

Saber

tradicional

e o

saber

legitimado:

Das parteiras para a medicina da mulher

Juliana Fonseca da Silva Linhares Bueno
Mateus das Neves Gomes



2021

Saber

tradicional

e o

saber

legitimado:

Das parteiras para a medicina da mulher

Juliana Fonseca da Silva Linhares Bueno
Mateus das Neves Gomes



2021

2021 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright da Edição © 2021 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelos autores.

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Roger Goulart Mello

Dandara Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Revisão

Lucas Barbosa Pelissari

Todo o conteúdo do livro, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás



2021

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará
Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rodrigo Lema Del Rio Martins – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

B928s Bueno, Juliana Fonseca da Silva Linhares.
Saber tradicional e o saber legitimado: DAS parteiras PARA a medicina da mulher / Juliana Fonseca da Silva Linhares Bueno, Mateus das Neves Gomes. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5364-009-2
DOI 10.47402/ed.ep.b20218880092

1. Parteiras – Brasil – História. 2. Saúde da mulher. 3. Parto – aspectos culturais. I. Gomes, Mateus das Neves. II. Título.

CDD 614.253

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar

Rio de Janeiro – RJ – Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



2021

Dedico esse trabalho às Marias de minha vida!

*“É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta”*

(Milton Nascimento. Maria, Maria).

AGRADECIMENTOS

A minha filha Maria Júlia que me acompanhou nesta jornada. Tudo que faço é por ela.

À coordenação da PPGCTS e a Capes pela concessão da bolsa de demanda social que possibilitou essa pesquisa.

Ao orientador Mateus da Neves Gomes por me aceitar como orientanda mesmo na etapa final da minha pesquisa.

À Prof^ª Dra. Cíntia de Souza Batista Tortato por me ensinar a ver o mundo por outra perspectiva e me apresentou as discussões de Gênero que foram fundamentais para a construção dessa dissertação.

À minha família por sempre me apoiar nos momentos de dificuldade.

Aos meus colegas Alexandre Chiarelli, Bruna Ronconi, Daniele Borges, Isabela Ribeiro Ferreira e Kellen Smak que compartilharam as mesmas angústias e alegrias no decorrer do curso. E principalmente, Ana Cláudia Coutinho e Fabíola Soares por serem grandes amigas, ouvintes e confidentes nesses últimos meses.

“Nem a verdade é livre por natureza nem o erro é servo: que sua produção é inteiramente infiltrada pela relação de poder”

(FOUCAULT, 2017, p. 67)

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	06
1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 PROBLEMA	16
1.2 OBJETIVOS.....	17
1.2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	17
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
1.3 JUSTIFICATIVA.....	17
2. CONCEPÇÕES METODOLÓGICAS E TEÓRICAS	20
2.1 METODOLOGIA.....	20
2.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
2.2.1 HISTÓRIA E GÊNERO.....	22
2.2.2 CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE (CTS).....	28
2.2.3 THOMAS KUHN: UM OLHAR SOBRE A CIÊNCIA A PARTIR DA ESTRUTURA DAS REVOLUÇÕES CIENTÍFICAS.....	28
2.2.4 O PROGRAMA FORTE DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO.....	30
3. REVISÃO DA LITERATURA	32
3.1 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE AS PARTEIRAS	32
3.2 CORTE AO MAR: O PROCESSO DE CIENTIFIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CURA NO BRASILEITOCENTISTA.....	37
3.3 A MEDICINA DA MULHER: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA.....	41
3.4 ENTRE A PRÁTICA E A CIÊNCIA: O ESTABELECIMENTO DA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL.	44
4 A TÉCNICA DAS PARTEIRAS ENQUANTO PRÁTICAS CULTURAL.....	51
4.1 A TÉCNICA E O CONHECIMENTO TÁCITO	51
4.2 A CONSTRUÇÃO DO SABER-FAZER DAS PARTEIRAS: DA ORALIDADE À TÉCNICA.....	54
4.3 COMPENDIO DAS DOENÇAS E OUTRAS INDISPOSIÇÕES DAS MULHERES: PARA SERVIR DE GUIA ÀS PARTEIRAS NA ARTE DE CURAR.	58
5 O DISCURSO MEDICO BRASILEIRO NA MEDICINA DA MULHER.....	68
5.1 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE ALGUMAS TESES APRESENTADAS PARA A FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.....	68
5.2 CHARLATANISMO E O MOVIMENTO DE DESQUALIFICAÇÃO DO SABER- FAZER DAS PARTEIRAS ENQUANTO MECANISMO DE LEGITIMAÇÃO DA MEDICINA DA MULHER.	80
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS	88
FONTES HISTÓRICAS.....	95
SOBRE OS AUTORES.....	98

1. INTRODUÇÃO

O útero he o pêndulo regulador da saúde da mulher: o systema uterino he no dizer de Hippocrates a séde, ou origem de grandes enfermidades. “*Propter uterum mulier tota morbus est*”¹ (COELHO, 1845, p. 11).

Madre, órgão vital feminino que possuía duas bocas que ao se alimentar definia o futuro da mulher, “discriminando-os para a maternidade” ou para a devassidão (DEL PRIORI, 2009, p. 175). O útero era tido como um “animal dentro de um outro animal”, possuía uma fome incessante de sêmen e ao não ser alimentado, vagava pelo corpo da mulher (MARTINS, 2000, p. 4).

A nosologia da alma e corpo feminino foi composta por uma dualidade constante entre o sagrado (a procriação) e o profano (as influências demoníacas). Céu e inferno personificado no mesmo ser e regulado pela gestação, utilizada como medicamento que controlava a ação do útero no organismo impedindo-o de “lançar a mulher em um ciclo de enfermidades” associadas à ira divina ou a influência do demônio.

De acordo com Mauss (2003, p. 65), “as mulheres são” objetos de superstições, possuem uma relação intrínseca com a magia. Seus ciclos, regras, gestações e partos “provocam espantos e apreensões que lhes conferem uma posição especial”. O sangue menstrual, um produto mágico, assim como a compreensão de que “as mulheres são especialmente sujeitas à histeria; suas crises nervosas fazem-nas então parecer possuídas de poderes sobre-humanos, que lhes dão uma autoridade particular”. Mary Del Priori (2013, p. 112; 2002, p. 198) complementa ao salientar que o “útero gerava desconfiança, medo e apreensão pela possibilidade de vingança mágica”, por isso, deveria ser controlado, tarefa atribuída a medicina que objetivava “adestrar a madre na via da maternidade” a afastando de “qualquer significado (...) diabólico”, pois o útero vazio era fonte de prazer e sedução, “capaz de criar (...) todos os tipos de feitiços.

A percepção da mentalidade mística do corpo feminino, atrelada à representação da madre, “tornou-se instrumento de normatização da mulher”. Durante o século XVIII, o discurso científico, desprovido do conhecimento fisiológico, importava-se apenas com os assuntos relacionados à fecundidade, reduzindo o corpo feminino ao útero, onde:

¹ A causa de todas as doenças é o útero da mulher.

A mãe vai se constituindo em *locus* inelutável. Sua valorização levava também a uma valorização da sexualidade feminina, não o sentido da realização e sim de seu adestramento, num caminhar bem coerente com a pretensão da ciência médica e da Igreja. Entendia-se que a mãe era passível de incitar no organismo uma série de males, todos decorrentes de mau funcionamento dos órgãos de reprodução. Estes, contrariados, lançavam as mulheres (...), numa cadeia de enfermidades. A mulher sabia e bem constituída era comandada por um espírito seminal, cuja força fecundante agiria sobre ela e seus órgãos, definindo-lhe sua feminilidade e gênero. Considera-se então que a mulher não era mais que um instrumento a serviço da espécie, um ser cujas significações se resgatam da necessidade biológica da renovação e transmissão da espécie. Na condição de fêmea, ela era ungida por uma vocação biológica, sendo a mãe uma forma onde as espécies organizavam suas hereditariedades (DEL PRIORI, 2002 p. 177).

Ademais, Del Priori (2002) esclarece que a construção da medicina foi influenciada pelo “imaginário misógino” do período. A patologização do corpo feminino está associada tanto as questões biológicas quanto as questões morais. Londa Schiebinger (2001, p. 209) observa que os médicos do século XVI - XVIII, dificilmente tratavam as pacientes mulheres. Essa negação pode ser associada à repulsa que o sangue menstrual causava, principalmente por ser considerado infeccioso e venenoso pelo fato de ser desqualificado pela comunidade médica e caberia à mulher resolver seus próprios problemas (MARTINS, 2000, p. 64). Além disto, as descobertas médicas europeias demoravam para chegar no Brasil e o número de médicos era irrisório, os que estavam, residiam nos centros urbanos e capitânias.

Tânia Salgado Pimenta (1997, p. 18-19) chama a atenção para o fato de que a Medicina ocidental era baseada nos “princípios hipocráticos e [n]a terapia galênica”, concepções que perduraram até o século XIX. Para Hipócrates, o organismo era formado por quatro elementos: terra, ar, água e fogo. Cada um desses elementos possuía uma característica específica: *secura*, *frio*, *umidade* e *calor*. O equilíbrio desses princípios era responsável pela saúde e o desequilíbrio trazia a doença. Galeano acrescentou à concepção hipocrática a noção de humor corporal, composto por quatro temperamentos básicos: *Sanguíneo*, *fleumático*, *colérico* e *melancólico* que eram influenciados por agentes externos. Neste sentido, a Medicina buscava restabelecer o equilíbrio do corpo humano a partir da purificação dos humores por meio dos “*sudoríficos*, *purgantes*, *eméticos*, *evacuantes*, *dietas* e *sangrias*”.

A falta de profissionais qualificados para atender a população na colônia portuguesa contribuiu para o surgimento de práticas de cura baseadas no conhecimento técnico empírico, transmitido por meio da oralidade através de uma teia de relações de confiança. Segundo Silvia Federici (2017, p. 219) a troca de saberes mágicos curativos e medicamentosos, sobrepunha as fronteiras da cor onde a experiência comum era compartilhada a partir de um “intercambio entre mulheres”. Federici (2017) ao parafrasear Ruth Behar (*apud*, FEDERICI, p. 219) salienta que

as mulheres indígenas, europeias, mulatas e feitiçeras constantemente trocavam costumes místicos e pagãos, criando um “sistema popular de crenças (...) paralelo ao sistema de crenças da Igreja” que se propagou rapidamente nas colônias “de tal forma que, depois de um tempo, tornou-se impossível distinguir nele o que era indígena e o que era espanhol ou africano”.

A partir desse intercâmbio de saberes, de acordo com Mary del Priori (2002, p. 207), consolidou-se uma “solidariedade de gênero, pois as mulheres se curavam entre si e trocavam saberes relativos aos seus próprios corpos”, criando uma oportunidade de preservação da “intimidade e cultura feminina face aos avanços do saber médico”. Essas práticas populares originaram-se do processo de fusão de crenças cosmológicas das culturas africanas, indígenas e cristã. Os terapeutas populares eram divididos em especificidades: sangradores, curandeiros, barbeiros, benzedeiros e parteiras (SAMPAIO, 2005, p. 25).

As parteiras tornaram-se o principal meio feminino de auxílio às necessidades do corpo. Suas responsabilidades iam além da assistência ao parto, pois cuidavam de diversos assuntos da esfera feminina e possuíam um vasto conhecimento em métodos contraceptivos e abortivos. Observa-se que o trabalho desempenhado pelas parteiras consistia em uma função desprezada pela sociedade, pois, as mesmas lidavam com diferentes tipos de fluídos corporais (sangue, fezes e urina), dor, sofrimento e rotineiramente com a morte da parturiente, bebê ou de ambos. Renilda Barreto (2001) observa que as práticas artesanais e os procedimentos técnicos das parteiras possuíam valores morais, religiosos e comportamentais e seu atendimento perpassava o cuidado do corpo adentrando aos cuidados do espírito.

Mary Del Priori (2013, p. 88-89; 2009) salienta que as mulheres “desprovidas de recursos da medicina para combater as doenças cotidianas (...) recorreram às curas informais” tornando-se responsáveis pela própria saúde, como um mecanismo de subversão construído em torno da maternidade e do corpo feminino, uma teia de proteção e solidariedade de gênero, meios de defesa contra a sociedade misógina em que estavam inseridas. Silvia Federici (2017, p. 29) observa que nas colônias a “produção das hierarquias raciais e sexuais” foram responsáveis pela formação de “um campo de (...) solidariedade entre mulheres indígenas, africanas e européias”.

De acordo com Thomas Laqueur (2001) na antiguidade clássica, homens e mulheres eram percebidos como iguais, no sentido biológico, os órgãos sexuais femininos eram cópias imperfeitas dos órgãos sexuais masculinos. Não existiam dois sexos distintos, existia um único sexo onde uns eram mais perfeitos que os outros. A dicotomia entre homem e mulher era uma

questão de gênero, associado ao “papel cultural” e não orgânico.

A crença no sexo único se manteve na Renascença, pois “a ideologia não é a exatidão da observação, determinava como eles eram vistos e quais eram as diferenças importantes”, ou seja, os fatores culturais intervinham diretamente na interpretação do corpo analisado, buscando assim, não uma diferença entre homens e mulheres, mas sim uma justificação para a crença. Em algum momento do século XVIII, ocorreu um processo de diferenciação entre homem e mulher existente (LAQUEUR, 2001, p.111).

Esses fatores políticos e ideológicos contribuíram para a construção de um novo sexo, que representava a mulher como um indivíduo biologicamente frágil, sensível, tornando-se “um padrão do discurso social”. Os órgãos sexuais femininos ganharam nomes próprios e “os dois sexos foram inventados como novo fundamento para o gênero” (LAQUEUR, 2001, p 191-192). Marina Fisher Nucci (*et al*, 2010, p. 33) ao complementar Thomas Laqueur (2001) salienta que a ciência foi construída a partir da diferença e a nova forma de “interpretar o corpo foi consequência não de um maior conhecimento científico, mas de processos sociais e políticos específicos” e de “novas formas de se constituir o sujeito e as realidades sociais”.

A esfera de discussão sobre a saúde feminina foi relegada pela medicina ocidental até final do século XVIII, quando o corpo da mulher se tornou objeto de conhecimento e investigação científica. As descobertas do óvulo e do espermatozoide foram utilizadas como uma justificativa biológica à passividade social da mulher. A menstruação, que antes não representava nenhuma diferença biológica significativa, passou a ser o auge da diferença entre os sexos.

O advento da Ciência Moderna se estabeleceu a partir dos preceitos da hierarquização e dicotomia entre o masculino e o feminino. De acordo com Elizabete Rodrigues da Silva (2008) o conhecimento científico está situado historicamente no tempo e espaço e influenciado “diretamente por interesses políticos, econômicos e sociais que refletem nas questões de gênero e raça”. Assim sendo,

É uma ciência masculina, androcêntrica, branca, ocidental e localizada nas classes mais abastadas da sociedade moderna, que se auto-instituiu com supremacia sobre todos os outros saberes, passando a se expressar, imediatamente, na linguagem e nas abordagens teórico metodológicas, decidindo o que conhecer, para que conhecer e quem pode conhecer. Estabelece-se assim, a exclusão das mulheres no processo de construção do conhecimento científico. E, foram os princípios norteadores da Ciência Moderna as ferramentas que balizaram a construção do conhecimento científico, abstraindo, declaradamente, toda possibilidade de considerar as mulheres como sujeitos de conhecimento e do conhecimento, embora isso não tenha sido dito diretamente. (SILVA, 2008, p. 135).

Ana Paula Martins (2000, p.57), complementa Elizabete Rodrigues da Silva (2008) a enfatizar que tanto a ciência quanto a medicina eram campos de conhecimento masculino e que os estudos a respeito da feminilidade objetivaram esclarecer os enigmas femininos, ou seja, utilizar-se do discurso científico como meios pedagógicos de legitimação do modelo feminino baseado em suas funções biológicas e sociais. Nesse contexto, surgem as ciências da mulher: Obstetrícia e ginecologia como “artifícios deste processo de transformação do corpo feminino num objeto do conhecimento”.

Durante o século XIX, a medicina moderna passou por transformações significativas em sua abordagem metodológica e reorganização da análise empírica construída a partir da racionalidade. De acordo com Foucault (1977) a mesma se distanciou da concepção filosófica, passando por um processo de cientifização e reformulação do nível de saber. Influenciada pela concepção mecanicista que contribuiu para o desenvolvimento de novos campos do saber, instrumentos e tecnologias.

