX: "*Bastavam as menções às parteiras instruídas e famosas que atendiam à nobreza e às mulheres das principais cidades européias.*"

Muito diferente são as conclusões que a história social da medicina chegou a respeito das parteiras, em particular das análises feministas produzidas na década de 70 do século XX. Invertendo as imagens negativas, essas pesquisas defendem as parteiras e afirmam que o parto conduzido por elas no espaço doméstico com a ajuda de outras mulheres era seguro e menos prejudicial às parturientes e aos bebês. No entanto, as pesquisas abordam muito mais os processos de entrada dos médicos na cena do parto e a crescente substituição das parteiras pelos obstetras.

Os manuais de partos que surgiram nos séculos XVI na Europa testemunham o interesse de alguns cirurgiões pela obstetria, recuperando a tradição médica greco-romana e divulgando os conhecimentos obstétricos que haviam caído no esquecimento durante a Idade Média.

"De uma forma geral, os manuais de obstétricos dos séculos XVI e XVII são registros de uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista. Os cirurgiões acabaram por desenvolver um verdadeiro arsenal cirúrgico, criando instrumentos obstétricos e aprimorando métodos de diagnóstico, que muito contribuiu para a supremacia dos médicos-parteiros sobre as parteiras." (MARTINS, 2004, p. 72)

Segundo Gélis (1977), os tratados de partos multiplicaram-se durante o século XVIII, transformaram-se em uma fonte valiosa para se entender como a produção de conhecimento a respeito da gravidez e do parto e a substituição da parteira pelo médico foram acontecimentos indissociáveis. Neles pode-se ler todo o processo de transformação do corpo feminino em um objeto de conhecimento, da mulher em paciente, e por fim, da parteira em auxiliar do médico. Alguns livros mostram como algumas parteiras eram bastante experientes, tendo o mesmo nível de conhecimento dos cirurgiões, senão até maior, além de informar sobre as estratégias de legitimação de seus trabalhos mediante as relações com os próprios cirurgiões, a clientela abonada e as autoridades religiosas.

Desde o século XVII o controle das parteiras passou a ser exercido pelos médicos. É nesse momento que a cirurgia começou a ser mais reconhecida e respeitada, bem como se produziram cada vez mais manuais endereçados às parteiras, visando a transformá-las em divulgadoras do saber médico. A última fase de controle e supervisão deu-se no século XVIII com a disseminação das escolas de parteiras na Europa.

Na Europa, em 1771, os cirurgiões já estavam dominando a profissão em algumas segmentos sociais e haviam conseguido impor restrições às parteiras profissionais: primeiro, controlando a formação, e por fim dificultando o acesso às faculdades de medicina, aos conhecimentos e ao instrumental cirúrgico. Nesse processo, as parteiras formaram uma profissão de auxiliar do médico, este sim, o novo especialista em mulheres que surgia no século XIX. Foi a figura do cirurgião armado com seus instrumentos em luta contra os obstáculos do corpo que se impôs. Os cirurgiões iluministas divulgaram esta imagem, associando a prática obstétrica e o instrumental com a idéia de competências e superioridade em relação às parteiras.

"A pintura e a literatura do século XIX muito contribuíram para a divulgação da imagem moderna do médico: um homem respeitável, sábio, bom observador e, mais importante, confiável; alguém que podia entrar nos lares, conhecer os membros da família,

tornar-se o confidente das mazelas e das misérias humanas, bem como um espécie de educador dos corpos e dos sentimentos, um novo sacerdote, só que a serviço da ciência e da saúde." (MARTINS, 2004, p. 79)

No Brasil, apesar do ensino e a prática da Obstetrícia e da Ginecologia terem sido muito precários até a década de 1870, as duas especialidades tiveram seus defensores, representados por médicos de Salvador e do Rio de Janeiro, responsáveis pela organização destas especialidades e pela produção de um conhecimento que atendesse às necessidades impostas pelas condições culturais e materiais em que exerciam a medicina. Informados das novidades oriundas dos principais centros europeus, os obstetras e ginecologistas brasileiros procuraram constituir uma medicina da mulher sintonizada com as teorias e a tecnologia disponível, bem como produziram seus próprios conhecimentos a partir da experiência obtida na clínica particular ou nos hospitais. Para os ginecologistas e obstetras brasileiros, a mulher era uma criatura que merecia atenção privilegiada do médico, que segundo eles, eram os únicos que realmente conheciam os mistérios e sua intrincada natureza.

Apesar das dificuldades materiais e institucionais, a medicina da mulher no Brasil, tornava-se no início do século XX, um campo reconhecido tanto pela categoria quanto pela clientela, que começava a procurar os serviços de obstetras e ginecologistas com maior frequência. Com o ensino voltado para prática e o conseqüente surgimento de espaços hospitalares específicos para o exercício da clínica e da cirurgia obstétrico-ginecológica, bem como de espaços institucionais para o intercâmbio de idéias, como foram as associações, os congressos de especialistas e as publicações médicas, que contavam com nomes de expressão não só na área médica e científica, mas também na política, a Obstetrícia e Ginecologia no Brasil deixaram de ser áreas de improvisação e de conhecimentos puramente teóricos. Embora as idéias sobre a mulher fossem divulgadas amplamente em outras áreas, como a higiene, a medicina legal e a Psiquiatria, foram a Obstetrícia e a Ginecologia as duas especialidades autorizadas a falar sobre a mulher, a fornecer dados, a formular teorias e a estabelecer "verdades" sobre seu objeto.