Fabiola Rohden (2002) salienta que o surgimento da medicina da mulher do século XIX, ocorreu a partir da estrutura patriarcal, não objetivando compreender as particularidades biológicas do corpo feminino, mas sim, legitimar a estrutura social estabelecida. Com o desenvolvimento do sistema capitalista, as mulheres saíram da esfera privada e começaram a transitar na esfera pública da sociedade.

Essa alteração desencadeou diversos questionamentos sobre qual o papel a mulher deveria exercer na sociedade. Qualquer forma de rompimento com o sistema patriarcal era uma ameaça para a sociedade e as mulheres que queriam assumir posições que, até então eram masculinas eram declaradas com “histeria” e submetidas a “forma de normatização”, ou reclusão em asilos e hospícios.

A dissertação aqui disposta é construída a partir da perspectiva do campo teórico da Ciência, Tecnologia e Sociedade, doravante CTS, área que objetiva problematizar a influência da ciência e tecnologia na sociedade e, ao mesmo tempo, desconstruir a concepção positivista de ciência, imbuída de pureza, neutralidade, imparcialidade alheia aos fatores sociais. Através da CTS procura-se entender ciência e tecnologia enquanto um campo de interação social de atores humanos e não humanos, representados por pessoas, instituições, governos, etc. que interferem à construção dos mesmos. Dagnino (2004, p. 56) esclarece que a CTS objetiva “entender o fenômeno científico-tecnológico no contexto social, tanto em relação com os seus condicionantes sociais quanto ao que se refere às suas consequências sociais”.

De acordo com Vieira Pinto (2005), a técnica está ligada à cultura assim como a cultura ao homem, pois seu desenvolvimento está atrelado ao surgimento da consciência, do ato de projetar adquirida a partir da experiência, transformada em conhecimento e acumulada culturalmente. O conhecimento tácito é adquirido a partir da observação, baseado na experiência cotidiana e normalmente associado ao senso comum. Dagnino (2008, p. 21) salienta que a técnica pode ser concebida como um conjunto de habilidades obtidas através das atividades empíricas, ou seja, aprendidas sem a influência do conhecimento científico.

Consequentemente pode-se verificar que o conhecimento tácito é uma técnica obtida culturalmente e transmitida de geração para geração. De acordo com Lucila Scavone (2004), o fio condutor do saber empírico feminino é o ato de cuidar da manutenção da vida, de si mesma e da própria família. O saber, construído da necessidade e aprendido por meio da vivência foi de fundamental importância para o nascimento da medicina da mulher. Dessa forma, procura-se compreender o ofício das parteiras enquanto um saber-fazer, utilizado como uma forma de resistência, pois “esse saber informal, transmitido de mãe para filha, era necessário para a sobrevivência dos costumes e das tradições femininas” que foram utilizadas como alternativas para substituir a “falta de médicos e cirurgiões” (DEL PRIORE, 2013, p. 81).

Para melhor atender esse propósito, utilizar-se-á o programa forte do conhecimento do sociólogo David Bloor (2009, p. 21), o mesmo não será utilizado em sua totalidade, mas o com conceito de *imparcialidade* - pois não se pretende analisar “verdade ou a falsidade, racionalidade e irracionalidade”, mas os dois “lados dessas dicotomias irão requerer explicação.

Foucault (1977) chama a atenção para o fato de que uma pesquisa sobre a história da medicina deve-se ater ao discurso e suas considerações históricas. Compreende-se que a ciência não é acumulativa, mas composta por períodos de constantes mudanças de concepção que causam rupturas no campo científico e de acordo com Thomas Kuhn (2017) essas mudanças de paradigmas causam a revolução científica.

Karoline Carula (2016) realça que as pesquisas com fontes históricas necessitam de uma atenção especial com os conceitos analisados. A autora destaca a necessidade de contextualização dos mesmos utilizando dicionários contemporâneos à época pesquisada, pois cada conceito possui sua própria historicidade.

Nesta direção, procura-se neste trabalho utilizar os conceitos de dicionários do século XIX, tal como o Dicionário de medicina popular do Dr. Chernoviz, vl. I & II publicado no Brasil em 1890. Guimarães (2005, p. 502) salienta que os manuais e dicionários do século XIX

“foram um instrumento essencial para disseminar práticas e saberes aprovados pelas instituições oficiais no cotidiano daquela população”.

De acordo com Kuhn (2017) os manuais científicos se tornaram populares no início do século XIX e são livros que ilustram as teorias aceitas pela comunidade científica. Os manuais são “veículos pedagógicos utilizados para perpetuar a ciência normal”, descrevem as “experiências, conceitos, leis [e] teorias da ciência (...) em vigor. Entretanto, sua forma linear de descrever a “ciência acaba escondendo o processo que está na raiz dos episódios mais significativos” para o seu desenvolvimento, além de criar uma falsa impressão de que é mesmo uma coleção de conhecimentos teóricos (KUHN, 2017, p. 71, 232, 236 - 238).

Para uma análise da história da ciência, cabe compreender a particularidade de cada período respeitando sua historicidade, ou seja, o pesquisador precisa compreender o discurso médico do período analisado, pois assimila-se tanto a ciência quanto a tecnologia como fatores que recebem influências socioculturais. Conforme a menção anterior, não se procura analisar a prática em si, mas a construção do pensamento médico.

O recorte cronológico desta pesquisa está definido entre os anos de 1830 – ano da publicação da primeira fonte histórica analisa 1871 – ano da última fonte histórica analisada. Cabe salientar que o recorte cronológico acima não impossibilita a realização de análises anteriores ao período destacado, os mesmos são importantes para a contextualização e enriquecimento da temática proposta.

1.1 PROBLEMA

A partir da explanação acima, observam-se as seguintes problemáticas: Como compreender o processo de apropriação do saber-fazer das parteiras pela tecnologia médica, sem deixar de ponderar sobre as relações de poder existentes nesse entorno? Sobre essa problemática, Susan Bordo (1997) salienta sobre a necessidade de uma análise de poder a partir de baixo, pois as relações de poder discutidas por Foucault, a partir da perspectiva de gênero, buscam compreender a imposição de dominância exercida por instituições e/ou tecnologias em que os mecanismos de poder são constitutivos, ou seja, "um poder gerando forças, fazendo-as crescer e organizando-as ao invés de um poder dedicado a impedi-las, subjugando-as ou destruindo-as" (FOUCAULT, *apud* BORDO, 1997, p. 21).

Existia uma diferenciação significativa entre os procedimentos das parteiras

licenciadas² e da medicina na mulher nas primeiras décadas do século XIX? O que determinou a sobreposição de uma prática sobre a outra?

Pretende-se, por meio de um levantamento bibliográfico e pesquisa de fontes históricas, buscar elementos para compreender as problemáticas dispostas acima.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Nesta acepção, o objetivo geral deste trabalho consiste em analisar o processo de apropriação das técnicas empíricas das parteiras enquanto um saber-fazer tradicional feminino, transmitidos por meio da oralidade e baseado nas relações socioculturais e religiosas para a Medicina da Mulher, categoria masculina de saber legitimada pelo conhecimento científico, construído a partir de uma ótica androcêntrica.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o saber-fazer das Parteiras enquanto um saber-fazer técnico empírico transmitido por meio da oralidade.
- Refletir sobre o processo de estabelecimento da medicina da mulher no Brasil durante as primeiras décadas do século XIX.
- Interpretar o discurso médico encontrado nas fontes históricas.
- Compreender as relações de poder opressoras existente entre o processo de institucionalização da medicina enquanto portadora do saber legitimado pela sociedade.

1.3 JUSTIFICATIVA

A justificativa desta pesquisa consiste na relevância de analisar o processo de estabelecimento da medicina da mulher no Brasil do século XIX, conceber a construção hegemônica da medicina enquanto a única detentora legítima da arte de curar e suas influências na perda da autonomia feminina em relação ao próprio corpo. Assim, pode-se compreender as relações de poder imbricadas em torno da função social feminina no período analisado.

Ademais, ao compreender a ciência e tecnologia enquanto sistemas, compostos por historicidade e permeados por influências socioculturais, busca-se por meio da análise do

² Parteiras que possuíam uma licença concedida pela Câmeras Municipais para exercer o ofício.

passado entender a problematização atual sobre a patologização do parto e o surgimento de movimentos que objetivaram restabelecer a utilização de técnicas esquecidas como alternativas contraceptivas e como esse fenômeno pode ser analisado em reflexo aos movimentos emancipatórios femininos, dos movimentos feministas e dos estudos de teorias de gênero.

Os ofícios de cura foram, por muito tempo, marginalizados pela historiografia tradicional da medicina, pois eram práticas de saber não institucionalizadas. A partir do surgimento do movimento feministas e, posteriormente, os estudos de CTS e Gênero, a ciência oficial passa a ser questionada e busca-se dar voz às minorias e reconhecer, neste caso específico, a mulher como sujeito do conhecimento. Este trabalho procura trazer à tona elementos em torno da prática das parteiras que exerciam uma função representativa na sociedade brasileira e compreender, como ocorreu a marginalização e desqualificação destas com o surgimento da medicina moderna e da medicina da mulher durante o século XIX.

Esta pesquisa está estruturada em seis capítulos, (incluindo a introdução e as considerações finais) destacados abaixo:

- Segundo capítulo: *Revisão de Literatura* - Consiste em um levantamento bibliográfico de obras que discutem a questão da saúde da mulher no Brasil do século XIX, abordando sobre o ofício das parteiras e a medicina da mulher.

- Terceiro capítulo: *Concepções Metodológicas e Teóricas* – Composto por pelas seguintes discussões:

Metodológica: Composta por uma breve reflexão sobre os métodos adotados na pesquisa.

Teórica: Consiste na explanação das principais correntes e autores que compõem a base desta pesquisa.

- Quarto capítulo: *A técnica das parteiras enquanto prática cultural* – Objetiva refletir sobre o desenvolvimento da técnica empírica das parteiras ao analisar a obra de Mme Bethou publicada em 1830. Como esse saber-fazer é apresentado na obra? Existe referenciação sobre as práticas dos ritos culturais referentes ao parto na obra, ou pode-se observar uma tentativa de cientifização da mesma.

- Quinto capítulo: *O discurso médico brasileiro na medicina da mulher* – Propõe analisar o discurso médico de algumas teses apresentadas à Faculdade de medicina do Rio de Janeiro e buscar compreender as similaridades e diferenças entre o saber-fazer das parteiras e a

medicina da mulher. Ocorria uma diferença significativa entre o saber-fazer das parteiras licenciadas e a medicina da mulher no período analisado? E como a mulher é representada nesse discurso?

2. CONCEPÇÕES METODOLÓGICAS E TEÓRICAS

Tudo que o homem diz ou escreve, tudo que fabrica tudo o que toca pode e deve informar sobre ele (BLOCH, 2001, p.79).

2.1 METODOLOGIA

A pesquisa aqui proposta é embasada nos seguintes métodos de análise:

Qualitativa - consiste em uma pesquisa que objetiva realizar uma análise do discurso das fontes coletadas. *Descritiva* - onde a pesquisadora realiza a descrição e o registro das fontes históricas e *exploratória* - faz um estudo aprofundado das fontes históricas utilizadas (PRODANOV, 2013).

Pesquisa documental / Fontes primárias – As análises destes documentos são de importância fundamental para o desenvolvimento de uma pesquisa histórica, pois o conhecimento histórico é construído a partir da investigação das fontes e cabe ao historiador questionar, criticar, interpretar e contextualizar os documentos investigados.

De acordo com José D’Assunção Barros (2012, p. 130) “Fonte Histórica (...) é tudo aquilo, que produzido pelo homem ou trazendo vestígio de sua interferência, pode nos proporcionar um acesso à compreensão do passado humano”. Pode-se compreender por fontes documentais: memórias, cartas, crônicas, processos criminais, vestígios arqueológicos, fontes de cultura material etc. Todo o documento que possa fornecer informações sobre o passado em que apresente informação pertinente para o historiador.

De acordo com Silvia Hunold Lara (2008, p. 18-19) as fontes documentais não são intencionais, ou seja, “os documentos não existem para registrar a história”. Cabe ao historiador “transformá-los em fontes de informação histórica”. A mesma, esclarece que na produção do conhecimento histórico o historiador precisa selecionar os textos que melhor possibilitam o fornecimento de informações sobre a ação humana no passado para que possam ser analisados, interrogados e interpretá-los.

As fontes que são discutidas consistem em documentos, teses, anuários e livros do século XIX, selecionados por temática relacionada à saúde da mulher e disponíveis no acervo online da Biblioteca Nacional e da Biblioteca Brasileira. Dentre elas destacam-se:

a) *Compêndio das doenças das mulheres: Para servir de guia às parteiras na arte dos partos:* Obra publicada no Rio de Janeiro em 1830 e escrita por Estaphania Berthou parteira, formada pela Escola Real dos Partos em Paris. Mme. Berthou esclarece:

A língoa Portugueza não offerecendo nenhuma obra que possa facilitar a arte dos partos as moças discípulas parteiras que destinão-se ao seu estudo, eu lhe offereço estes preceitos recolhidos dos melhores autores Francezes para guia-las em todas as operações que podem apresentar-se no exercicio desta arte (BERTHOU, 1830, p. i).

O trecho acima mencionado faz parte de uma obra com 62 páginas destinadas a discutir as doenças das mulheres, gravidez, parto, natimorto, etc. Além disso, possui uma dissertação sobre o tato (exame de toque) em anexo. A autora aborda a temática de uma forma didática e procura separar a prática da parteira do sincretismo e misticismo associados à função. Cabe esclarecer que essa obra caracteriza o processo de profissionalização do ofício das parteiras e a negação das práticas sincréticas, assim como o esforço de se adequar às normativas da medicina moderna.

b) *Teses:* Teses do século XIX (1833 – 1852)³ foram selecionadas a partir das seguintes temáticas: Problemas do aparelho sexual feminino (útero, vagina, menstruação, histeria⁴), temas associados com gravidez. Apresentadas para se obter o título de Doutor nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro.

c) *Dicionário de medicina popular do Dr. Chernoviz, vl. I & II publicado no Brasil em 1890:* O dicionário traz conceitos sobre anatomia feminina, doenças, instrumentos e procedimentos médicos, tratamentos medicamentosos, além de trazer definições de gênero, tais como fragilidade, imaginação, paixões, etc. O mesmo auxiliou o estabelecimento da medicina moderna no Brasil.

d) *Deve ou não haver Parteiras?* Trabalho apresentado pela parteira Mme Durocher à Academia de Medicina do Rio de Janeiro no ano de 1870 que posteriormente foi publicado nos *Annaes brasiliense de medicina* no ano de 1871.

Levantamento bibliográfico / Fontes secundárias – Consiste na pesquisa de Teses, dissertações, artigos e livros contemporâneos que discutem sobre temas relacionados sobre a

³ As teses utilizadas estão disponíveis para consulta pública nos sites da Biblioteca Nacional/Hemeroteca, Biblioteca Brasiliense e no link: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-medicos/teses-medicas/>

⁴ Michelle Perrot (2013) esclarece que durante o século XIX a histeria era compreendida como uma doença que “remonta do útero ao cérebro”, atingindo os nervos das doentes e tornando a mulher nervosa.

medicina no Brasil do século XIX, medicina da mulher, práticas de cura etc. Entre os trabalhos utilizados para aprofundamento desta pesquisa, pode-se destacar: Fabíola Rohden, “Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher”, Ana Paula Vosne Martins, “A medicina da mulher: visões do corpo feminino na construção da obstetrícia e da ginecologia no século XIX”, Mary Del Priori, “Ao sul do corpo”, entre outras.

De acordo com Lucas Freitas e Nancy Luz (2016, p. s/n) com o desenvolvimento do campo de estudos CTS e o questionamento sobre a “neutralidade, determinismo científico e tecnológico”, ocorreu um resgate “das dimensões sociais e humanas” no campo científico, que contribuiu para revelar as “relações histórico-culturais e de poder nelas presentes”, oportunizando indagações “sobre o fazer científico e tecnológico e suas relações com classe social, gênero e etnia/raça, incorporando novas categorias de análise nos estudos da área”. Pode-se perceber que a partir desta perspectiva, existe uma relação intrínseca entre CTS e Gênero, pois ambos procuram questionar a forma como o conhecimento científico é construído, entretanto nas questões de Gênero, o questionamento parte das “bases epistemológicas e filosóficas masculinas” constituídas a partir do universo sexista e androcêntrico.

Na atualidade, o campo de estudos de CTS e Gênero possui um caráter interdisciplinar que “ênfatisa a dimensão social antecedente ao desenvolvimento científico-tecnológico centrado na explicação da origem das teorias” (VAZ, *et al*, 2009), suas análises permeiam diversas áreas do conhecimento, tais como a história.

O trabalho aqui apresentado utiliza-se da CTS e Gênero como base teórica buscando através deste campo uma releitura da história dominante e analisar o conhecimento histórico a partir de uma concepção crítica, objetivando dar voz às minorias esquecidas pela história vigente. Ribeiro (*et al*, 2017) destaca que a história pode ser percebida como um mecanismo de manutenção simbólica e, assim sendo, passível de rupturas.

Ademais, pretende-se discutir sobre as correntes teóricas que são utilizadas como alicerce na construção desta pesquisa:

2.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.2.1 História e gênero

O historiador mais antigo é visto como fruto do seu tempo, cujo o conhecimento e perspectiva foram condicionados historicamente tanto quanto o foi o homem de estado que é o objeto comum deles. Os historiadores não vacilam diante da história por perceberem que sua pesquisa pode ser reflexiva (BLOOR, 2009, p. 127).

Compete elucidar que ao se analisar a história da ciência é necessário compreender o

seu contexto histórico, pois as teorias que na contemporaneidade são consideradas obsoletas, não podem ser concebidas como acientíficas e serem simplesmente descartadas, visto que, foram produzidas “pelos mesmos tipos de métodos e mantidos pelas mesmas razões que hoje conduzem ao conhecimento científico” (KUHN, 2017, p.61). Desta maneira, cabe ao historiador compreender e contextualizar o objeto analisado de acordo com os conceitos, teorias e discursos utilizados no recorte abordado.

Foucault (2016) enfatiza que por muito tempo a “história da medicina foi uma cronologia de descobertas”, entretanto, essa forma tradicional de construir o conhecimento histórico cria obstáculos para a busca das “verdades escondidas”. Desta forma, surge a necessidade de se rever a metodologia empregada para “articular com outras disciplinas” como a sociologia e:

(...) etnologizar o olhar que dirigimos aos nossos próprios conhecimentos: apreender não apenas a maneira como o saber científico é utilizado, mas o modo como são delimitados os territórios que domina, a maneira também como esses objetivos se formam e são escondidos em conceitos. E preciso restituir em uma formação social de conjunto o estabelecimento de um ‘saber’, entendido como o espaço das coisas a conhecer, a soma dos conhecimentos efetivos, os instrumentos materiais ou teóricos que os garantem (2016, p. 285).

Cabe ressaltar que, de acordo com Thomas Kuhn (2017), a ciência não se desenvolve de forma cumulativa, mas sim através de crises paradigmáticas em que o “paradigma é um modelo ou um padrão socialmente aceito pelas comunidades científicas” (FETZ *et al*, 2011, p 304 - 305).

A partir da análise da ciência normal “que poderemos nos voltar para o passado e retrair, de modo válido sua história”, o mesmo deve ser feito por meio da análise do ponto de vista epistemológico (FOUCAULT, 2016, p. 433-434). Além disso, a ciência é histórica e seu saber é reflexo sociocultural do período em que foi construída. Buscar compreender ou relatar os procedimentos médicos do século XIX é uma forma equivocada de interpretar a importância desse paradigma, o mesmo não ocorre quando se procura historicizar os discursos e teorias médicas do período discutido.

A historiografia, durante muito tempo, negligenciou as distintas formas de saber (curandeiros, sangradores, parteiras etc.), por não serem cientificamente legitimadas. Entretanto, nas últimas décadas, os mesmos, conquistaram espaço de discussão nos meios acadêmicos.

Michelle Perrot (*in* HIRATA, 2009, p.112) esclarece que a construção historiográfica está intrinsecamente ligada aos anseios do historiador, pois o “relato histórico é olhar, escrita,

artefato, não artifício certamente, mas escolha intimamente ligada ao presente do escritor”. De acordo com a historiadora Diva do Couto Gontijo Muniz (2015) o saber

historiográfico não é uma construção apolítica, não posicionada, mas se encontra atravessado por relações de poder; é um campo em litígio, tensionado pelas disputas em torno do controle da leitura do passado de modo a controlar a visão do presente (...). É um discurso posicionado, interessado em domesticar o passado a partir das ideias, valores, visões de mundo, interesses e significados de quem o elaborou, individual e coletivamente.(...) a escrita da história, a historiografia, é uma operação que envolve um lugar social, uma disciplina, um modo de fazer com suas regras, técnicas e procedimentos de pesquisa, e um produto, traduzido sob a forma de um texto, uma narrativa(MUNIZ,2015, p. 319)

Assim sendo, o fato do apagamento da mulher enquanto sujeito histórico, é reflexo do “caráter particularista, ideológico, racista e sexista da ciência foi denunciado e exposto pela crítica feminista” (MUNIZ, 2015 p.319). A história enquanto ciência manteve-se por muito tempo, embasada nos preceitos do positivismo, construindo uma história centrada nos fatos políticos e masculino.

Margareth Rago (1998, p. 4) chama a atenção para os problemas das categorias dominantes tidas como universais, pois são constituídas a partir de uma perspectiva masculina e, portanto, “denuncia uma racionalidade que opera num campo ensimesmado, isto é, a partir da lógica da identidade e que não dá conta de pensar a diferença”. Cabe, discutir-se uma “nova forma de conceber a produção do conhecimento, (...) potencialmente emancipador[a]”.

A partir de 1970 começaram a ser debatidas, com o surgimento do movimento feminista e da História das Mulheres novas formas de conceber a construção do conhecimento científico, em que as noções de objetividade e neutralidade, sinônimos de “veracidade do conhecimento” passaram a ser refutadas, pois “padrões de normatividade científica são impregnados por valores masculinos, raramente filóginos” (RAGO, 1998, p. 5). Michelle Perrot (*in* HIRATA, 2009, p. 113), observa que tal desdobramento se deu, graças “a presença crescente de mulheres nas universidades como estudantes, em seguida como docentes portadoras de interrogações novas”.

Margareth Rago (1998, p.13), complementa Perrot (*in* HIRATA, 2009) ao enfatizar que as “mulheres que invadiram as universidades e criaram seus próprios núcleos de estudo e pesquisa a partir dos anos setenta”, assim impulsionando a inclusão de "temas que falam de si, que contam sua própria história e de suas antepassadas e que permitem entender as origens de muitas crenças e valores, de muitas práticas sociais frequentemente opressivas”. Esse processo foi responsável pelo movimento de problematização “a partir de novos olhares (...) criadas fora da estrutura falocêntrica especular”.

Lourdes Bandeira (2008) salienta sobre a necessidade de reconstruir o conhecimento histórico a partir de uma perspectiva feminista e buscar historicizar os próprios conceitos como os de família, cidadania, público, particular etc. Sendo assim, o desafio do feminismo está na contraposição hegemônica dos eixos espelho distorcido das próprias categorias do sistema científico de dominação. Ademais as discussões feministas objetivam construir uma oposição “ao sexismo e ao androcentrismo refletidos na prática científica” além de construir “uma importante crítica à ciência moderna e sua ideia de pretensa neutralidade, autonomia e objetividade científicas” (CABRAL, 2014, p.3).

Assim sendo, esclarece Louise Tilly (1994) que a história das mulheres afetou o fazer historiográfico, onde a mulher passou a ser compreendida como sujeito social, ativa e situada na estrutura dos movimentos sociais, e destaca que:

A história das mulheres certamente contribuiu para identificar e expandir nossa compreensão sobre novos fatos do passado, para incrementar nossos conhecimentos históricos. Este processo é cumulativo e interativo: para estudar a vida das mulheres no passado, os(as) historiadores(as) se apoiam sobre as especialidades mais antigas, tais como a demografia histórica para estudar os dados do estado civil, as ocupações e as migrações; a história econômica para as transformações econômicas; a história social para os processos de transformação estrutural em grande escala, como a profissionalização, a burocratização e a urbanização; a história das ideias para os métodos de crítica dos textos; e a história política para os conceitos relativos ao poder. Uma nova especialidade histórica nasceu contendo por objeto as mulheres, tornando-as sujeitos da história (TILLY, p. 34).

O processo de apropriação do saber-fazer das parteiras para as práticas médicas e suas tecnologias no Brasil oitocentista ocorreu como um processo de apropriação deste saber pela medicina, enquanto categoria masculina do conhecimento “essencialmente subordinada aos imperativos de uma moral, cujas classificações reiterou sob forma de normas médicas” assegurando os preceitos da moralidade instituída e fundamentada como verdade (FOUCAULT, 2017, p.59-60). Elizabeth Miloni Vieira (*in* COSTA, 1999, p. 67) frisa que a medicina se tornou uma “profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e educação universitária”, atividade destinada para o homem, pois somente “eles poderiam ter acesso à educação”.

Outro fator que precisa ser problematizado na temática aqui disposta consiste na análise de gênero. De acordo com Joan Scott (2012, p. 84) o termo gênero é utilizado como uma tentativa de suprir “a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre as mulheres e os homens”, a mesma discorre sobre a dificuldade teórica e metodologia de aplicar o conceito de gênero no campo histórico e enfatiza que “a história do pensamento feminista é uma história da recusa da construção hierárquica da relação entre

masculino e feminino, em seus contextos específicos, e uma tentativa para reverter ou deslocar suas operações”.

Amílcar Filho (2005) ao discutir o conceito de gênero de Scott (2012) salienta que: Gênero é uma categoria de análise útil para ser utilizada nas pesquisas históricas, pois o mesmo propõe uma transformação dos paradigmas tradicionais “não apenas acrescentando novos temas, mas também impondo um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico existente”. Criado para se opor ao determinismo biológico e consiste em uma categoria que objetiva discutir tanto a história da mulher quanto da do homem, assim com suas relações, desigualdades e hierarquias sociais. Para Michèle Riot-Sarcey (2014, p. 555) gênero é uma “ferramenta conceitual através da qual é possível pensar as formas de poder que se exercem no modo de ser das mulheres” o conceito contribui para a desconstrução da hierarquia social constituída a partir das “identidades historicamente construídas” feminino/masculino.

Diante disso, entende-se a necessidade de compreender as relações sociais fundadas nas diferenças de gênero no período analisado e como ela foi determinante no processo de construção das teorias/discursos médicos do século XIX. Nesse período, a ideia de feminilidade constituía-se nos fatores biológicos, “na capacidade de gestar, parir e amamentar”. O determinismo biológico era a justificativa determinante para “as questões sociais”, concepções fundadas a partir da ideologia essencialista que foram interiorizadas nas teorias médicas da época (VIEIRA, *in* COSTA, 1999, p. 68).

Scott (*apud* PELEGRIN, 2012, p.3) observa que o gênero é “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e gênero é uma maneira primordial [*primary way*] de significar relações de poder”. Mauricio Pelegrini (2012, p.5), destaca que na teoria de poder de Foucault, aplicada no “conceito de gênero e feminismo, a mulher é tornada sujeito não apenas no sentido de sujeitada à lei (masculina) da opressão, mas portadora de uma subjetividade feminina que a liga à condição de mulher”.

Geoff Elley (*apud* RIOT-SARCEY, 2014, p. 559) complementa Mauricio Pelegrini (2012) ao enfatizar que a obra de Foucault foi decisiva para uma releitura das relações de poder, desassociando-a “das representações tradicionais do governo e do Estado”. As relações de poder para Foucault (2016) não ocorrem de forma verticalizada, mas estão presentes em todos os meios (individuais, coletivos ou institucionais) e transformam os seres humanos em sujeitos “submissos ao outro”. Isto é, “como os homens governam outros homens” já na concepção de gênero, coloca-se a análise sobre a seguinte problemática: como os homens governam as

mulheres (RIOT-SARCEY, 2014, p. 559).

Para Foucault (*apud* BORDO, 1996, p. 20) os corpos femininos se tornaram "corpos dóceis", habituados "ao controle externo" e sujeitados pelas "relações de poder, construídos sob a ótica masculina" (RODRIGUES, 2016, p.21). O poder não se suprime a "reprimir, a demarcar o acesso à realidade, a impedir a formulação de um discurso: o poder trabalha no corpo e penetra no comportamento, mistura-se com o desejo e o prazer". O poder "é lei, o sujeito (...) é sujeitado – é aquele que obedece", assim sendo, formando um sistema de submissão, pois o "poder legislador, de um lado, e o sujeito obediente do outro" (FOUCAULT, 2016, p. 311; 2017, p. 93).

Ademais, o corpo da mulher:

(...) qualificado e desqualificado como corpo integralmente saturado de sexualidade (...) integrado, sobre o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja a fecundidade regulada deve assegurar), como o espaço familiar (do que deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, por meio de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a "mulher nervosa", constitui uma forma mais visível dessa histerização (FOUCAULT, 2017, p.113).

Deste modo, como desenvolvimento da medicina no século XIX, o corpo feminino passou por um processo de normatização, disciplinamento e patologização; sistemas utilizados como estratégias de controle social. A medicina moderna durante os séculos XVIII e XIX, desenvolveu um papel significativo nas políticas de normatização e controle social. Os médicos eram "programadores de uma sociedade bem-sucedida" responsáveis por "observar, corrigir, melhorar o corpo social", essa função concede ao médico uma "posição politicamente privilegiada" (FOUCAULT, 2016, p.368).

Fabiola Rohden (2002, *e-book*) enfatiza que "os médicos constituem uma classe de homens esclarecidos" e bem-sucedidos que se utilizavam da imprensa e das influências políticas para propagar as medidas intervencionistas do Estado por meio de um "programa sanitário que tem como principais metas a luta contra os flagelos sociais (...) alcoolismo, a tuberculose, as doenças venéreas, a prostituição, a criminalidade".

A medicina é a "guardiã da moralidade", sua função é manter "todos os grandes tabus da moral (...) burguesa", quando essa moral é atacada "é papel fundamental da medicina passar imediatamente à primeira linha e lançar a contraofensiva" (FOUCAULT, 2016, p.306). Ademais, o discurso médico foi utilizado como mecanismo de pedagogização das funções femininas, associadas à maternidade, família e cuidado.

2.2.2 Ciência, tecnologia e sociedade (CTS)

Ciência, tecnologia e sociedade é um campo epistemológico da filosofia e sociologia da ciência que busca compreender os “aspectos sociais da ciência e da tecnologia tanto o que concerne aos fatores sociais que influem na mudança científico-tecnológica, como no que se diz respeito às consequências sociais e ambientais”. Tido por muitos autores como um movimento contra a “concepção essencialista e triunfalista da ciência e da tecnologia” teve sua origem na década de 1970, período pós otimismo tecnológico (BAZZO, ano, p. 119).

Vaz (*et al*, 2009) observa que o campo CTS surgiu na Europa e nos Estados Unidos como um movimento acadêmico que começa a questionar o “modelo linear da ciência e tecnologia”, desencadeados pelos desastres tecnológicos ocorridos, assim como os estudos feministas que contribuiu para questionamento da concepção de neutralidade de campo científico e deu representatividade as minorias na construção das diversas formas de conhecimento, assim como as abordadas nesta pesquisa. Ribeiro (*et al*, 2017, p. 25) destaca que o surgimento do “questionamento da concepção progressista da ciência” se deu no período pós-segunda guerra mundial, impulsionado por diversos desastres, tais como: bombas nucleares, degradação ambiental, desastres ocasionados por artefato medicamentoso (talidomida), armas destrutivas e crises econômicas.

Medina e Kwiatkowska (2000, p. 21) complementam Vaz (2009) e Ribeiro (2017) ao destacar que as crises sócio/políticas e ecológicas da década de 1960 ocasionaram o processo de mudança na valorização da ciência e da tecnologia na sociedade. Colocando-se em discussão a concepção da ciência como excelência racional do conhecimento científico e alertando sobre seu impacto social e ambiental.

2.2.3 Thomas Kuhn: Um olhar sobre a ciência a partir da estrutura das revoluções científicas.

Entre as obras utilizadas como base para a construção desta pesquisa, pode-se destacar a “Estrutura das Revoluções Científicas” de Thomas S. Kuhn (2017). Sua obra é tida como revolucionária no campo de discussão da epistemologia da ciência, pois o autor além de negar a concepção do positivismo lógico, deixa claro que a ciência é uma construção humana, social e histórica.

Para Kuhn (2017, p. 29 - 67), Ciência Normal consiste em “uma pesquisa firmemente baseada em uma ou mais realizações científicas passadas”, ou seja, paradigma que por sua vez “é um conjunto de ilustrações recorrentes e quase padronizadas de diferentes teorias nas suas

aplicações conceituais, instrumentais e na observação”, isto é, metodologias, regras, padrões que norteiam um determinado campo do conhecimento científico.