"A produção de saberes sobre o corpo feminino pelos obstetras e ginecologistas brasileiros constitui uma ampla documentação através da qual é possível acompanhar a institucionalização do saber e as principais motivações dos médicos ao defender uma medicina voltada para a mulher no exercício de suas funções reprodutivas, já que estas eram a base natural e biológica de suas funções sociais. A produção de saberes da medicina da mulher fornece evidências dos principais procedimentos por meio dos quais reduziram-se a

subjetividade e as diferenças das mulheres a um conjunto de sintomas pré-fixados pelo saber médico." (MARTINS, 2004, p. 142)

No início do século XIX, pode-se perceber melhor os efeitos do que é chamado de medicalização da sociedade em algumas camadas sociais, especialmente na burguesia, e em algumas regiões urbanas da França, Inglaterra e Estados Unidos. Mas mesmo nestes países vários grupos sociais mais afastadas das grandes cidades continuaram alheios à nova autoridade médica, mantendo seus costumes recorrendo a outros profissionais da cura, como os curandeiros, benzedeiros e parteiras não-profissionais. Essa importante mudança no campo do saber médico teve um impacto imediato na antiga arte dos partos. Esta arte dos partos deveria acompanhar as transformações científicas, vindo a tornar-se uma ciência produzida exclusivamente pelos médicos, que seriam assistidos por parteiras treinadas e submetidas a sua autoridade. Além disso, os conhecimentos científicos produzidos ao longo do século XVIII sobre a diferença sexual sobrepujaram-se, com frequência, a um imaginário de crenças sobre os poderes secretos e maléficos dos corpos femininos.

Autores como Canguilhem (1995) e Foucault (1980) abordaram as transformações epistemológicas que afetaram a medicina como conhecimento e prática no século XIX, especialmente Foucault, investiga o novo discurso médico fundado na experiência clínica. Aborda uma das questões centrais na relação entre a medicina clínica e as ciências biológicas, a soberania do olhar na investigação científica sobre o corpo humano, quando se propõe estudar a história dessa experiência baseada na visibilidade do corpo e na relação do visível.

Não se pode entender a constituição da obstetrícia sem acompanhar o engendramento de uma nova relação entre o saber médico e a representação do corpo feminino. Construir um saber sobre a gravidez e os partos naturais exigiu dos médicos a reorganização do método de investigação do corpo da mulher, fundado no que Foucault (1986) chamou de princípio da visibilidade obrigatória. O saber médico deixou de ser apenas uma interpretação dos sintomas ao estabelecer a relação entre o que era visto (os sinais do corpo) e o que era enunciável no diagnóstico e na projeção futura do prognóstico. Dessa forma o conhecimento da gravidez e do parto dependia da visibilidade do corpo feminino, que por sua vez, exigia aperfeiçoamento técnico dos exames.

"Antes do século XIX, os livros médicos de obstetrícia, os corpos femininos nunca haviam sido expostos com tal realismo. A mulher deixava de ser uma abstração ou um mistério ao ter seus corpos revelados pela ciência, o que para os médicos significava o mesmo que conhecer sua totalidade. O parto deixava de ser uma acontecimento inesperado e misterioso para tornar-se sujeito à quantificação. A história da medicina refere-se aos obstetras da metade do século XIX como verdadeiros homens da ciência." (MARTINS, 2004, p. 96)

Ao analisar o significado dos hospitais e clínicas para mulheres criados no século XIX, Ornella Mascucci (1993) diz que estes espaços eram verdadeiras galerias de tipos femininos e museus vivos de patologia que forneceram oportunidades únicas para os médicos conhecerem as mulheres e suas doenças.

A História da medicina refere-se aos obstetras da metade do século XIX como verdadeiros homens da Ciência, dedicados ao entendimento de fenômeno que exigiam habilidade, dedicação à pesquisa e compaixão pelas mulheres que sofriam no momento em que exerciam sua mais importante função.

Speert (1973) afirma em seus estudos como é interessante observar que o número de mulheres que procuravam os médicos e hospitais para dar à luz começava a se ampliar principalmente numa época em que as parteiras ainda eram numerosas e a maioria dos partos ocorriam em casa. No entanto, pode-se destacar que a partir das décadas de 1820 e 1830 iniciou-se um processo de transição do parto doméstico para o parto hospitalar em alguns países europeus, principalmente na França, na Inglaterra e na Alemanha, coincidindo com a grande produção do saber obstétrico.

No Brasil, somente no século XX, as faculdades de medicina passaram a ter um espaço adequado ao ensino das clínicas obstétrica e ginecológica, quando começaram a ser construídas as primeiras maternidades do país. Até então, o ensino teórico foi mais privilegiado e com ele difundiu-se, entre os estudantes e os futuros médicos, como também, boa parte do conhecimento das duas especialidades produzido na Europa foi propagada pelos alunos nas suas teses de conclusão de curso. Como confirma Nunes:

"Embora o interesse pela mulher estivesse disseminado nas teses de higiene, psiquiatria e medicina legal, a discussão em torno das idades do corpo feminino se deu particularmente nos campos da obstetria e da ginecologia, afinal eram as duas especialidades com autoridade legítima para discorrer a respeito do assunto. [...] Conhecer as transformações do corpo feminino que tornavam a mulher apta pra a reprodução era um importante passo não só na construção do conhecimento, como também na argumentação médica sobre assuntos como a idade adequada para o casamento e a maternidade." (NUNES, 1983, p. 110)

Parece que a aceitação das mulheres brasileiras em dar à luz nos hospitais de Salvador e do Rio de Janeiro esteve relacionada à melhoria das instalações e do atendimento, bem como a divulgação dos serviços obstétricos prestados pelos médicos e parteiros diplomados que passaram a integrar as equipes obstétricas dos hospitais.

O acirramento das relações de trabalho no país no começo do século XX acompanhado de um notável crescimento urbano e da problematização da questão da mulher pelos médicos e intelectuais proporcionaram as condições necessárias para a divulgação do ideário reformista da assistência médica, resultando na construção de maternidades em várias cidades brasileiras a partir da primeira década do século XX, como Salvador, Recife, Belo Horizonte, Fortaleza e Curitiba.