A ordem cronológica do desenvolvimento da ciência através de dois períodos diferentes, o *pré-paradigmático* - período em que existia discordância entre os estudiosos de um campo determinado da pesquisa natural, isso ocorria por falta de metodologia, regras e normativas que orientam o trabalho de pesquisa e *pós-paradigmático* – período determinado pelo estabelecimento e utilização de um Paradigma no campo de pesquisa.

O surgimento do Paradigma norteia, articula e direciona as atividades de pesquisa aumentando o seu rendimento e eficácia. Pela primeira vez, a Ciência construiu uma herança metodológica que atraiu as gerações futuras, criando adeptos ao novo Paradigma. Entretanto, o mesmo advento pode, por sua vez, isolar e excluir os não simpatizantes, tornando a Ciência verticalizada e compatível somente aos seus pares, o que dificulta o surgimento de diversos pontos de vistas regradados por outra metodologia ou teoria aplicada.

As revoluções científicas ocorrem por intermédio do processo de superação de um Paradigma por outro e consiste em “episódios de desenvolvimento não-cumulativo, nos quais um paradigma mais antigo é totalmente ou parcialmente substituído por um novo”. Iniciam-se quando um Paradigma deixa de funcionar para determinado campo específico do conhecimento da natureza, possuindo, assim, “fundamentos defeituosos” que “levam a crise” e ruptura do Paradigma existente, surgindo então a necessidade do mesmo ser superado. Kuhn (2017, p. 125 -127) enfatiza que a revolução científica é “revolucionária somente para aquele” que é diretamente afetado, tornando-se irrelevante para os demais.

A destruição de um Paradigma, a partir do desenvolvimento de uma nova teoria, desencadeia um processo de reorganização no campo científico, pois a “Ciência Normal” depende do Paradigma que “são fontes de métodos, áreas, problemáticas e padrões de soluções aceitos” pela comunidade científica “amadurecida”. O paradigma, não é acumulativo, mas “sucessivos e irreconciliáveis” (Kuhn, 2017, p.136-137).

Kuhn (2017), destaca a importância da História como epistemologia para o processo de desenvolvimento da Ciência. Esclarece que as teorias obsoletas, mesmo sendo suplantadas, possuem uma significativa importância, pois o processo de desenvolvimento só ocorre com a superação de um Paradigma antigo por outro. Enfatiza que o campo científico é amplo e encontra-se em distintos segmentos e cada qual analisa o seu objeto por meio de um Paradigma próprio. Por fim, destaca que o conhecimento científico é relativo e interpretativo, assim como

o indivíduo que o produz.

A obra de Thomas Kuhn (2017) trouxe importantes reflexões sobre a teoria do conhecimento científico que denunciou a existência de fatores culturais, sociais e psicológicos na construção da ciência, alterando o modo de pensar as relações de poder no campo científico, possibilitando a acessibilidade da mulher. Esse embasamento conceitual e teórico contribuiu para introduzir novos sujeitos/atores no objeto de pesquisa da teoria social no pensamento feminista (BANDEIRA, 2008).

Logo se pode observar que a teoria kuhniana questionou a neutralidade do conhecimento científico e enfatizou sobre as influências sociais, culturais e políticas existentes na ciência. Tal observação permitiu a construção de uma crítica feminista sobre a hegemonia masculina na construção do conhecimento científico.

Assim sendo, a trabalho aqui apresentado propõe questionar a hegemonia masculina no campo do saber médico sobre o funcionamento do corpo feminino no Brasil do século XIX e como o processo de legitimação da Ginecologia e Obstetrícia foram responsáveis pela exclusão das Parteiras no exercício do ofício nos grandes centros urbanos.

2.2.4 O programa forte do conhecimento científico.

O programa forte possui certo tipo de neutralidade moral, a saber, o mesmo tipo que aprendemos a associar com todas as demais ciências. Ele também impõe a si mesmo a necessidade do mesmo tipo de generalidade das demais ciências. Seria uma traição a tais valores, à abordagem da ciência empírica, a escolha de adotar a concepção teleológica (BLOOR, 2009, p. 29).

O Programa forte em sociologia do conhecimento científico foi fundado na “Escola de Edimburgo através de obras publicadas na década de 1970 e início dos anos 80” e é uma teoria da Sociologia da Ciência que objetiva, através de quatro princípios a causalidade, imparcialidade, simetria e reflexibilidade; “explicar e compreender a ciência e o seu pensamento enquanto uma prática socialmente construída” analisando a ciência como uma “atividade culturalmente determinada” (PALACIOS, 1994, p. 175; FETZ *et al*, 2011, p. 307-308).

Entre os quatro princípios metodológicos contidos no Programa forte, será utilizado nesta pesquisa:

- *Imparcialidade:* De acordo com o princípio da imparcialidade, em uma abordagem analítica, “ambos os lados” da problemática analisada independentemente de serem compreendidos como verdadeiro ou falso “racional e irracional” devem ser feitos sem dicotomia (BLOOR, 2009, p. 21).

Medina (*et al*, 2000, p. 23, 34) enfatiza sobre a importância de conceber tanto ciência quanto a técnica como práticas culturais. Destituir a ciência de seu pedestal supracultural permite compreendê-la como qualquer outra crença influenciada por fatores sociais e culturais, assim podendo ser analisada a partir dos princípios de simetria e imparcialidade.

Ao aplicar esse princípio na temática aqui exposta, pretende-se analisar o conhecimento das parteiras com os mesmos parâmetros da medicina moderna sem diferenciá-los enquanto veracidade ou falsidade de saber. Entretanto, o que é Conhecimento?

Para Bloor (2009, p. 18, 33; 57) o conhecimento “consiste naquelas crenças que as pessoas sustentam com confiança e com as quais levam a vida”. É uma visão coletiva da realidade e está mais igualado à cultura do que à experiência. Partindo desta concepção, o autor aborda que ao se compreender o conhecimento como cultura, não pode haver distinção entre crenças verdadeiras ou falsas, assim sendo, “o caminho está aberto para estilos simétricos de explicação” e ainda salienta que “há um componente social em todo o conhecimento”.

Discutir o ofício das parteiras e a medicina da mulher a partir dos mesmos parâmetros analíticos corrobora para que se possa compreender o processo aqui sinalizado como uma disputa tanto científica quanto política de afirmação de um saber sobre o outro.

O conhecimento prático das parteiras até as últimas décadas do século XIX era o meio mais seguro para responder às necessidades de auxílio à saúde das mulheres. O advento da medicina da mulher surge equiparada de diversos procedimentos e técnicas invasivas que em seu período embrionário trazia mais perdas do que benefício para a comunidade feminina. Essa disputa, entre as duas práticas, consiste em uma disputa entre as práticas tradicionais e o processo de modernização do Brasil a partir das concepções positivistas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE AS PARTEIRAS

(...) A condição das mulheres he mui desgraçada; pois são sujeitas, não somente à todas as indisposições dos homens, mas ainda da a huma infinidade de outras, cujas os homens são izentos (BERTON, 1830, p. 1-2).

Na atualidade, pode-se observar que as questões sobre a história da ciência, história da medicina e suas releituras a partir do olhar de gênero vem sendo discutidas e trabalhadas nas últimas décadas nas academias brasileiras. As discussões sobre a medicina da mulher, curandeirismo e mais especificamente das parteiras, contribuíram significativamente no processo de reconstrução de uma tradição oral esquecida.

Ana Paula Vosne Martins (2000, p. 62) esclarece que a “história das experiências femininas” tais como a “gravidez e o parto” fazem parte da tradição oral que permanecem perdidas para o historiador. Entretanto, graças aos registros dos diários e manuais deixados pelas parteiras, alguns comportamentos podem ser estudados.

As parteiras, presentes no Brasil desde o início da colonização, foram o principal mecanismo de auxílio à saúde da mulher em diversas regiões. Conhecidas por diferentes nomes, tais como: Aparadeiras, assistentes e comadres, dedicavam suas vidas para cuidar e amparar as mulheres de diferentes classes e etnias. De acordo com Alencastro (1997, p. 72-73) as parteiras normalmente utilizavam suas casas para o atendimento que eram marcadas com “sinal lúgubre” de “uma cruz preta, indicando a profissão”. Símbolo que representava o ofício que “tratava tanto da vida como da morte” e quando uma parteira “saía para trabalhar quase sempre havia um luto: ou morria a mãe ou morria o bebê”.

O partejar em seu período mais tenro, era uma prática isolada onde a mulher primitiva praticava sozinha, entretanto, essa individualidade logo foi substituída pela coletividade da prática assistida, com o intuito de trocar as experiências adquiridas. De acordo com Melo (*apud* SCAVONE, 2004, p. 128) as “práticas empíricas femininas exercidas pelas mulheres” durante a gestação e parto foram a forma embrionária da medicina da mulher que nasceu do conhecimento das “parteiras, aparadeiras, comadres e matronas (...), e da multiparidade de suas práticas”

Mas quem eram as parteiras? Renilda Barreto (2008, p. 903-904) explica que eram mulheres que aprendiam o ofício com outras mulheres ou com suas próprias experiências: “filhas, noras, sobrinhas, netas, irmãs e cunhadas de parteiras eram as aprendizes mais comuns

da arte de partejar”, uma profissão de mulheres e reservada para mulheres, “cujo o conhecimento era transmitido pela rede das relações femininas”. Maria Lúcia Barros Mott (1999) esclarece que a função das parteiras era assistir ao parto e esperar o momento certo, determinado pela natureza para acolher e aparar o recém-nascido. Durante o período de espera, a parteira auxiliava a parturiente com rezas ou rituais e levava consigo um panteão católico de santos e santas para compor forças sobrenaturais.

As parteiras possuíam um conhecimento tácito e objetivavam ajudar a saúde das mulheres em diferentes fases de suas vidas, gestantes ou não gestantes. Giselle Barbosa (2014, p.1) enfatiza que, essas mulheres, além de se dedicarem aos partos, também exerciam outras funções, tais como o tratamento de doenças femininas e cuidados com os recém-nascidos etc. A função desempenhada pelas parteiras, sobrepunha-se ao ato de socorrer, quando uma criança nascia, a parteira permanecia na residência da família para auxiliar a mãe no período do resguardo⁵.

Beatriz Weber (1999, p. 178) salienta que as parteiras pertenciam à esfera particular das pacientes; elas “compartilhavam das vidas das mulheres que tratavam (...) guardando seus segredos e mantendo suas amizades”. Renilda Barreto (2001, p.148-150) alega que os “conselhos e cuidados com a parturiente e o recém-nascido” explicam o fato de algumas das parteiras serem chamadas de comadres, pois sua função era honrosa, reconhecida e prestigiada nas comunidades onde atuavam. Cabe esclarecer que tal prestígio não ocorria em todos os lugares, normalmente o mesmo, estava presentes as regiões mais afastadas dos centros urbanos onde não existia atendimento médico⁶, e assim sendo, as parteiras/curandeiras eram os únicos meios de cura disponíveis.

De acordo com Londa Schiebinger (2001, p. 209), as parteiras eram especialistas na saúde da mulher e possuíam um vasto conhecimento prático e do funcionamento do corpo feminino. Tratavam de diversas doenças do útero, doenças venéreas e inflamações que eram tratadas com “lavagens de água fervida e líquidos ‘perfumosos’, tampões de tecido introduzidos no útero (curativos), ‘sublimados corrosivos” (WEBER, 1991, p. 178), tinham um “grande conhecimento sobre uso de plantas e ervas medicinais” para tratamento de doentes (AQUINO,

⁵ Período pós-parto em que a mulher fica em repouso.

⁶ Nas regiões mais afastadas, o atendimento médico era escasso, pois dependiam das visitas esporádicas dos médicos viajantes.

2006, p.12) e possuíam um vasto repertório de métodos contraceptivos e abortivos. Londa Schiebinger (2001, p. 210) destaca que elas “tinham acesso a mais de 200 contraceptivos e abortivos” que foram esquecidos com o estabelecimento da medicina moderna.

O conhecimento medicamentoso das parteiras era construído a partir de receitas compostas por plantas medicinais que foram aperfeiçoadas por muito tempo. Mary del Priore (2009) esclarece que o conhecimento da “farmacologia doméstica” se constituía em um saber sobre o funcionamento do corpo da mulher e era transmitido a partir da oralidade. As ervas medicamentosas eram facilmente encontradas nas hortas ou quintais, “típica do saber-fazer feminino sobre o seu próprio corpo”, eram utilizadas para atender as necessidades da população carente de atendimento médico.

As mulheres e suas doenças movimentavam-se num território de saberes transmitidos oralmente, e o universo vegetal encontra-se cheio de signos dessas relações femininas com as técnicas horticolas e com o espaço do quintal. Era nele que, além de colherem as ervas para as curas, jogavam-se as águas com que se lavavam as roupas sujas dos mênstruos, as mesmas que lavavam os mortos e os recém-nascidos. Além de constituir-se também num espaço da economia familiar, o quintal era principalmente território do prestígio da cultura feminina. Cultura feita de empirismo, oralidade, memória visual e gestual (DEL PRIORI, 2009, p. 191)

Esse saber farmacológico, foi construído por meio da “intimidade com a natureza (...), se transmitia de mães para filhas resistindo à taxinomia que faziam os médicos” (DEL PRIORI, 2009, p.192). Tal conhecimento concedia às mulheres parteiras o poder de controlar a continuidade ou a interrupção da gravidez de acordo com a escolha da parturiente (SCAVONE, 2004). Ademais, cabe esclarecer que o aborto era utilizado como um método contraceptivo praticado tanto por mulheres solteiras, prostitutas e mulheres casadas.

Peter N. Stearns (2010) observa que sempre existiram métodos contraceptivos, entretanto ocorreu um aumento significativo de procura por esses artifícios a partir do século XVIII, “particularmente por partes de casais e em especial as mulheres”. Os mais utilizados consistiam em: *coitus interruptus*, diafragmas conhecidos como “pessário ou supositório vaginal”, contraceptivos a base de ervas e a abstinência sexual. A partir do século XIX, com o desenvolvimento da borracha ocorreu à proliferação do preservativo masculino (STEARNS, 2010, p. 162-163).

Em algumas culturas, além das práticas do aborto, o infanticídio era aplicado como método essencial para o controle da gravidez indesejada. As parteiras enquanto detentoras dos conhecimentos e “práticas eminentemente (...) sobre o saber fazer o parto”, desenvolviam uma relação de cumplicidade com a comunidade feminina ao facilitarem a execução desses procedimentos (aborto e infanticídio), “vivendo, portanto, na fronteira ambígua entre a vida e

a morte”. A utilização das técnicas abortivas por parte das parteiras, caracterizava-se como uma disputa entre o saber fazer feminino e o “saber exclusivamente masculino” representado pela medicina, aliada da Igreja Católica (DEL PRIORI, 2002, p. 223-224, 258).

A utilização cada vez mais recorrente do controle de natalidade praticada pelas mulheres casadas estava relacionada com as mudanças econômicas ocorridas a partir do desenvolvimento do sistema capitalista que empobreceu significativamente a mulher, destituindo-a de seus meios de subsistência. Fabíola Rohden (2001, *e-book*) salienta que o “desenvolvimento das técnicas contraceptivas” proporcionou as mulheres um maior controle sobre a sua fecundidade as libertando “para se dedicar a novas atividades, não restritas ao ambiente do lar e ao cuidado dos filhos e da família”.

Tal liberdade, propiciou ao surgimento de movimentos feministas na Europa que reivindicavam o direito de voto e educação. A autora (2001, *e-book*) chama a atenção para o fato de que a mudança das funções desempenhadas pelas mulheres, colocou em risco a ordem social estabelecida. Assim sendo, a popularização desses métodos desagradou tanto à Igreja quanto o Estado.

O controle de natalidade foi a partir do século XVIII, considerado um procedimento subversivo e criminalizado. De acordo com Silvia Federici (2017, p. 176-178) a criminalização das práticas contraceptivas na Europa impôs penas severas e colocou as parteiras em constante vigilância, iniciando “um processo pelo qual as mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação”. Muitas parteiras para poder continuar exercendo seu ofício “tornaram-se espiãs” do Estado que objetivava controlar cada vez mais o corpo feminino, desapossando da mulher da liberdade de escolha sobre a reprodução e “seus úteros se transformaram em territórios políticos” responsáveis pelo crescimento populacional utilizado “a serviço da acumulação capitalista”.

Renilda Barreto (2001, p. 146) observa que os “procedimentos técnicos desenvolvidos” pelas parteiras, estavam repletos de “valores religiosos, morais, comportamentais” que “representa uma nuance da multifacetada forma de apropriação da cultura do corpo na sociedade” brasileira. A busca de proteção durante o parto, no culto realizado para as santas “Nossa Senhora do Amparo, Nossa Senhora da Luz, Nossa Senhora da Glória”, ressalta o apelo religioso relacionado ao “temor e risco de morrer no momento do nascimento” (ALENCASTRO, 1997, p. 71).

As parteiras eram detentoras dos ritos desenvolvidos no parto, para garantir um bom

nascimento. As “práticas supersticiosas e mágicas, bem como devocionais” consistiam em

orações a Nossa Senhora do Bom Parto, lançava ao pescoço da parturiente bentinhos com orações para apressar a expulsão, jaculatórias, ladainhas eram cantadas, retalhos eram passados sobre o ventre; tudo, enfim, que colaborasse para lançar fora filhos vivos ou mortos era bem-aceito pela parturiente e bem usado pela parteira (DEL PRIORI, 2002, p. 225).

Ademais, outros ritos poderiam ser aplicados de acordo com a necessidade através da utilização de artifícios mágicos como amuletos feitos com crânio de cachorro, couro de cobra amarrado no quadril das parturientes, etc. Tais mecanismos eram usados pois “a crença na atuação de forças sobrenaturais e demoníacas desempenhavam papel importante na construção de artifícios protetores”.

Pode-se compreender que o “apelo dirigido aos protetores celestes” era um reflexo das “dores e sofrimentos (...) da vida cotidiana” das mulheres da colônia (DEL PRIORI, p. 232, 239). Julie Cruikshank (*in* AMADO *et al*, 2006, p. 153) salienta que “a vida real é cheia de contradições, e os mitos nos dão meios de lidar com um mundo crivado de tais contradições).

Mauss (2003, p. 55-57) observa que em algumas esferas, a técnica acompanha a magia. Entre elas, o autor destaca a medicina rústica que durante muito tempo o elemento mágico se sobrepôs ao técnico e o rito tornou-se tão eficaz, a ponto de serem compreendidos somente em conjunto.

Assim, numa prática médica, as palavras, os encantamentos, as observâncias rituais ou astrológicas são mágicas; é aí que jazem as forças ocultas, os espíritos, e que reina todo um mundo de ideias que faz que os movimentos, os gestos rituais, sejam reputados detentores de uma eficácia muito especial, diferente de sua eficácia mecânica. Não se concebe que o efeito sensível dos gestos seja o verdadeiro efeito (MAUSS, 2003, p. 57).

Lévi-Strauss (1989) ao referir-se sobre as “diferenças entre a magia e a ciência” esclarece que tanto uma quanto a outra são fundamentadas no mesmo princípio, a organização e ordenação da natureza. Ambas buscam compreender e interpretar os acontecimentos naturais e cotidianos, devendo ser colocadas no mesmo patamar

como dois modos de conhecimentos desiguais quanto ao resultado teórico e prático, mas não devido a espécie de operações mentais que ambas supõem e que deferem menos na natureza que na função dos tipos de fenômenos aos quais são aplicados (LÉVI-STRAUSS, 1989, p. 26-28)

O saber fazer tradicional, baseado nas crenças mágicas que pertenciam à “cultura feminina sobre o corpo”, passaram por um processo de desmantelamento, apropriação e redefinição propagados pela Igreja Católica. Ritos foram “cristianizados”, “Ísis e Lucina” deusas pagãs da fertilidade foram substituídas pela “Nossa Senhora do Parto”, etc. Mary Del Priori (2002, p. 236) observa que “a redescoberta de antigas analogias da cultura feminina em

torno do parto incentivou a Igreja a usar a devoção (...) como instrumento de normatização das mulheres”.

Maria Lúcia Barros Mott (1999, *on-line*) enfatiza que as parteiras possuíram um “saber elaborado a partir das crenças religiosas” e “práticas populares”, acreditavam que “através de rezas e rituais” e apelo os santos católicos e outras “forças sobrenaturais” elas poderiam conduzir a chegada da criança. Mary Del Priori (2016, p. 312) esclarece que as funções “mágico-religiosas” desempenhadas durante o parto objetivavam “atrair a criança para fora da barriga da mãe”, as mesmas vinham “ao mundo entre preces, gritos de dor e júbilo”. Araújo (*apud* ALMEIDA, 2010, p. 34-36) esclarece que a medicina mágico-religiosa tem como objetivo curar o sobrenatural e expulsar o mal que faz o doente sofrer, utilizando de ervas, comidas, excrementos, massagem, banhos e principalmente das rezas e os rituais, elo de conexão do sagrado com o “mundo sobrenatural”.

Entretanto, a autonomia da prática das parteiras, enquanto um campo exclusivamente feminino não se manteve ao decorrer do século XIX.

3.2 CORTE AO MAR: O PROCESSO DE CIENTIFIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CURA NO BRASIL OITOCENTISTA

A transferência da família real portuguesa, acompanhada de todo o seu “aparelho administrativo e burocrático” para o Brasil em 1808, contribuiu para o processo de institucionalização da colônia. (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p. 161-163). De acordo com Schuma Schumacher e Antonia Ceva (2015, p.11) a vinda da família real para o Brasil, “ficou marcad[a] por muitos fatos que mudaram definitivamente os rumos do país [n]o panorama sociocultural e econômico do início dos anos 1800”, onde uma “sociedade colonial, escravista e patriarcal” se desvinculou das condições de colônia.

A aristocracia lusitana que acompanhou D. João VI para as novas terras além-mar não escondeu a sua insatisfação com as condições encontradas na nova pátria. Apesar do deslumbramento com as paisagens naturais, “ficaram assustados com a sujeira, insalubridade e imensidão da população negra (...) escravizada” que circulava pelas ruas (SCHUMACHER; CEVA, 2015 p. 12). O monarca, objetivando contornar essa tensão, iniciou no Brasil modificações até então não ocorridas.

Entre as principais medidas tomadas para a estruturação da Colônia, destaca-se: *a)* A abertura dos portos para as nações amigas que permitiu a entrada de estrangeiros e expedições científicas no território. *b)* A criação das escolas de cirurgia em 1808 nas cidades da Bahia e

Rio de Janeiro. Medida tomada para resolver o problema endêmico de falta de médicos na região, ademais a criação das mesmas, foi de fundamental importância para a “modernização do território brasileiro e também de produção de uma cultura científica” sendo que “anteriormente não havia sido permitida a criação de instituições superiores (OLIVEIRA, 2016, p. 27-29).

Milton Vargas (1994, p. 18) ao refletir sobre o surgimento da Ciência moderna, salienta que a mesma “só atinge o Brasil no início do século XIX, com a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro, e com a criação das (...) academias profissionais de Medicina, Direito e Engenharia”. A partir da “implantação do ensino superior” inicia-se, vagarosamente a cultura científica no país, refletida no interesse dos profissionais liberais, tais como os médicos.

O processo de cientificação das práticas de cura no Brasil acarretou ao aperfeiçoamento da Fisicatura-Mor, órgão “responsável pela fiscalização referente à higiene pública, exercício da medicina, cirurgia e parteiras” (BARROS MOTT, 1999, *on-line*). A Fisicatura – Mor consistia em um juizado privativo que era dividido entre as funções: físico-mor e cirurgião-mor, responsáveis por verificar se as “questões relacionadas à medicina, boticários, venda de drogas medicinais, bebidas e curandeiros” (dentistas, cirurgiões, sangradores e parteiras) ocorriam de acordo com as normativas da Coroa/Império (PIMENTA, 1997, p.12).

As parteiras precisavam de uma licença para exercer o seu ofício, o procedimento de licenciamento era composto por duas etapas, sendo a primeira a apresentação de uma carta “comprovando a experiência que deveria ser apresentada ao representante do físico mor da região em que vivia” e a segunda consistia em um exame onde a parteira era “avaliada por dois cirurgiões e uma parteira aprovada”, durante o exame eram feitas “perguntas sobre a teoria e prática do ofício, se aprovada recebia” a licença (BARROS MOTT, 1999, *on-line*).

Fabiola Rohden (2006, p. 214-215) esclarece que, de uma forma geral, a medicina não se interessava pelas “enfermidades femininas” a “marginalidade do corpo feminino, teria haver com o desprezo mais geral sobre a manifestação do corpo” da mulher. Ana Paula Vosne Martins (2000, p. 64) observa que o parto era visto como uma prática médica desqualificada, “vil e inferior, associada à dor, ao sangue e às impurezas, por isso sendo um assunto a ser resolvido pelas próprias mulheres”. O atendimento médico, em um primeiro momento, no Brasil, se restringia aos casos graves “de complicação de parto que colocassem em risco as mulheres e crianças”, sendo assim, as outras funções foram delegadas às parteiras que passaram a ter o seu ofício controlado pelos médicos.

O discurso médico higienista atribuía à mulher um “pressuposto de inferioridade”, representada por estereótipos negativos e “associada à sua inferioridade intelectual, à sua delicadeza física e ao instinto materno”. Com atuação social restrita para as mulheres, eram irrelevantes para as instituições como o Estado e a Igreja (SANTOS; SALLES, 2015, p. 121-122).

Tânia Pimenta (1997, p.4) observa que desde a “vinda da Corte” para o Brasil, o número de “médicos e cirurgiões” aumentou significativamente. Através da criação das Escolas de Cirurgia em 1808 e posteriormente a transformação das mesmas em Faculdades de Medicina em 1832, institucionalizou-se o ensino no país.

Criou-se uma elite médica local masculina, branca e rica que objetivava o “monopólio legal do exercício da arte de curar” e a “medicalização da sociedade”. Renilda Barreto (2001, p. 133) enfatiza que a partir da criação das escolas de medicina, “caberá aos médicos a missão civilizadora (...) extirpando todo e qualquer elemento que pudesse caracterizar o Brasil como nação atrasada”.

De acordo com a concepção positivista, a ciência era a fonte da verdade absoluta e mecanismo responsável pelo progresso social. Nesse sentido, a missão civilizadora no Brasil oitocentista era baseada nos ideais positivistas que objetivava o desenvolvimento da ciência e sucessivamente a extinção das práticas tradicionais de cura.

Outrossim, os discursos científicos do século XIX foram influenciados pela concepção eugenista do darwinismo social que pregava a superioridade física e intelectual das raças, sendo o europeu branco o ápice evolutivo, a “seleção natural era a força motriz para a transformação da sociedade”. A partir dessa concepção o Brasil era tido como uma nação atrasada, pois sua população miscigenada era considerada uma raça inferior (SANTOS; SALLES, 2015, p. 121-127).

Karoline Carula (2016, p. 64-67) salienta que a concepção de progresso social associada à missão civilizadora, tida como o ápice das sociedades desenvolvidas, objetivava modificar profundamente a sociedade brasileira e para isso era necessário “civilizar e educar negros, índios, mestiços, brancos pobres e mulheres para acabar com a barbárie social”. A ciência, assim como a medicina, fora utilizada como instrumento de propagação desses ideais através de conferências, palestras etc.

A extinção da Fisicatura-Mor em 1828 dificultou a “atuação das terapias populares” e direcionou para as Faculdades de Medicina o papel de “fornecer titulação e permissão para as

parteiras” (BARBOSA, 2014, p. 2). Maria Lúcia Barros Mott (1999, *on-line*) adverte que após a abertura das faculdades de medicina, as mulheres que gostariam de exercer a “profissão de parteiras deveriam, a partir de então, fazer (...) o curso de partos”, que buscava ensinar “de acordo com o preceito da ciência correta a maneira de atender a mulher e os primeiros cuidados com a criança” (ROHDEN, 2006, p.214).

As parteiras aprovadas nos “exames admissionais deveriam fazer juramento” no final do curso e se “comprometer a cumprir a cláusula que limitava a sua atuação”, sendo assim, em caso de partos difíceis que durassem mais de vinte e quatro horas, o médico deveria ser chamado e a parteira não podia administrar nenhum tipo de “medicamento ou acessórios no ato de partejar” (BARBOSA, 2014, p. 3-5). Além disso, pode-se perceber que a partir do mecanismo de controle, apoiado pelo Estado, ocorreu uma submissão do saber tácito feminino ao saber científico, racionalizado e elitizado masculino e tal procedimento foi utilizado para reintegrar a mulher seu papel socialmente atribuído.

A extinção da Fisicatura-Mor pode ser percebida como uma tentativa de extinguir as terapias populares e consolidar a medicina acadêmica no país. Essa tendência não se limitou às medidas direcionadas como dificultar o exercício do ofício, mas também se inseriu no âmbito simbólico, com “campanhas de difamação” e “ridicularização” das práticas tradicionais, “mesmo sendo o seu saber tributário na medicina clássica, transferido por incontáveis gerações” (BARROS MOTT, 1999, *on-line*).

Sônia Maria Magalhães (2011) esclarece que a “consolidação da medicina científica perante a sociedade constitui um processo conflituoso e lento”, pois a institucionalização, objetivo da elite médica brasileira “significou a ruptura” com práticas seculares (MAGALHÃES, 2011, p. 1098). Esse processo de estabelecimento da medicina brasileira pode ser percebido como uma disputa política, endossada pelo conhecimento científico, onde as práticas seculares, representadas em sua maioria por negros, pobres e mulheres, precisavam ser extirpadas das funções representativas em prol ao processo civilizatório.

Sandra Harding (2017, p. 166) observa que com o surgimento dos movimentos feministas multiculturais e pós-coloniais, novas perspectivas teóricas são utilizadas para esclarecer e questionar as práticas da C&T. A partir dessas concepções a ciência moderna ocidental não é a “única capaz de contar uma história verdadeira sobre a organização da natureza”. Ademais, com o triunfalismo marcado pelo progresso da história da ciência, “as mulheres e outros grupos subordinados, frequentemente, perderam status sociais” onde os

sistemas de conhecimentos locais, e diferentes do ocidental, passam por um processo de banalização e desqualificação.

3.3 A MEDICINA DA MULHER: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

O estabelecimento da Medicina Moderna no Brasil contribuiu para o surgimento da medicina da mulher e isso ocorreu graças ao desenvolvimento de técnicas básicas, tais como assepsia, anti-sepsia e anestesia. O início do século XIX é marcado pelo “estudo e tratamento do aparelho reprodutivo e das doenças femininas, confundiam-se com a obstetrícia”, posteriormente ocorreu uma separação para “dois ramos” distintos da medicina, sendo: 1º Obstetrícia - campo destinado para a “gravidez, parto e puerpério”, sua prática estava relacionada, com a experiência clínica. 2º Ginecologia - “que se dedicava ao estudo morfológico, fisiológico e patológico do organismo feminino e aparelho genital”, surge como uma “especificidade clínica (ROHDEN, 2002, p. 105-108).

Entretanto, cabe aqui ressaltar que apesar de muitos historiadores abordarem os dois campos da medicina da mulher, como extensão uma da outra, é necessário discutir a particularidade de cada delas. Patrícia de Freitas (2008, p. 177) esclarece que “a ginecologia não pode ser interpretada como uma extensão da obstetrícia ou da clínica cirúrgica” e que ambas foram construídas como um campo de pesquisa intervencionista.

De acordo com Elisabeth Miloni Vieira (*in* GIFFIN; COSTA, 1999, p. 70) A palavra “Obstetrícia” - originada do latim *obstetricum*, significa ‘estar diante de’ (*obs*); ‘mórbido, tétrico’ (*tetricum*) - expressa, em si mesma, (...) a apropriação” médica de um saber que os médicos “tecnicamente não dominavam”. Ana Paula Vosne (2000) salienta que a obstetrícia é uma prática muito antiga onde a presença masculina ocorria esporadicamente e sua transformação em especificidade médica lucrativa, ocorreu somente no século XVIII. Até então, a presença masculina no parto ocorria somente em partos complicados, em que era necessária a intervenção de cirurgiões ou barbeiros. Entretanto, esses profissionais não possuíam conhecimento sobre o corpo feminino, desencadeando procedimentos desastrosos, onde geralmente ocorria o retalhamento do feto para facilitar sua extração. Essas práticas foram responsáveis por potencializar o medo da maternidade.