O conhecimento do mecanismo do parto teve grande impacto na extensão do controle médico sobre o corpo feminino. A obstetria tornou-se um estudo preciso, quase matemático, ao transformar o corpo materno num espaço analisável, mensurável e passível de intervenção. E em consequência disso as funções de parteira também tiveram seus brios ameaçados.

"A divulgação da imagem do médico protetor da mulher foi de grande importância para a legitimação do obstetra e para a aceitação das mulheres a dar à luz no hospital. Com a sofisticação dos exames de diagnóstico da gravidez no século XX, a segurança dos procedimentos cirúrgicos e a mudança de ênfase para a saúde e o bem-estar do recém-nascido, os obstetras conseguiram ter controle não só do parto, mas do período gestacional, com o desenvolvimento do conceito de exame pré-natal." (MARTINS, 2004, p. 100)

Não se defende aqui uma atitude anticientífica nem uma posição feminista nos moldes da década de 1970, que via na invenção e no aprimoramento do fórceps uma forma de usurpação masculina dos saberes femininos e a sujeição dos corpos a práticas punitivas. Não se pode negar que a aplicação correta dos instrumentos obstétricos, a exemplo do fórceps, facilitou partos que poderiam acabar em tragédia. O enfoque aqui é sobre a natureza deste tipo de saber que teve, no mapeamento do corpo feminino e no desenvolvimento de tecnologias específicas, as condições essenciais para a formação de uma especialidade médica, bem como de uma autoridade para enunciar a verdade sobre seu objeto.

CAPÍTULO III: Discursos sobre parteiras

O domicílio da parturiente foi, durante séculos, o local por excelência onde se realizavam os partos normais e complicados. A parturiente contava com ajuda de parteira ou pessoa do grupo de convivência, cuja função era pegar a criança. Pode-se dizer que assistir ao parto fazia parte das responsabilidades domésticas da mulheres, não havendo hierarquia social e de gênero entre quem atendia e quem era atendida. Os pudores de expor o corpo a um "homem" e o aconchego do lar, afastava algumas parturientes dos hospitais e maternidades, mesmo muito próximas delas. A presença constante da parteira ao lado da parturiente, até o nascimento da criança era também um desses fatores que as mantinha-as em seus quartos. Porém se faz necessário analisar os processos de mudanças na assistência ao parto no Brasil, tanto em domicílio quanto no espaço hospitalar.

No século XIX, os médicos eram responsáveis pelo regulamento do curso e para formação das parteiras, criados nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Regulamentando assim regras e normas de conduta segundo os preceitos por eles estabelecidos. Na literatura médica do início do século XX, não é raro se deparar com críticas às parteiras leigas, sobretudo no que diz respeito à falta de conhecimentos básicos de higiene, à prática de manobras de forma incorreta e o uso inadequado de medicamentos.

Nas primeiras décadas do século XX o processo de medicalização dos nascimentos consolida o campo da "saúde materno-infantil" o qual compreende ações dirigidas às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, que têm como objetivos básicos garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna. Até hoje, grande parte das ações de saúde coletiva que ocorrem na unidade básica de saúde no Brasil são inspiradas na proposta de atenção materno-infantil. Garantindo assim uma sociedade mais produtiva e menos problemática.

Para entender as posições de obstetras, parturientes e parteira hospitalar, sobre as parteiras tidas como "tradicionais", foram feitas entrevistas que abordavam o tema, cujas informações foram analisadas através dos discursos empregados, levando em consideração o contexto em que cada um estava inserido.

Os informantes cujas falas tornaram-se fundamentais para esta parte do trabalho, foram:

- José Geraldo Silva, 57 anos, obstetra.
- Antônia Monteiro Viana, 50 anos, parteira.
- Geusida Moreira da Costa, 74 anos, aposentada.
- América Silva de Oliveira, 78 anos, aposentada.
- Elisabeth Rodrigues de Melo, 51 anos, dona de casa.

3.1. Identidades de parteiras na sociedade pós-moderna sob o olhar das parturientes

Nas últimas duas décadas do século XIX, o meio médico europeu foi tomado pela discussão a respeito do atendimento hospitalar e da assistência filantrópica às mulheres pobres durante a gravidez, no momento do parto e no puerpério. Desde o final do século XVIII, alguns hospitais haviam reservado enfermarias ou mesmo criado maternidades com esta finalidade; inicialmente as maternidades eram utilizadas pelas mulheres mais pobres, as mulheres de posses se mantinham em seus dormitórios ao lado de uma parteira e/ou do médico da família. A cultura de parir em hospitais ainda estava sendo absorvida. As pesquisas de Ana Paula Vosne Martins (2004), justifica esta nítida recusa pelos partos em hospital no Brasil no século XIX:

"Criados em uma época em que a obstetrícia ensaiava seus primeiros passos em direção à especialidade, nestes hospitais não havia nenhum tipo de cuidado diferenciado com as parturientes, sendo as mesmas colocadas próximas a outros doentes ou a mulheres que haviam dado à luz e agonizavam de febre puerperal." (MARTINS, 2004, p. 196)

No Brasil Colônia, as parteiras tinham uma participação social muito grande, atendiam desde ricas senhoras até escravas, acompanhavam a parturiente durante o parto e um pequeno período pós-parto. Além de parteiras, muitas ainda eram curandeiras e rezadeiras, se apropriando assim da medicina popular. Com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, e o desenvolvimento da urbanização, a Medicina começa a ganhar um espaço especial, agora acobertada pelo Estado, que tem a preocupação de instituir lugares para os tidos leigos e para os doutores, cujo objetivo principal era diminuir a mortalidade e expandir a população brasileira, principalmente para áreas pouco habitadas.

O Rio de Janeiro, muda gradativamente seus hábitos, afinal a capital do Reino Unido de Portugal tinha que se desenvolver e tornar-se a mais européia possível. Para isso contavam com o apoio dos médicos e higienistas que divulgavam as novas idéias científicas que envolviam, entre outras coisas, o ritual do parto. Seus discursos reforçaram o objetivo do Estado em relação a população durante os próximos séculos. O discurso é uma realidade material de coisa pronunciada ou escrita; inquietação face a essa existência transitória destinada sem dúvida a apagar-se, mas segundo uma duração que não nos pertence.

É claro que sabemos, que numa sociedade como a nossa, há existência de discursos e procedimentos de exclusão. É como se o discurso fosse um dos lugares onde estas regiões exercem, de maneira privilegiada, algumas dos mais temíveis poderes. O discurso, aparentemente, pode até nem ser nada de por ali além, mas no entanto, os interditos que o atingem, revelam, cedo, de imediato, o seu vínculo ao desejo e o poder. E com isso não há com que admirarmo-nos: uma vez que o discurso, não

simplesmente o que manifesta o desejo; é também aquilo que é objeto de desejo e porque o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas é aquilo pelo qual e com o qual se luta, é o próprio poder de que procuramos assenhorear-nos. Há sem dúvida uma vontade de verdade no século XIX, que não coincide com a vontade de saber que caracteriza a cultura clássica, nem pelas formas que põe em jogo, nem pelos domínios de objeto aos quais se dirige, nem pelas técnicas em que se apoia. Tudo se passa como se a partir da grande partilha platônica a vontade de verdade tivesse a sua própria história, que não já a das verdades que constroem: história dos planos de objetos a conhecer, história das funções e posições do sujeito que conhece, história dos investimentos materiais, técnicos, instrumentais do conhecimento

A produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por papel exorcizar-lhe os poderes e os perigo refrear-lhe o acontecimento aleatório, disfarçar a sua pesada, temível materialidade. Por isso buscamos perceber através dos discursos obtidos pelas entrevistas, como a parteira foi localizada socialmente, com a divulgação e a popularização da obstetrícia, e principalmente com o surgimento das maternidades. Analisando também algumas literaturas que abordam a medicina da mulher e a função das parteiras tidas como tradicionais. Para isso o estudo dos discursos das entrevistas foram fundamentais.

Foucault desenvolveu, entre muitas outras, uma chamada "Teoria genealógica" que tenta explicar mudanças nos sistemas de discurso através das conexões destes às práticas não discursivas de exercício do poder social, ligados a um controle social. Foucault propõe uma complementação da teoria original de Nietzsche e afirma que *"todo e qualquer discurso é uma clara tentativa de exercício de poder social"* (FOUCAULT, 1975), afirmando ainda que qualquer regime de poder dá vida a um sistema de conhecimento sobre os objetos que pretende controlar. Este conhecimento pode, no entanto, em sua objetividade, ir além do projeto de dominação a partir do qual foi criado.

No livro *A História da Sexualidade: a vontade de saber*, Foucault discorre sobre como o poder é produzido por relações particulares com saberes.

"Estes saberes não são universais, mas se instituem enquanto verdades num processo que produz poder, não podendo esta verdade, necessariamente relativa, ser validade em nenhuma instância metafísica ou exterior à realidade social. Ou seja, os saberes que se instituem enquanto verdadeiros (num sentido não absoluto mas relativo) estão relacionados as relações de poder particulares, a práticas cotidianas, a instituições, que representam a instrumentalização do poder associado aos saberes que legitimam aquelas práticas." (FOUCAULT, 1980, p. 98)

Uma dimensão importante do pensamento de Foucault está representada pela investigação da forma como a representação, o discurso e o conhecimento estão intimamente ligados a práticas sociais e a questão relativas ao poder, ou à forma como determinadas pessoas têm acesso diferencial a certos discursos ou têm mais autoridade para falar sobre certos assuntos, ou para construir determinadas representações. O ritual do parto não está isento desta relação de poder.

Com o desenvolvimento da Ginecologia e da Obstetrícia no século XIX, o espaço da parto é invadido pela presença do especialista munido de instrumentos para realizar partos simples e difíceis, sendo o espaço doméstico, no qual as parturientes eram tradicionalmente atendidas, gradualmente sendo substituídos pelas maternidades, espaços especialmente preparados para o atendimento obstétrico, mas que inicialmente eram recusados por muitas mulheres. Mechelet refere-se a estes locais como casas lúgubres, impregnadas de miasmas que tantas vidas maternas colhiam:

"Sempre entrei aterrorizado nesses velhos e sombrios conventos que servem de hospitais hoje. Por mais que a limpeza das camas, dos soalhos, dos tetos seja admirável, é das paredes que tenho medo. Nelas sinto a alma dos mortos, a passagem de tantas gerações desaparecidas." (MICHELET, 1995, p. 310)

Estes espaços não gozavam de boa fama e eram vistos pelas mulheres como último recurso. Temos que levar em consideração que a recusa em parir em maternidade tinham uma relação direta com o pudor. Pois muitas mulheres nunca tinham ido se consultar com médicos, principalmente com ginecologistas, nunca tinham exposto seus corpos, que não fossem as parteiras, as quais por serem também mulheres lhe passavam a segurança de entendê-las no momento do parto. Se expor ao toque e ao manuseio de um médico ainda era um grande obstáculo para as parturientes. Como afirma a fala de D. Geusida, que apesar de trabalhar no Hospital D. Pedro I, em Campina Grande, ainda preferia dar à luz em casa:

"Quando eu fiquei grávida do meu primeiro filho em 1955, já pensei logo em ter em casa, com D. Eurides Cabral, assim como minhas vizinhas. Ela era muito conhecida. Era a parteira de todo mundo que morava ali pertinho. [...] Em casa, nós ficava mais a vontade num é? Era só eu e D. Eurides, num tinha ninguém olhando. No hospital as mulher fica naquelas posição feia né? Agente ficava com vergonha porque naquela tempo só tinha médico homem e hoje existem muitas médicas, aí a vergonha diminui..."