Durante o século XVI, surgiram na Europa os manuais de parto ilustrados que testemunham o interesse masculino pela anatomia feminina. Esses registros mostram que a prática se tornava cada vez mais intervencionista. A “escrita masculina a respeito” da mulher é um “exemplo da apropriação do saber médico e científico pelos intelectuais envolvidos com a

questão” feminina (MARTINS, 2000, p. 68 -41).

Os cirurgiões desenvolveram a partir da visão masculina do corpo feminino uma “verdadeira obstetrícia patológica” composta por um arsenal cirúrgico equipado por “pinças, tesouras, fórceps, ganchos e perfuradores, e também faziam parte da prática intervencionista às manobras obstétricas e as operações como embriotomia e a cesariana” (MARTINS, 2000 p. 69). Tais procedimentos, destituíram a concepção de naturalidade ao ato de parir e o associaram ao procedimento clínico.

A interferência dos médicos parteiros se desenvolveu graças ao surgimento da anatomia e fisiologia durante os séculos XVII e XVIII e o crescente interesse pelo controle do corpo feminino. A obstetrícia, enquanto uma parte da medicina, consiste na ciência que se ocupa com a gravidez e das manifestações da reprodução no corpo feminino (ROSEN, 2002, p. 105).

De acordo com Marinha do Nascimento Cordeiro (2005, p. 77), o surgimento da ciência moderna foi responsável pelo desenvolvimento do médico cirurgião, detentor do conhecimento erudito, da percepção da doença, da cultura médica e da proximidade com o doente. Essas características permitiram a construção de técnicas responsáveis pelo melhoramento geral da prática obstétrica.

Entre as principais técnicas obstétricas desenvolvidas entre os séculos XVIII e XIX, Cordeiro (2005, p. 78) destaca: toque, auscultação fetal, pelvimetria, controle das infecções puerperais e parto provocado. E as já citadas anteriormente tais como o fórceps, anestésias, etc. Arney (1982) ao referir-se sobre a utilização do éter como anestesia para aliviar as dores do parto, observa que o mesmo facilitava o trabalho do médico e anulava a participação da parturiente que perdia a autonomia e o controle de seu corpo.

A ginecologia, de acordo com Rohden (*e-book* p. 49 / 2002, p. 105), surgiu como disciplina científica no século XIX e “ trata dos problemas relativos à mulher”, sua “fisiologia e a patologia de seus órgãos genitais (...) fora da gestão, assim como as suas relações com os restantes aparelhos e sistemas” além de desenvolver “parâmetros para a distinção entre os sexos”, ou seja, atrelando a “mulher à função reprodutiva”. Os especialistas oitocentistas, alegavam que os órgãos sexuais femininos influenciavam na *psique* da mulher e, assim sendo, a ginecologia abrangia “a totalidade somática e psíquica da personalidade feminina, analisar-lhe o corpo e a alma como um todo integral e solitário nas suas reações aos estímulos partido dos genitais” (BARROS, *apud* ROHDEN, 2002, p.106).

Elisabeth Rago (2002) parafraseando Fabíola Rohden (2001, *e-book*) esclarece que a

ginecologia surge como a ciência da diferença, os médicos explicavam a “inferioridade física, psicológica e intelectual da mulher em relação ao homem como uma realidade inscrita no próprio corpo”. Anne Fausto Sterling (2006, p. 146) destaca que nas primeiras décadas do século XIX, os anatomistas começaram a se interessar pelo esqueleto feminino, objetivando descobrir as diferenças da identidade sexual. A partir dessa concepção, os cientistas alegaram que as mulheres possuíam um cérebro menor, conseqüentemente, eram menos inteligentes.

Fabiola Rohden (2001, *e-book*) complementa Anne Fausto-Sterling (2006) ao ressaltar que a mulher, por ter um cérebro menor, não possuía condições de “participar dos domínios do governo, comércio, educação, ciência”, entretanto os cientistas constataram que a pelve da mulher era maior, o que ressalta sua função biológica para a maternidade e observa que:

As capacidades intelectuais eram mais características do homem, o que ficava evidente nas medidas do crânio e tamanho do cérebro. As mulheres eram mais dominadas pelas funções sexuais e, por isso, eram caracterizadas como mais físicas, instintivas e emotivas. O instinto sexual era tal forma determinante para a mulher na concepção desses médicos que se tornou mesmo comum usarem o termo sexo para se referirem à mulher. O homem, evidentemente, também era dotado de funções instintivas e emocionais, mas estas era governadas pelo cérebro” (ROHDEN, 2002, p. 119-120)

As características anatômicas da mulher as destinavam a maternidade e a vida doméstica, sendo assim, “os médicos construíram papéis de gênero, apoiando-se na diferença sexual” e extrapolavam “o simples cuidado da doença” para abordar questões sociais e legitimar a dominação existente. O gênero feminino era considerado “potencialmente patológico” associado a graves doenças mentais, aos vícios e eram percebidos como ameaças para a humanidade.

Ademais, as mulheres que não se enquadravam no papel social estabelecido e lutavam por representatividade política e social eram consideradas “como ‘espécies híbridas’, ‘não-sexuadas’, ‘mulhereshomens’, ‘degeneradas’, ou então descritas como incapazes de conseguir um marido e manter uma família, além de ‘vampiras’ ou ‘assassinas” (ROHDEN, 2001, *e-book*). Mulheres com talentos específicos possuíam plasmas masculinos em seu organismo, assim como as feministas eram consideradas agressivas e anormais psicologicamente (FAUSTO-STERLING, 2006, p. 188).

O surgimento da ginecologia exigiu uma mudança metodológica de investigação do corpo, o olhar médico foi direcionado do exterior para o interior do organismo, tornando-se cada vez mais intervencionista (MARTINS, 2000, p. 129). Fabiola Rohden (2002, p.108) esclarece que a ginecologia se constituiu como um campo intervencionista, ultrapassando o ato de cuidar.

Ana Paula Vosne Martins (2000, p. 118), observa que durante o século XIX a ginecologia e a obstetrícia foram responsáveis pela construção da “organização do corpo feminino” a partir de “experiências anátomo-fisiológicas” e criam a teoria “sobre a organização nervosa do corpo feminino, em sistema de rede, ligando os ovários e útero através de gânglios e nervos ao eixo cérebro-espinhal”. Dessa forma, a representação médica da mulher foi vinculada à fragilidade e tendência em desenvolver perturbações mentais, interpretações ideológicas associadas à concepção dualista que dicotomiza homens e mulheres, sendo eles representantes da “razão e mente”. Já a mulher, atribuída ao “corpo e sexo”, instintos que deveriam ser controlados e dominados.

3.4 ENTRE A PRÁTICA E A CIÊNCIA: O ESTABELECIMENTO DA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL.

O desenvolvimento tanto da obstetrícia quanto da ginecologia, ocorreu no Brasil a partir do século XIX e de acordo com Maria Lúcia Barros Mott (1999, *on-line*) o ensino era irrisório e as faculdades, “não preparavam os profissionais para fazer partos”, as aulas eram orais “onde repetiam exatamente o que estava escrito nos manuais. Não havia aula prática, já que não havia uma clínica de partos”. Na obra, a autora traz um relato do médico “Anselmo da Fonseca” que relembra:

A monotonia daquele curso fastidioso só era quebrada pelos manejos realizados sobre um manequim, que, com alguns esqueletos de bacia, úteros e fetos artificiais e diversos instrumentos, constituíam os únicos elementos com que se deveriam habilitar e formar os futuros parteiros. No fim do ano os estudantes eram aprovados sem terem jamais assistido a um parto, nem uma vez sequer praticado o simples toquei (FONSECA *apud* BARROS MOTT, 1999, *on-line*).

Elizabeth Meloni (*in* GIFFIN; COSTA, 1999, p. 71) esclarece que o ensino da medicina da mulher no Brasil enfrentou diversos obstáculos, entre eles a falta de aulas práticas nas faculdades de medicina. Essa deficiência acarretou na má formação dos profissionais no “final do século XIX, muitos médicos formavam-se sem jamais terem visto um parto ou procedido a um exame obstétrico”.

Essa precarização do ensino médico não foi restrita ao campo da medicina da mulher, o mesmo estava relacionado ao processo de cientificação da prática no Brasil. Gabriela Sampaio (2005) chama a atenção para o fato de que o processo de consolidação enfrentou diversos problemas: desde a falta professores e estrutura física até de falta de consenso nos procedimentos adotados. A “medicina oferecia tratamentos agressivos e dolorosos” e a introdução de técnicas polêmicas como: fórceps, cesariana e manobra de Mauriceau, contribuíram para a dificuldade de “aceitação da participação do médico na obstetrícia”

(ROHDEN, 2006, p. 213). Beatriz Weber (2004) cita em sua obra, uma notícia de jornal que denunciava uma cesariana malsucedida:

Haverá operação mais cruel? Quantas dores sofreu a pobre parturiente, aguentando tamanha barbaridade e tanta desumanidade do parto de seus algozes? Depois de serrarem o osso da bacia, abriram à força para dar passagem livre ao feto que nasceu com vida; porém a infeliz senhora, 24 horas após a bárbara operação, exalava seu último alento, no meio das mais cruciantes dores e hemorragias, que eles não conseguiram aplacar quanto mais estancar. Foi nessas condições que morreu uma distinta senhora na flor da idade, acabando seus dias nas mãos de homens que não eram ignorantes, nem precisaram se acobertar com alei da liberdade profissional (O Exemplo, 10 abr. 1910:1 *apud* WEBER, 2004, p. 159).

Fabiola Rohden (2002, p. 112) esclarece sobre as “dificuldades morais” em aceitar a participação de “um homem estranho, mesmo coberto pelos propósitos da medicina, na intimidade de uma mulher era um dos temas de debate” da época. Ana Paula Martins (2005, p. 656/ 2000 p. 133-14) “comenta que a vergonha feminina em mostrar o corpo para o médico era” recorrente no século XIX, outro fator que contribuía para o estranhamento estava relacionado com o sentimento de posse exercido pelo marido sobre o corpo feminino, o que trouxe grandes polêmicas para o exercício da medicina da mulher. Entretanto, com o decorrer do tempo, a figura do médico foi reconhecida, sua autoridade passou a ser aceita pelas mulheres e seus maridos.

Renilda Barreto (2001) observa que as mulheres preferiam ser auxiliadas em período de enfermidade, “por outras mulheres, principalmente ao que diz respeito às doenças exclusivamente femininas” (BARRETO, 2001, p. 141). A parteira Romana de Oliveira ao falar sobre sua função informa que é um ato de natureza feminina, que requer “assistência de mulher e não de homem” (BARROS MOTT, 1999).

O reconhecimento profissional das parteiras se manteve, mesmo após a institucionalização da medicina no Brasil. Cabe esclarecer que nem todas as parteiras possuíam licença para exercer o ofício, mas isso não as limitava no emprego de suas funções. Ademais tais obrigatoriedades só ocorriam nos centros urbanos, pois em um país geograficamente extenso como o Brasil, nem sempre as normativas passavam por um processo de interiorização. Giselle Barbosa (2014, p. 5-7) observa que as licenças eram caras e que as parteiras só buscavam a regulamentação do ofício após serem denunciadas.

Diante disto, as licenciadas acabavam exercendo funções atribuídas aos médicos-cirurgiões, como a utilização do fórceps bisturis etc., isso ocorria pela falta de estrutura para atender as parturientes, o número de nascimentos era maior que o número de profissionais disponíveis (MOTT, 2002). Ana Paula Vosne Martins (2000, p. 160) esclarece que “as mulheres

brasileiras não procuravam os hospitais para dar à luz”, o mesmo era utilizado por mulheres desamparadas pela família.

O repertório técnico das parteiras sobre a saúde da mulher, por um período, foi mais significativo que o dos próprios médicos oitocentistas, sendo que muitos se apropriaram dessas técnicas ao decorrer dos anos. Um fato que corrobora para esse perfil foi a falta de interesse da classe médica de desempenhar essa função.

A obstetrícia, não era um campo de prestígio, por isso, foram atribuídas às parteiras (ROHDEN, 2006). Maria Lúcia Barros Mott (1999, *on-line*) enfatiza que até mesmo o atendimento das esposas dos médicos era realizado pelas parteiras, em outras esferas familiares, elas continuavam a auxiliar todos os membros da família em períodos de doença, pois pertenciam ao círculo de confiança.

Gabriela Sampaio (2005, p. 33-38) esclarece que a popularização da medicina no Brasil, desencadeou a rivalidade profissional entre os médicos locais “a falta de consenso sobre os procedimentos”, “questões de honorários [e] médicos que acusaram outros médicos de matar seus pacientes” caracterizam um período de transformação da “medicina científica, que vinha adquirindo muita influência (...) na sociedade brasileira”. Entretanto a luta pela legitimação da classe, em “diversos setores sociais” se contrapunha ao medo generalizado da população pela medicina acadêmica.

A cirurgia era uma das categorias médicas mais temidas e a divulgação por meio dos jornais impressos sobre procedimentos médicos malsucedidos desencadeavam pânico na população (SAMPAIO, 2001). “Por isso, os cirurgiões buscaram um “mercado que pudessem atuar sem competir com” outras categorias e “optaram pela parturição” (BARBOSA, 2014, p. 5).

A profissionalização abriu espaço para a formação de uma profissão e ocupação de um nicho de mercado. Os saberes já não eram adquiridos na prática, de mães ou avós para filhas, de mulheres para mulheres, mas por instituições desconectadas das questões que transcendiam a fisiologia dos corpos.

O campo da Obstetrícia tornou-se atraente, “sobretudo o atendimento normal – sucesso garantido para o profissional, um parto bem-sucedido poderia significar tornar-se médico da família”, assim “sendo requisitado (...) para cuidar de diferentes doenças” que assolassem os “membros da família”. (BARROS MOTT, 1999, *on-line*). Para conseguir o prestígio popular, os médicos obstetras passaram a realizar atendimento gratuito para a população carente,

mecanismo “para ganhar a confiança das camadas populares, aqueles que tradicionalmente recorreriam ao auxílio das parteiras” (BARRETO, 2001, p. 142).

Sendo assim, as parteiras tiveram o seu “espaço de atuação reduzido” e as “mulheres que viviam dessa prática” passaram a ser “socialmente criminalizadas”. Esse processo de descriminalização foi fruto de diversos mecanismos utilizados para legitimar a medicina acadêmica no Brasil, entre eles, pode-se destacar a “campanha difamatória” que buscava associar “a imagem da parteira como mulher ignorante, analfabeta, sem moral, responsável pela morte de mães e recém-nascidos”, sem “qualificação profissional”, caracterizando assim uma luta simbólica entre a “ciência e não ciência, racionalidade e superstição”, problemática esta, constantemente discutida e sinalizada pelas pesquisadoras de gênero (BARROS MOTT, 1999).

A representação caricatural da parteira associada a histórias de horror, vinculadas a literatura médica e os jornais oitocentistas, foram utilizadas como meios de territorialização da medicina que “produzia um efeito arrasador nas representações sobre a parteira”, remetendo-as para “posições cada vez mais subalternas” (CARNEIRO, 2005, p. 69-70). Cabe esclarecer que, a ciência médica do século XIX, não possuía os meios científicos necessários para se sobrepujarem ao ofício das parteiras com procedimentos dolorosos, a falta de conhecimento sobre a anatomia feminina, inexistência de aulas práticas nas faculdades de medicina e a introdução do homem na esfera feminina. Essas características podem ser percebidas como uma disputa de poder, do conhecimento legitimado sobre um ofício marginalizado.

Ademais, Fabíola Rohden (2002) esclarece que no século XIX, a representação social da mulher estava atrelada a esfera particular, ou seja, cabia à mulher as funções relacionadas ao cuidado da família e à maternidade, qualquer alteração na esfera desestabilizaria a “ordem patriarcal” (ROHDEN, 2002 p. 115-156). As parteiras, ao desempenharem seu ofício, mexiam com a estrutura social estabelecida, pois desempenhavam uma função de prestígio na sociedade, mesmo sendo a maioria analfabeta e competiam diretamente com a classe médica, detentora do saber legítimo da arte de curar.

Barros Mott (1999, *on-line*) salienta que o preconceito contra as parteiras, também estava relacionado à “origem étnico-racial” (BARROS MOTT, 1999). Del Priori (2002, p. 205,207) observa que os “detentores de saberes populares e tradicionais (...), eram marginalizados e perseguidos por possuírem um conhecimento que [foi] reelaborado pela ciência médica” e as parteiras, “eram duplamente atacadas: por serem mulheres e por possuírem

um saber que escapava ao controle da medicina”.