Além do pudor, que reforçava o temor de uma mulher que nunca teve o corpo tocado por outro homem que não fosse o seu marido, a pobreza que atingia uma gigantesca parcela da população

brasileira no século XX, afastava as parturientes das maternidades, em especial nos bairros periféricos das cidade e da zona rural. Afinal, para se chegar aos hospitais e maternidades era preciso se locomover, e transportes automobilísticos além de difíceis, eram caros. Quando se tem filhos em hospital, normalmente existe um receituário onde os médicos indicam remédios para a mãe e a criança. Esta obrigação de comprar remédios assustavam famílias muito carentes, que tendo filhos em casa, não tinham esta despesa. Além do mais o aconchego do lar e frieza dos hospitais reforçava a posição das parturientes sobre o parto doméstico feito por parteiras.

"Gostava de ter menino em casa porque tava lá junto de todo mundo, do meu marido, do meus meninos, que eram todos pequenos. Num tinha quem ficasse com eles né? E em casa a gente era bem tratada. Na maternidade, assim que ganha o neném mandam logo pra casa. E em casa, a gente fica trancado no quarto, num leva vento, é mais visitada. Nessa época a gente passava três dias deitada. Eu era muito mimada nesse tempo." (D. Geusida)

No século XIX, os médicos e obstetras higienistas chocavam-se com a realidade das mulheres pobres que precisavam trabalhar para viver e não tinham meios para pagar um médico, procurando assim os serviços das parteiras ou comadres. A solução para o problema estava na organização de uma Assistência Pública mantida pelo governo responsável pela criação de maternidades, ambulatórios, distribuição de enxovais e o pagamento de indenização para as trabalhadoras no período que se ausentassem do trabalho. Este discurso assistencialista começou a encontrar um significativo grupo de adeptos, especialmente entre os médicos mais famosos do final do século XIX e início do século XX, principais defensores de uma obstetrícia social, voltada para a disseminação dos preceitos higiênicos e científicos entre a população mais pobre dos principais centros urbanos brasileiros.

D. América narrou as dificuldades sofridas no momento de dar a luz ao primeiro filho, na zona rural de Cajazeiras no ano de 1942, ainda com 17 anos de idade. Os medos que envolvem um parto eram superados com o apoio da família e vizinhas que aprenderam ao longo de gerações a tecer uma teia de solidariedade em torno do parto, as preces e orações, as promessas e as iniciativas em busca de um "socorro", se concentravam na parteira que recebiam esse dom necessário, que geralmente era passado de mãe para filha, onde as mesmas não recebiam nada em troca, a não ser uns "agradinhos" (dinheiro, galinhas, porções de feijão...) e o reconhecimento de ser chamada de "comadre":

"Quando eu completei os nove meses do meu primeiro menino, eu e meu velho, estava na casa de uma irmã dele, num sítio perto de Cajazeiras, quando eu comecei a sentir as dores. Ai disseram a ele que tinham um mulher que era parteira, ai ele foi atrás dela. Ave

Maria, chegaram de madrugada. Sofri tanto, era a primeira criança, eu era muito nova, sem experiência, nunca fiz um pré-natal, achava até que ia morrer. [...] As coisa muito difícil nesse tempo, num se falava em médico, os hospitais eram todos muitos distantes, os carros eram muito difíceis. " (D. América)

Segundo Martins (2004), o atendimento obstétrico e ginecológico no Brasil nos primórdios do século XX, era realizado de acordo com a origem social e racial das mulheres. Aquelas que podiam pagar e estavam cercadas de atenções familiares eram atendidas geralmente em casa pelo médico da família ou por uma parteira de confiança. As mulheres pobres, mais que ainda tinham algum recurso, também recorriam às parteiras. Somente as mulheres que viviam na mais completa miséria e abandono procuravam as enfermarias dos hospitais. D. Geusida, que trabalhava no Hospital Dom Pedro I e recebendo as constantes "conselhos dos médicos" no seu ambiente de trabalho, ainda se mantinha em casa na hora do parto. Era como se reforçasse a fidelidade a sua comadre parteira, mesmo com os discursos negativos que os médicos reproduziam em relação a parteira, a intimidade e os laços de amizade e de confiança falavam mais alto. A experiências das parteiras davam as parturientes a segurança necessária:

"Eles (os médicos) diziam para eu num ter filho com parteira porque diziam que elas eram ignorantes, sem instrução. Mas a do hospital, lá no Pedro I, onde eu trabalhei, eles falavam muito bem. [...] As minhas parteiras eram de confiança e elas diziam que qualquer coisa, a gente corria para o hospital." (D. Geusida)

Torna-se explícito uma relação de rebeldia como o Saber médico/hospitalar, como também uma ambivalência das crenças, o medo do não-socorro e da não-solidariedade.

A campanha de médicos para a construção de maternidades no Brasil e a organização da assistência médica e social levantam algumas dúvidas quanto à periodização do processo de hospitalização do parto. Comumente aceita-se que esse processo tenha ocorrido a partir de 1960; no entanto, o que se observa pela documentação hospitalar é que as mulheres procuravam as maternidades desde as primeiras décadas do século XX. Qual a explicação para a mudança do parto doméstico para o parto hospitalar? Possivelmente, não exista uma só explicação, mas um conjunto de circunstâncias que favoreceram a mudança.

Na passagem para o século XX, já estava se constituindo a medicina da mulher no Brasil, apesar das dificuldades impostas pela precariedade do ensino e das instituições hospitalares que não eram adequadas para a clínica obstétrica e ginecológica. Especialistas em saúde da mulher e em sua especialidade sexual, os ginecologistas e obstetras brasileiros estavam preocupados com a formação dos médicos e com as condições de saúde das mulheres.

Os novos termos médicos científicos foram surgindo para determinar lugares, inclusive para as parteiras que foram também chamadas (por muitos) a partir da década de 50 no Brasil, de Assistentes, termo este que transparecia a integração obstetra-parteira, no auxílio ao parto. Porém a Assistente (auxiliadora) tornava-se coadjuvante na cena do parto, o médico tinha o conhecimento institucionalizado, oficializado e determinado pela ciência, enquanto que a parteira tinha a prática e a tradição. A integração entre ambos se inicia no próprio domicílio da parturiente e com a predominância dos partos em maternidades e hospitais no século XX, determina definitivamente o controle do parto nas mãos dos obstetras. Mas que, ainda, precisavam da dedicação e do acompanhamento da parteira para o bom andamento de seu trabalho. Algumas parteiras tidas como tradicionais se integraram aos hospitais e maternidades como parteiras hospitalares, outras, continuaram a atender exclusivamente em domicílios.

Durante a fala de D. América, a palavra "*Assistente*" foi utilizada como sinônimo de parteira, e foi lançada a pergunta: por que a parteira recebeu este nome de assistente? Prontamente o esposo de D. América, S. Francisco, respondeu: "*Essa palavra apareceu muito, muito tempo depois, com a 'nova civilização' que veio esses nomes mais adequado*". Porém, nas "entrelinhas" da fala, a condição de Assistente, não retirou o lugar tradicional das comadres-parteiras.

Na década de 1950, uma das únicas formas de atendimento ao parto disponível para a grande maioria das mulheres brasileiras, ainda eram as parteiras. Dar a luz fora de casa era uma situação anormal. Os hospitais eram procurados, apenas em casos extremos, pelas pessoas que não tinham mais a quem recorrer.

Nas primeiras décadas do século XX, os hospitais e maternidades passaram por uma campanha (produção de novas subjetividades em torno da gestação e do nascimento) de valorização, pouco a pouco, foram sendo promovidos e aconselhados como locais seguros para a parturição, independentemente da condição social e da indicação clínica. Porém existia uma grande distância entre aquilo que era prometido pelos médicos e o que ocorria na prática. No final dos anos 30 e início dos anos 40, o parto passava a ser visto não mais como um processo fisiológico, mas potencialmente perigoso, de caráter essencialmente médico. Embora os discursos médicos, produzidos pelas literaturas científicas, fossem direcionados a um pequeno número de leitores, são reveladores não só das idéias sobre a mulher, mas também da apropriação de teorias e doutrinas sobre as diferenças sexuais e da interpretação que deram a elas, formulando um discurso próprio a respeito da natureza feminina e do papel social da mulher.

A entrada dos médicos obstetras na prática de produção do parto, inaugura não só o esquadramento do corpo feminino, mas também a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar da medicina. A intenção dos obstetras era legitimar na especificidade da medicina do feminino no século XIX, definindo objetivos, categorias, e teorias fundamentais para suas práticas.

Com a popularização da medicina e regulamentação da obstetrícia no Brasil, o interesse dos médicos em controlar a função das parteiras, se tornaria constante. Pode-se dizer, porém, que a fiscalização do exercício profissional das parteiras sem diploma pelas autoridades do Serviço Sanitário não foi cumprida com rigor nas primeiras décadas do século XX. As parteiras continuaram a exercer a profissão, amparadas pelas parturientes, pelos médicos e até mesmo pela própria Justiça. A fiscalização e a punição das parteiras pelos poderes competentes era muito difícil e argumentava-se que em geral, os próprios médicos não as denunciavam. Pois o processo de subjetivação é lento, e o acesso as maternidades e hospitais ainda não era acessível para todos, principalmente nos locais mais pobres do Brasil. Como também a rejeição das próprias parturientes em ter filhos neste locais. Esses fatores fizeram com que os obstetras e parteiras dialogassem e interagissem. Se faz necessário, portanto, perceber a contextualização e as graduais posições das parturientes e médicos em relação ao trabalho e a importância das parteiras na sociedade, identificando assim, os argumentos que justificam a adesão do parto em casa e as recusas da mudança desses partos domiciliares para os partos hospitalares.

As parteiras, embora fossem frequentemente criticadas por uma parcela da classe médica, eram vistas como necessárias, devendo por isso passar por um aprendizado feito numa escola sob a supervisão dos médicos, buscando-se a medicalização e a institucionalização do parto.

A partir de meados do século XX a presença do médico passava a ser considerada fundamental no atendimento ao parto e a hospitalização como o ideal a ser atingido, um exemplo a ser seguido, sinônimo de civilização. Nesta fala de D. América, podemos perceber a influência e a popularização do discurso científico, que estava se expandindo no cotidiano das parturientes: *"Se fosse hoje, eu só tinha tido menino no hospital. Graças a Deus eu tive muita sorte, porque em casa só a graça de Deus, não tem recurso nenhum e no hospital tem socorro a qualquer hora."*

A substituição das parteiras tradicionais pelas medicalizadas não foi imediata: não só coexistiram por muito tempo, como, em algumas regiões, as parteiras diplomadas acabaram fazendo treinamento com as *"desqualificadas"* parteiras tradicionais. No século XX, foram programadas reformas sanitárias visando a diminuir a mortalidade materna e a infantil, destacando-se entre elas a remodelação e a ampliação dos serviços nas maternidades, a transferência dos partos no domicílio para as maternidades e a criação de uma série de outros serviços que iam desde o pré-natal até o desmame. Se tais medidas tiveram repercussão na vida das parturientes e dos bebês, também refletiram na situação profissional das parteiras, que viram seu campo de trabalho invadido não apenas por médicos, mas também por profissionais como enfermeiras, visitadoras sanitárias e assistentes sociais.