Com o processo de cientificação, ocorrido em meados do século XIX, iniciou-se uma campanha de “transformação do parto num evento controlado” pela medicina e “exclusivo do ambiente hospitalar” (BARBOSA, 2014, p. 6). A medicina passa a desempenhar um papel de controle sobre o corpo feminino, pois:

O conhecimento do mecanismo do parto teve grande impacto na extensão do controle médico sobre o corpo feminino. A obstetrícia tornara-se um estudo preciso, quase matemático, ao transformar o corpo materno num espaço analisável, mensurável e passível de intervenção (MARTINS, 2005, p. 662)

Ademais, tornou-se responsável pela patologização do parto e seu deslocamento da esfera particular para a esfera pública. A patologização transformou o parto em um procedimento clínico e:

manipulado pelas mãos do médico, (...) que exigia da mulher adotar certas posições e permanecer imóvel, o que nem sempre ocorria, pois muitas mulheres não aceitavam o toque vaginal e preferiam movimentar-se quando sentiam as contrações. Alguns médicos aceitavam esses comportamentos, mas a tendência foi convencer a parturiente de que quanto mais ela colaborasse com o médico, deixando-se examinar, melhor seria o atendimento e mais seguros os resultados (MARTINS, 2005, p. 662).

Na esfera domiciliar, o parto era compreendido como um evento individual, mas também coletivo, esclarece Mary Del Priori (2009, p. 218 - 224) “a atenção da parturiente com que ocorria com seu corpo reverberava numa participação comunitária cuja a carga era (...) coletiva”, as posições de na hora do parir eram diversas, em pé, de joelhos, agachada ou deitadas, assim sendo, a mulher determinava a posição mais favorável. Mauss (2003, p. 412) observa que as posições adotadas durante o parto são técnicas que podem variar, não existindo uma única posição correta. Entretanto, com o desenvolvimento da Obstetrícia, o parto se tornou um evento “mecânico de expelir o bebê” e “a presença da parturiente foi apagada” de tal forma que a mesma perdeu o domínio sobre seu corpo (DEL PRIORI, 2009, p. 221).

Esse procedimento dificultou a participação das parteiras no exercício de seu ofício, limitando-as ao ato de cuidar, característica da natureza feminina atribuída pela concepção essencialista⁷ que justificava o papel social atribuído para a mulher. Renilda Barreto (2001) observa que a “racionalidade científica oitocentista (...) passam a formar um modelo específico para a vida e a morte do corpo” criando “uma nova ordem das representações” e o

⁷ “Corrente de pensamento introduzida e defendida por Aristóteles, segundo a qual a pesquisa científica deve penetrar até a essência das coisas para poder explicá-las” (ABBAGNANO, 2007, p. 363).

“conhecimento do corpo mulher” foi utilizado como instrumento de “normatização da alma” feminina, “condenando todo e qualquer hábito (...) que impossibilitasse” o não cumprimento do papel social estabelecido (BARRETO, 2001, p. 132- 143). Esse papel de normatização do corpo feminino foi atribuído a ginecologia que “definiu-se enquanto a especialidade guardiã da honra feminina e da regulamentação das manifestações corporais da mulher” (ROHDEN, 2002, 113).

A parturição consistia na base do projeto obstétrico, o mesmo foi responsável pela patologização da gravidez, que por sua vez, é legitimada na introdução do parto hospitalar. O médico é tido como representante do saber científico e o único detentor do conhecimento instrumental necessário para assegurar um parto seguro e, nessa perspectiva, o parto normal torna-se um problema. Ademais, de acordo com a concepção evolucionista vigente no século XIX, a mulher estava perdendo sua habilidade natural de parir. Essa perspectiva legitimava o monopólio do parto científico (ARNEY, 1982).

Silvia Federici (2017, p. 176-177) esclarece que o processo de marginalização das parteiras, começou pela perda da autonomia que as mulheres exerciam “sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto, enquanto os médicos homens passavam a ser considerados como aqueles que realmente davam a vida. Tal alteração propiciou o surgimento de “novas práticas médicas em caso de emergência” onde a vida da mulher, tornou-se secundária em relação ao do feto.

Ademais, Marinha do Nascimento Carneiro (2005, p. 70) destaca que a “medicina aliada à cirurgia” possuía um duplo papel na sociedade: acabar com o sofrimento individual e ser um mecanismo para promover a modernidade; essas concepções fizeram do médico uma figura de representação da elite social, configurando, assim, um “sistema de conhecimento significativo” alicerçado nas bases científicas eruditas.

O ofício das parteiras, técnica milenar, embasada em um conhecimento tácito, transmitido por meio de uma rede de relações socioculturais femininas perdeu seu espaço após o processo de institucionalização da Medicina no Brasil que, por sua vez, surge como um conhecimento embrionário destituído de metodologias e consenso em relação os procedimentos adotados e, mesmo assim, conseguiu se estabelecer, com o apoio da sociedade, como a única detentora legítima da arte de curar, pois seu saber era baseado na racionalização científica. O processo de institucionalização da medicina não ocorreu de forma unânime, mas utilizou-se de diferentes estratégias para conseguir aceitação social. De acordo com Gabriela Sampaio (2001)

a medicina científica era uma prática rudimentar que disputava espaço com outras categorias de cura, sua afirmação ocorreu graças ao apoio do Estado, por meio das políticas higienista, responsável pelo processo de medicalização da sociedade e posteriormente a partir de políticas públicas que garantiram a exclusividade do exercício da profissão.

Partejar, arte de auxiliar a mulher durante o parto, consistia em um ato exclusivamente feminino que permeava diferentes esferas sociais, culturais, religiosa, mística etc. A parteira, mulher que desenvolvia uma função pública, prestigiada pela sociedade e associada ao conhecimento, passou a ser perseguida e difamada com o surgimento da Medicina da Mulher. Em princípio, tendo sua função controlada pelo médico e posteriormente limitada ao papel do cuidar, ou seja, sem nenhuma autonomia para exercer seu ofício. Isto posto, observa-se que ocorreu um processo de divisão hierárquica baseada na distinção de gênero na medicina da mulher, onde coube à parteira exercer a função do cuidar e, ao médico, exercer o ofício a partir da medicina, campo e atividade masculina, de acordo com os preceitos da ciência moderna.

Cabe lembrar que o processo de apropriação do ofício não ocorreu de forma unanime no Brasil, o mesmo foi direcionado para os grandes centros urbanos, nos locais mais periféricos ou/e isolados as parteiras continuaram e continuam exercendo o ofício e auxiliando as mulheres⁸. Portanto pode-se compreender o processo de apropriação do saber-fazer das parteiras para a medicina da mulher como um período de disputa política em que a medicina se estabelece como detentora do saber legítimo, não por possuir procedimentos e tecnologias superiores, ou seja, critérios científicos, mas por meio de critérios políticos e utilizados como um instrumento de domínio.

⁸ Na atualidade as parteiras tradicionais continuam atuando como profissionais independentes. De acordo com Marina Santos Pereira (2016) “as parteiras são atuantes não somente em lugares distantes, onde é difícil o acesso aos serviços de saúde, mas também nas zonas periféricas das cidades (...), assistindo aquelas mulheres grávidas que, por razões diversas, não conseguem o atendimento médico-hospitalar”.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n3/589-601/pt/>

4 A TÉCNICA DAS PARTEIRAS ENQUANTO PRÁTICA CULTURAL

4.1 A TÉCNICA E O CONHECIMENTO TÁCITO

Toda a ação humana tem um caráter técnico pela simples razão de ser humana (VIEIRA PINTO, 2005, p. 239).

Analisar e compreender a importância da técnica para o desenvolvimento do homem é uma temática em constante discussão entre os estudiosos da história da tecnologia, filosofia da tecnologia e outras vertentes epistemológicas. Alguns autores brasileiros consagrados, tais como Vieira Pinto (2005) e Milton Vargas (1994), salientam que para se compreender o surgimento da técnica, é necessário retroceder historicamente para o surgimento do homem.

Vieira Pinto (2005, p. 64 - 221) em sua obra “o conceito de tecnologia” faz uma rica reflexão sobre a relação intrínseca entre homem e técnica salientando que “a técnica (...) pertence ao comportamento natural do ser que se humanizou”, surge com o desenvolvimento do sistema nervoso central e com a capacidade de transpor o ato de projetar do imaginário para o concreto. A técnica é “um produto da percepção humana que retorna ao mundo em forma de ação”, transmitido culturalmente. Complementando Vieira Pinto (2005), Pierre Ducassé (s/d) esclarece que o homem por causa das formas de seu corpo e cérebro, não se limita a copiar os processos industriais da vida a partir da utilização da técnica, mas cria outros mecanismos diferentes daqueles encontrados na natureza.

Para Georges Canguilhem (2017, p. 83, 108) “a vida é a raiz de toda a atividade técnica”. O mesmo, esclarece que a técnica é vital para o desenvolvimento do homem, a partir dela o homem cria mecanismos que objetivam preservar e manter a vida, adaptando-se em diferentes meios pois, o homem é um ser geográfico “e a geografia está profundamente impregnada de história, sob a forma de técnica coletiva”.

Assim sendo, o homem é um ser normativo e social que se utiliza de diferentes técnicas para se adaptar e preservar a vida. Vieira Pinto (2005, p. 238-239) destaca que a técnica é essencial para a existência do homem, a partir dela o homem se adapta ao mundo, transformando-o “para subsistir”, ela possui um caráter social e “materialmente condicionada pelas situações objetivas da vida, principalmente pelo trabalho”.

O desenvolvimento da técnica tem permitido ao homem se adaptar as diferentes condições ambientais. Por meio dela, o homem criou mecanismos que prologam e melhoram a sua existência, assim como a pioram. Bazzo (*et al*, 2003, p. 39) enfatiza que “a existência humana é um produto técnico tanto como os próprios artefatos que o fazem possível”, é

impossível dicotomizar “a técnica da essência do ser humano” pois a “técnica é uma das produções mais características do homem”.

Milton Vargas (1994, p.15) salienta que a técnica “é tão antiga quanto a humanidade” simultânea à utilização da linguagem, assim sendo, “homem, técnica e linguagem teriam aparecido num só momento, embora esse momento possa ter durado séculos”. Pierre Ducassé (s/d, p. 11) ao refletir sobre o processo de aquisição da linguagem esclarece que o homem se tornou um ser que fala e executa as suas próprias palavras, tornando-se “capaz de pensar seu comportamento”, resultando na “vontade de agir”, ou seja, executando “a técnica da ação”. A técnica a partir desta perspectiva pode ser compreendida como um “conjunto de regras, invenções, operações e habilidades”, desenvolvidas a partir de um “aprendizado prático” (VARGAS, 1994, p. 15-16).

A partir desta reflexão pode se observar as relações intrínsecas existentes entre o homem e a técnica. Para Pierre Ducassé (s/d) a técnica é um sistema de costumes sociais que parte da individualidade para a coletividade onde o processo de transmissão do saber coletivo da técnica é mais importante que o ato individual de sua construção. Maria Juracy Aires (2006, p. 29-30) destaca que “a técnica surge como parte intrínseca da relação entre o indivíduo e a sociedade”, prática pertencente ao projeto histórico-social.

Compreende-se então uma relação dialética existente nesse processo, onde as relações sociais estão intimamente relacionadas ao desenvolvimento técnico, pois “o verdadeiro processo é um processo dialético onde, ao mesmo tempo que a causa age sobre o efeito, o efeito age sobre a causa” (PARAIN *in* GAMA, 1985, p. 152). A história da técnica vai além do processo de criação de diferentes mecanismos, consiste em uma cadeia de grandes circunstâncias sociais que favorecem o desenvolvimento do homem (DUCASSÉ, n/s, p. 09).

Vieira Pinto (2005) enfatiza que à cultura pertence a técnica, pois:

Uma das mais nocivas substancializações que cometemos quase inconscientemente, passando assim despercebida, é a que se refere à cultura. Aparece-nos como uma realidade em si. Definimos então as técnicas declarando-as pertencentes a certa cultura, substantivada, entificada, quando a verdade encontra-se na expressão inversa. São as técnicas, enquanto ações humanas concretas, que têm valor primordial porque se referem à relação direta de caráter problemático, do homem com o mundo, ao passo que a cultura designa apenas os conjuntos dela em determinado tempo e lugar, mais as crenças e valores a elas agregados. Atribuímos certas técnicas antiquíssimas, por exemplo, à cultura paleolítica, quando devíamos dizer o oposto, pois são as técnicas executadas em tal fase do desenvolvimento humano que configuram o conceito chamado de cultura paleolítica (VIEIRA PINTO, 2005, p. 65).

De acordo com Morin (*apud* KRÜGER; *et al*, 2015) a cultura é dinâmica e incorpora as experiências cotidianas, “criando e recriando conhecimentos aplicáveis à realidade de seus

membros”, onde, “esta realidade passa a ser um elemento concreto e permite que as pessoas vivenciem experiências e adquiram técnicas comuns a seu grupo”. O processo de desenvolvimento técnico, ao ser construído a partir do contexto sócio/cultural é responsável pela multiplicidade e heterogeneidade das técnicas adquiridas para responder problemas específicos e sociedades diferentes. Pois:

vida social oferece inúmeras formas de conhecimento, inúmeras formas de compreender a realidade, a partir das diferentes sociedades e/ou de diferentes grupos de uma mesma sociedade, criando assim um processo dinâmico e inacabado das experiências humanas (KRÜGER; *et al*, 2015, p. 281).

Lévi-Strauss (1989, p. 29 - 30) salienta que o domínio técnico do homem, desde os primórdios da humanidade ocorreu graças ao processo de acumulação e sistematização do conhecimento “através de séculos de observação ativa e metódica, hipóteses ousadas e controladas, a fim de rejeitá-las ou confirmá-las através de experiências incansavelmente repetidas”. Assim sendo, o homem primitivo a partir da curiosidade e de “uma vontade de conhecer pelo prazer de conhecer” utiliza-se do conhecimento técnico para responder a necessidades cotidianas, ocasionando ao desenvolvimento de técnicas complexas dignas de “uma atividade de espírito verdadeiramente científico”. O mesmo, esclarece que existe “dois modos diferentes de pensamento científico”, sendo um baseado na percepção ou da imaginação, e outro” da razão.

Maria Juracy Aires (2006, p. 40-41) enfatiza que “antes do desenvolvimento da Ciência moderna, o ser humano já classificava e nomeava os fenômenos da natureza, partindo da observação e formulação de hipóteses”, esse processo ocorria a partir da utilização do conhecimento técnico adquirido por meio de diversos testes e experiências. A mesma, esclarece que a “produção do conhecimento é um processo que acompanha o desenvolvimento do ser humano”

Desde os tempos mais remotos, as pessoas já desenvolviam um grande número de técnicas, necessárias para a sobrevivência e resolução dos problemas sociais e culturais. Durante milhares de anos buscou-se solução para as dificuldades cotidianas, num exercício incansável de experimentação e acumulação, transformando meios naturais em utensílios, e utilizando-se da natureza na medida estritamente necessária para a garantia da sobrevivência. Esse saber, adquirido na convivência com a realidade social e enriquecido através das diversas culturas, é transmitido de geração a geração constituindo-se no conhecimento tácito (ARIES, 2006, p. 41).

“Tão antigo quanto o homem” o conhecimento tácito é “um conhecimento racional, adquirido através da convivência, ou seja, através da vida social” que se transforma em um “aparato técnico que dá condições aos seres humanos para enfrentarem as dificuldades da vida cotidiana” (KRÜGER; *et al*, 2015, p. 281-282). O conhecimento tácito é também conhecido como: Conhecimento empírico, intuitivo, senso comum etc. e são encontrados em diferentes

aparatos, tais como, os ritos, crenças, magias e técnicas. Maria Juracy Aires (2006, p. 42) esclarece o conhecimento tácito passa por um processo de desqualificação pois se opõem aos fundamentos do conhecimento erudito que “são considerados superiores a estes outros saberes”.

Assim sendo, pretende-se compreender o saber-fazer das parteiras enquanto um conhecimento tácito, adquirido por meio da oralidade e das relações socioculturais, que até o século XIX no Brasil, foi a única prática responsável por cuidar e salvaguardar a vida da mulher. Esse mesmo saber técnico, movia-se entre as fronteiras do místico e do científico e ao ser refutado pela medicina da mulher, passou por um processo de marginalização que perpassa a desigualdade entre os saberes e se legitima a partir da misoginia e do sexismo como estratégias.