Benedita Celeste de Moraes Pinto (1998), com base em relatos orais, analisou as práticas cotidianas de parteiras e curandeiras na região do Tocantins, no Pará - norte da Amazônia. Muitas dessas mulheres, descendentes de antigos quilombolas, além de prestar assistência ao parto, foram fundadoras e líderes de povoados, organizaram e conduziram rituais religiosos e realizaram inúmeras

atividades para subsistência do grupo, algumas delas nem sempre identificadas como atividades femininas, como a derrubada das matas, o preparo do terreno para a agricultura, a caça. Ainda hoje, a presença dessas mulheres nesses povoados rurais é indispensável: além de parteiras, são as únicas "médicas", "enfermeiras", "farmacêuticas" da região.

Benedita Celeste destaca que, se de um lado suas histórias de vida as revelam como mulheres independentes, respeitadas e valorizadas, de outro, apontam para a vivência de situações de opressão e desqualificação diante dos serviços de saúde, por elas terem aprendido o ofício na prática com outra parteira, sem supervisão médica.

D. Elisabeth, uma das entrevistas, foi parturiente na cidade de Pocinhos, na década de 70, período este onde parteiras ditas tradicionais e a maternidade da cidade atendiam as gestantes. Mesmo que as mulheres já davam preferência a maternidade na hora de dar a luz.

"Quando eu fiquei grávida, eu ouvia histórias de mulheres que tinham filhos em casa, e elas se mostravam muito satisfeitas, mas eu ainda não confiava, não que não existisse parteiras competentes, porque existia, mas é porque a minha mãe me aconselhou muito, pra que eu fosse pra maternidade. Até porque eu tive uma prima que morreu de parto em casa. E foi na mão de uma parteira, mas é claro que não foi culpa dela. Foi porque chegou a hora dela mesmo. E nas mãos dos médicos a gente se sente mais segura. [...] O povo já estavam se conscientizando de ter filhos na maternidade. "

D. Antônia, que é parteira no ISEA (Instituto de Saúde Elpidio de Almeida), em Campina Grande, desde 1989, conhecida como Tita, não esconde o respeito para com as "parteiras tradicionais", já que a mesma disse ter nascido com a ajuda de uma senhora que era comadre de sua mãe.

Mas o seu discurso legitima a superioridade do saber médico em relação as parteiras. Acha-as importante, porém quando não existiam médicos acessíveis. Mas hoje indiscutivelmente o discurso favorável termina recaindo para os obstetras, que na fala de Tita, transpareceu forte, seguro, preparado.

"Um parto quando é normal, não tem problema, mas mesmo assim todo mundo tem de ter filho em Hospital, porque aqui se pode fazer um cesário, prestar um socorro ligeiro e em casa é muito arriscado. Antigamente era normal, porque num tinham médico, mas hoje, só num vem quem num quer mesmo. "

O obstetra, Dr. José Geraldo, defende fervorosamente em suas palavras, a importância do obstetra e do hospital para a vida e o bem-estar da criança e da mãe, legitimando o controle fundamentalmente médico sobre o parto:

"As parteiras tidas tradicionais eram muito importantes quando os hospitais e maternidades ainda não eram acessíveis. Mas hoje é de fundamental importância o acompanhamento médico, o pré-natal, o atendimento hospital, pois temos a técnica, elas podem até ter a experiência, mas nos temos a técnica e os recursos necessários, para qualquer eventualidade. Mas eu não estou negando, que as parteiras domiciliares tiveram sua importância social. Elas eram importantes, indiscutivelmente. "

Deve-se criticar a compreensão naturalizada da reprodução e da sexualidade, tratadas como dimensões biológicas da esfera privada da vida dos indivíduos, como se nessa cena não se inscrevessem relações de poder e hierarquia. Como fala Dr. José Geraldo:

".e as grandes complicações, acabavam sendo empurradas para os hospitais. Já atendi doentes, que foram muito manipuladas por parteiras, algumas preparadas, outras não preparadas, e quando chegavam ao hospital, nem nós conseguíamos resolver, por mais que nos esforçamos, e infelizmente a doente ou a criança chegavam a falecer."

Acredita-se que a transferência do local de parto de casa para o hospital representou a definitiva desritualização do parto para o hospital, mas resultou na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico.

A relação parteira/parturiente desde o Brasil Colônia era muito pessoal. Com o desenvolvimento da urbanização e da higienização nos centros urbanos, as relações interpessoais tornaram-se mais individualizadas, o que acabou refletindo nos laços sociais. Gradualmente as parteiras tradicionais, foram sendo menos solicitadas e conseqüentemente deixando de ser comadres. As famílias tornaram-se menores, mais individuais, mais fechadas e mais crédulas da Ciência, deixando de lado os rituais tradicionais, inclusive o parto domiciliar.

E inegável ressaltarmos a importância dos discursos que tem autoridade institucional e principalmente com respaldo científico. Porém, percebemos que apesar do poder atribuído aos médicos obstetras, as parteiras também tiveram sua participação social ainda muito evidente mesmo com a popularização e a divulgação da obstetria e das maternidades. Houveram ambivalências entre obstetras e parteiras, mas também, uma interação para atender, da melhor maneira possível a

necessidade das parturientes. Interação esta, que foi percebido nas falas dos entrevistados, quando a valorização de ambos foi destacada. Os discursos transpareceram os reflexos das grandes mudanças socio-culturais de nossa sociedade, e que se manifesta inclusive no ritual do parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alvo do nosso trabalho, foi o estudo das mudanças dos papéis das parteiras no Brasil, em um momento crucial da história da assistência ao parto, quando começa a se verificar um crescente envolvimento dos médicos na cena do parto, já no século XIX, e os discursos que permeavam as práticas das parteiras tradicionais. Embora a medicalização do parto e da perda do poder das parteiras seja um tema muito discutido na historiografia internacional, os registros apontam para singularidade e da impossibilidade de se fazer uma leitura linear desse processo. Essa passagem não foi semelhante em todos os lugares, inclusive no Brasil, nem significou a perda imediata da importância e do poder das parteiras, fossem elas tradicionais, fossem formadas segundo o modelo biomédico.

A pesquisa evidencia que gradualmente a parteira tida como tradicional, foi perdendo espaço e posição no campo obstétrico em relação à arte de partejar, embora muitas parturientes ainda mantiveram-se fiéis aos cuidados de sua "*comadre*" por confiança e tradição, ou pelo pudor de se expor a um homem (obstetra) numa maternidade longe do aconchego do lar.

O médico obstetra foi se destacando, e concentrando em seu poder o monopólio do parto hospitalar e o controle do campo, como também a enfermeira diplomada, ambos acobertados pelo discurso institucional da medicina científica que buscava obter a vitória sobre a parteira.

Esta transferência de reconhecimento do saber das parteiras para o saber dos médicos, foi sendo construindo sob o alicerce da ciência moderna, que faz parte de um contexto histórico amplo, arraigados nas fundamentações da Revolução Científica europeia e da ideologia burguesa.

As mudanças e permanências no campo dos saberes sobre o nascimentos, no Brasil relacionam-se à divulgação e à incorporação, em maior ou menor escala, de determinadas idéias e conceitos a respeito de atraso e modernidade. Inicialmente, o modelo científico, seguido pelos médicos brasileiros, baseava-se na visão médico-científica europeia e, posteriormente, na americana.

Observou-se que esse modelo no Brasil, cujo apogeu se deu na década de 1960, foi vitorioso, menos em função da adesão das mulheres das classes populares a um modelo medicalizado do que das relações de poder entre a medicina, representada pelas parteiras formadas pelos cursos de partos que passaram a atuar nas maternidades e as práticas e saberes populares das parteiras tradicionais.

Claro que o processo de medicalização do parto no Brasil não se deu de forma homogênea, o contexto da Paraíba não tinha as mesmas peculiaridades em relação aos centros urbanos de estados do sudeste como São Paulo e Rio de Janeiro, onde a divulgação e popularização de maternidades se deu de maneira mais rápida, através das campanhas de urbanização e higienização. Esta pesquisa ainda está por ser feita.

Os discursos das parturientes instituem identidades para as parteiras que se desloca socialmente com a divulgação e a popularização da Obstetria. As informantes que viveram

experiências como parturientes, quando eram moradoras da zona rural, mostraram-se mais adeptas e seguras em relação ao parto domiciliar, enquanto as parturientes que residiam (e residem) na zona urbana, construíam identidades mais favoráveis aos médicos e as maternidades, pois refletiam os discursos de modernidade proliferados nas cidades. Mas sem deixar de transparecer o respeito e a importância das parteiras tidas como tradicionais, pois sabem que as mesmas recebiam em suas mãos a vida de gerações.

A percepção e a sensação que fica é que muito ainda pode ser pesquisado, muitas ausências ainda precisam ser preenchidas, muitas mulheres ainda precisam ser ouvidas, muitas histórias narradas, e principalmente, a necessidade de valorizar as histórias das parteiras, parturientes e obstetras em torno do parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALGRANTI, Leila Menzan. Honradas e Devotas: mulheres da colônia - condição feminina nos conventos e recolhimentos do Sudeste do Brasil (1750-1822). Rio de Janeiro / Brasília: José Olympio/Edunb, 1993.
- BLACK, D. C. Displaced the midwife by the male physician. In: HUBBARD, R. et al. (Eds.) *Biological Woman: the convenient myth*. Rochester: Schenkman Books, 1982.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar* - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
- DEL PRIORE, Mary. A maternidade da mulher negra no período colonial brasileiro, em *Estudos CEDHAL*, 4 (1989).
- DEL PRIORE, Mary. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia - 2ª. Edição - Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.
- DIEPGEN, P. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Labor, 1932.
- Engel, Magali. *Psiquiatria e feminilidade*. In: DEL PRIORE, M. (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. 1 ed. São Paulo, Contexto, 1997
- FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1999.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: uma história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1986.

- GÉLIS, J. L'Arbre et le Fruit: la naissance dans l'Occident moderne - XVI-XIX siècle. Paris: Fayard, 1984.
- KNIBIEHLER, Yvonne. Les médecins et la nature féminine au temps du Cose Civil. Annales ESC, 4: 824-845, juil.-août, 1976.
- LAGET, M. La naissance aux siècles classiques: pratique des accouchements et attitudes collectives em France aux XVII et XVIII siècles. Annales ESC, 32 (5): 950-992, 1977.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- MICHELET, J. A mulher. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- MOSCUCCI, O. The ciencia of Woman: gynecology and gerder in England-1800-1929. Londres: Cambridge University Press, 1993.
- MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1880-1920). Revista Projeto História / PUCSP, número especial (Corpo e Cultura).
- MOTT, Maria Lúcia. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). Revista de Enfermagem da USP, v. 13, nº. 1, p. 43-46, març. 2001.
- PINTO, Benedita Celeste M. Parteira Curiosa: o Dom de fazer vir ao mundo as pessoas. Revista Ágora Brasil, PUCSP, ano 2, nº. 2, 1998.
- POOVEY, M. Scenes of na indelicate character: phusiology and male artist. Feminist Review, 22: 5-22, feb., 1986.
- ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001
- ROUSSELLE, A. Pornéia: sexualidade e amor no mundo antigo: São Paulo: Brasiliense, 1984.
- SPEERT, H. Educação Intellectual, Moral e Physica. Porto: Livraria Chardron, 1907.

- THEBAUD, F. Quand nos Grand-mères Donnaient la Vie: la maternité em France dans l'ebtre-deux-guerres. Lion: Presses Universitaires de Lyon, 1986.