4.2 A CONSTRUÇÃO DO SABER-FAZER DAS PARTEIRAS: DA ORALIDADE À TÉCNICA.

De acordo com o dicionário de língua portuguesa⁹, o termo saber-fazer é utilizado para referir uma “série de conhecimentos, aptidões e técnicas” adquiridas através da experiência e utilizadas para executar tarefas cotidianas, práticas, artísticas e intelectuais. Para Maria Juracy Aires (2006) o saber-fazer faz parte do cotidiano do homem, uma “condição básica e fundamental, não só de sobrevivência, como também de prazer e de bem-estar individual e social”. O processo de enriquecimento desse saber a partir da diversidade cultural e de sua transmissão “geração para geração constituindo-se no conhecimento tácito (KRÜGER *apud* AIRES, 2006, p. 41).

O saber-fazer das parteiras está presente desde os períodos longínquos da história. Como já comentado anteriormente, o partejar era uma prática isolada onde a mulher se excluía da comunidade para dar à luz. Entretanto, ao decorrer do tempo a prática do isolamento foi substituída pelo apoio coletivo feminino, que por sua vez, foi responsável pelo processo de construção e transformação do saber-fazer oral para o técnico empírico exercido “pelas mulheres, no auxílio ao parto e puerpério e mesmo na intercorrência da gravidez” (MELO *apud* SCAVONE, p. 128).

⁹ Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/saber-fazer>

Esse saber-fazer em sua forma embrionária se desenvolveu a partir das experiências pessoais e transmitidas de mãe para filha, de avó para neta de mulher para mulher. De acordo com Mme Durocher¹⁰ (1871) as parteiras, desde os tempos antigos são referência no auxílio a saúde da mulher, seu papel vai

(...) além de partejarem e curarem moléstias das vias genito-urinárias e do anus, confeccionavam filtros amorosos, filtros sympaticos, vingativos, cujos efeitos eram aniquilar a virilidade e determinar a loucura: encarregavam-se de entabolar relações de as pertubar ou desfazer, de provocar abortos, de commetter infanticídios, de substituição de crianças ou supressão de recém-nascidos em uma estrada, em uma porta em um adro de igreja (DUROCHER, 1871, p. 261).

A citação acima, esclarece que o papel desempenhado pelas parteiras era muito mais amplo do que a assistência à saúde e doença. Dispostas a auxiliar a mulher em diversos assuntos da esfera particular, viviam entre a fronteira do bem e do mal. O dualismo encontrado na prática do ofício é um reflexo da rede de relações de confiança feminina criada como um mecanismo de proteção contra a sociedade patriarcal.

Mme Durocher (1871) ao referir-se sobre a prática do ofício das parteiras no Brasil colônia, esclarece:

As caboclas, portuguesas, e negras velhas monopolisavam o exercício dos partos, exercício até então não contestado, curavam as moléstias do útero, benzião de quebrantos, tratavam de espinhela cahida (gastro enterite): eram appellidadas como muitas outras partes comadres, e quando curavam simplesmente de moléstias medicas ou cirúrgica, com certas rezas, palavras magicas acompanhadas de mezinhas, confeccionadas por ellas, chamavam-nas curandeiras (DUROCHER, 1871, p. 262).

O saber-fazer das parteiras no Brasil, recebeu influência de diferentes culturas que constituíram um sistema de crenças específico. Brasileiras, portuguesas, africanas e indígenas que tinham suas casas identificadas com uma cruz branca na porta, normalmente das classes populares e analfabetas. Seu ofício era permeado pelas práticas mágicas e “levavam debaixo da mantilha, capote ou baêta, cartas, presentes, filtros, feitiçarias de sympathia ou repulsão de ventura ou de desgraça” e normalmente eram mulheres “naturalmente inclinadas para o bem” (DUROCHER, 1871, p. 262).

¹⁰ Maria Josefina Matilde Durocher, nascida em Paris no ano de 1809 mudou-se para o Brasil em 1816. Foi a primeira parteira formada no curso de partos do Brasil. “Exerceu a profissão por cerca de 60 anos, tendo atendido mais de 5 mil partos. Publicou vários trabalhos na área de Obstetrícia e foi a primeira mulher admitida na Imperial Academia de Medicina” (MOTT, 1999, p. 135).

Para Lycurgo Santos Filho (apud MOTT, 1992, p. 43) as parteiras nacionais eram mulheres brasileiras mulatas, portuguesas brancas, pertencentes a “baixa burguesia, vestidas de preto, de mantilha e rosário (...) lenço na cabeça, conhecidas de todos e todos as conhecendo, alcoviteiras terríveis, não se limitavam a aparar crianças”, praticavam abortos e tratavam doenças. Para o autor, as parteiras foram as responsáveis pela morte das “parturientes e nasciturnos, (...) não só pelas práticas oriundas de extrema ignorância, como pela propagação da infecção puerperal”.

O saber-fazer das parteiras sempre esteve vacilando entre a proibição e a tolerância, esclarece Mme Durocher (1871), principalmente por ser um ofício em sua maioria exercido por mulheres negras, libertas ou escravas. Maria Lúcia Mott (1992, p. 41) observa que “o perfil da maioria das parteiras tradicionais (...) provenientes das classes baixas da população, muitas delas negras e mulatas, com reduzida competência profissional” utilizavam diversas superstições no exercício do ofício, muitas delas também eram curandeiras.

O saber informal feminino, transmitido pela oralidade era “necessário para a sobrevivência dos costumes e tradições femininas” as rezas, adivinhações, ervas, magias etc., foram mecanismos utilizados para substituir a falta de médicos na região. “o curandeirismo (...) foi um mal provocado pela necessidade, um tipo de medicina praticada nas bases do conhecimento vulgarizado, popularizado, adquirido através do empirismo” (DEL PRIORI, 2009, p. 88). Georges Canguilhem (2007, p. 83) observa que o desenvolvimento da medicina natural surgiu da necessidade do desenvolvimento de técnicas utilizadas para se manter e preservar a vida, a partir da adaptação às “variações de meio no qual se desenrola”.

Ademais o sistema de crenças construída em torno do ofício das parteiras era composto por uma teia de gestos mágicos e profanos, pertencentes à cultura feminina e malvisto pela Igreja católica e pelo Estado, ambos objetivavam controlar a mulher para exercer suas funções sociais atribuídas. Nessa perspectiva, a medicina associada ao Estado e à Igreja, passa “perseguir as mulheres que possuíam conhecimento sobre como tratar do próprio corpo”, além de demonizar as práticas contraceptivas, como já destacado anteriormente, entre elas o aborto e o infanticídio.

Cabe esclarecer que a responsabilidade de povoar a colônia era atribuída à mulher. Controlada e fiscalizada pela Igreja, tornou-se um “mecanismo criado por Deus exclusivamente para servir à reprodução” (DEL PRIORI, 2009, p. 83).

Com o processo de desenvolvimento da clínica médica e da anatomia no século XVIII

e posteriormente com o surgimento da medicina da Mulher: Obstetrícia e Ginecologia no século XIX, exigiu-se cada vez mais especialização do ofício das parteiras. No Brasil, desde o século XVIII as câmaras municipais eram responsáveis pela examinação, certificação e fiscalização das práticas de cura, contudo não existiam meios de vistoriar todas as regiões e essa “ausência de controle” sobre os ofícios tradicionais, propiciavam o exercício das “práticas ilegais”. Entre os anos de 1808 a 1828 coube a Fisicatura – Mor a responsabilidade de “fiscalização dos exercícios da medicina e cirurgia no Brasil” (MOTT, 1992, p. 41, 46).

Após a transferência da família real para o Brasil em 1808 e a abertura dos cursos de parto nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro o exercício do ofício passou a ser atrelado à necessidade de uma licença que comprovasse as habilidades necessária para melhor atender a população. Maria Lúcia Mott (1992, 42) nos chama a atenção para o fato de que com o desenvolvimento da medicina e as novas “concepção sobre a vida e sobre o corpo”, Estado e Igreja, responsabilizaram as parteiras pelo alto índice de mortalidade “materno-infantil”.

A representação negativa da parteira enquanto analfabeta, supersticiosa e responsável pela morte de mães e filhos, pode ser tida como um reflexo do processo de apropriação das práticas populares pelo conhecimento científico, assim como uma consequência do embate político atrelado às relações de poder existentes no exercício do ofício. Tais reflexos também existiram com as outras práticas da medicina popular (sangradores, curandeiros) mas na disputa aqui observada se potencializava por causa de outro agravante o trânsito da mulher na esfera pública algo não aceitável pela sociedade misógina da época.

Inicia-se então, um período de constantes discussões sobre a necessidade de difusão do conhecimento científico e a profissionalização das parteiras tradicionais. De acordo com Jacques Gélis (apud MOTT, 1992, p. 44-45) “a parteira tradicional representava para os espíritos modernos, tudo aquilo que se queria fazer desaparecer: as práticas julgadas irracionais, supersticiosas”.

Maria Lúcia Mott (2002) observa que o movimento de especialização e qualificação das parteiras não surgiu como uma tentativa de reconhecimento do ofício, mas da necessidade de suprir o déficit de profissionais disponíveis em um período em que o número de parteiras licenciadas e médicos parteiros era irrisório em relação ao número de parturientes. Nessas circunstâncias que o manual da Mme Berthou foi publicado em 1830.

4.3 COMPÊNDIO DAS DOENÇAS E OUTRAS INDISPOSIÇÕES DAS MULHERES: PARA SERVIR DE GUIA ÀS PARTEIRAS NA ARTE DE CURAR.

Com surgimento da ciência Moderna no Brasil no século XIX iniciou-se a difusão da cultura científica no país. A falta de profissionais licenciados no campo da medicina, era um problema recorrente na região. Neste mesmo período, ocorreu o “reconhecimento da necessidade de se instruir as parteiras” pois “a falta de parteiras hábeis fazia, segundo o médico, que mulheres sem qualquer treino se tornassem parteiras, o que era desastroso, dada a alta taxa de mortalidade dos recém-nascidos” (MEIRELES, 1828 *apud* MOTT, 1999, p. 134).

Neste contexto que o “compêndio das doenças e outras indisposições das mulheres, para servir de guia às Parteiras na arte dos partos; precedido d’huma disseração sobre tacto” foi publicado em 1830. Mme Berthou de acordo com Maria Lúcia Mott (1999, p.134) nasceu em 11 de maio de 1806 na cidade de Beauvois na França, seu nome de batismo era Stephanie Marie Françaises Wernault, formada mestra parteira pela Faculdade de Medicina de Paris, exerceu o ofício na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e exercitou a profissão por mais de 30 anos.

Mme Berthou ao chegar no Brasil, observou que não existia manuais sobre o exercício das artes de parto na língua portuguesa para servir de guia no exercício da profissão. A mesma então publicou o compendio a partir da tradução dos principais preceitos de autores franceses, e esclarece:

Como a sciencia dos partos he inteiramente nova entre as mulheres que exercem, que geralmente são desprovidas dos primeiros conhecimentos que poderião-lhe permitir em estudar a parte anatomica que concerna esta arte; que o uso do Francez não he concedido senão a aquellas que terião recebido huma boa educação, emfim que tudo, para assim dizer, he afiançado ao acaso, superstição e naturza, eu me appresso a oferecer à minha nova pátria este esboço, como huma introdução a huma obra mais importante também destinada ao ensino de mulheres. (...) Todos os pais de família, particularmente todas as mulheres, são interessadas em exercitar a propagação dessas idéias entre as moças; que dedicam-se aos partos, huns pelo amor da conservação dos objectos os mais caros a elles, suas esposas, outras pelo seu interesse próprio e o de suas filhas, tão frequentemente victimas da ignorância e imperícia (BERTHOU, 1830, p.i - ij).

A obra se inicia com uma dissertação sobre o “tacto” onde a autora sinaliza sobre a importância da realização do exame de toque tanto para diagnóstico de doenças femininas quanto para identificação de gravidez, gravidez extrauterina, etc. O exame deve ser usado de guia para o diagnóstico “de certas doenças próprias do sexo” onde é necessário apalpar a parte interior da bacia e verificar o seu estado e dos “órgãos que contem”.

A importância atribuída ao exame de toque na obra da Mme Berthou pode ser percebida

como uma influência do conhecimento médico do século XVIII e XIX. De acordo com Foucault (1977, p. 155-156) com o desenvolvimento da anatomia e da clínica médica, o olhar do médico é deslocado da superfície visível do organismo para a profundidade do corpo, tal descolamento é concebido como resultado do processo de cientificação e reformulação no nível do saber.

Muitas mulheres não se submetiam ao exame de toque por excesso de pudor, salienta Mme Berthou, tal postura é criticada pela parteira pelo fato de que muitas pacientes ficam sem tratamento/medicamento por não realizarem o procedimento. O problema se maximiza no caso das parturientes, pois a partir do exame verifica-se “o estado ordinário da matriz e da vulva” assim, podendo prever futuros acidentes e constatar o movimento do feto. A parteira admite que para a utilização do exame é necessário possuir conhecimentos preliminares sobre a anatomia feminina, tais como a forma, dimensão, estrutura da bacia e das partes genitais, no caso das gestantes, compreender as mudanças acarretadas pela gestação para não causar prejuízo à paciente.

As formas de executar o exame são variadas podendo ser de pé, deitada às avessas etc., é necessário que a paciente esvazie a bexiga antes do exame e para praticá-lo a parteira precisa estar com a mão lubrificada com manteiga para evitar arranhadura. Após o exame a parteira deve lavar as mãos, “sobretudo quando se devem visitar várias mulheres, huma depois da outra, a fim de não transmitir impureza a huma ou outra” (BERTHOU, p. 1830, p. vij).

O compêndio, inicia-se com uma análise sobre as doenças das mulheres, Mme Berthou observa que “a inteligência d’estes preceitos, rendando a arte dos partos menos longas, a experiencia menos perigosas, o juízo menos difícil há de render a cura das doenças das mulheres mais fácil” (BERTHOU, p. 1830, p. 1). Para melhor compreender as doenças femininas é necessário ter um bom conhecimento sobre a “madre e todas as partes que dependem della”. Ademais, a desordem da matriz era a causa da maioria das doenças da mulher, as condições de saúde se agravavam nas grávidas, pois a maioria dos remédios utilizados para o tratamento de doenças femininas não podiam ser usados nas gestantes.

Sobre esse fato, Mary del Priori (2009, p. 257) salienta que os medicamentos utilizados para solucionar os problemas da madre eram os mesmos utilizados para provocar aborto assim como os procedimentos purgantes que utilizavam de laxantes vomitivos e diuréticos “com a finalidade de desalojar o feto”. A restrição da utilização dos farmacológicos e purgantes, procedimentos importantes para a medicina da época, foram remedidos (ou não) pela utilização excessiva das sangrias.

A fragilidade da saúde feminina estava associada ao útero e suas influências. Mary del Priori (2009, p. 177) observa que “a madre era passível de incitar no organismo uma série de males, todos recorrentes ao mau funcionamento dos órgãos reprodutivos”. Uma mulher para ser considerada saudável, precisava possuir “um espírito seminal, cuja a fecundidade agiria sobre ela e seus órgãos, definindo-lhe sua feminilidade e gênero”. Fabíola Rohden (2002, p. 120, 108) esclarece que a mulher era determinada pela sua “função sexual, fazendo com que sua fisiologia e patologia sexual afetassem seu comportamento e tendo consequências” morais e sociais. Por conseguinte, existia uma “relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina” e a doença feminina “eram percebidas como difíceis e acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa”.

A menstruação era apontada como a responsável por regular a saúde da mulher:

As mulheres ordinariamente não possuem huma boa saúde, que quando são bem reguladas, he para dizer quando se precisa e como se precisa na evacuação dos mênstruos; assim pode se dizer que a matriz he o relógio da sua saude (BERTHOU, 1830, p. 5-6)

Assim sendo, a parteira em sua obra sinaliza diversas condições de enfermidade associada ao ciclo menstrual, tais como:

As mulheres, cuja evacuações durão menos de três dias ou mais de seis, não porticipão a huma saude toçao boa como as outras (BERTHOU, 1830, p. 6)

Vê-se morrer muito mais mulheres depois da idade de quarenta e cinco annos, pouco mais ou menos, que em nenhuma outra idade da vida; por causa que a natureza começa por então de ser privada da evacuação menstrual que lhe era salutífera (BERTHOU, 1830, p. 7).

As donzelas de treze ou quatorze annos que são valetudinárias, e que ainda não tem tido nenhuma evacuação menstrual, não começarão a estar boas, que depois de lhe ser esta evacuação chegada com a idade (BERTHOU, 1830, p. 8)

O tratamento para os males causados pela ausência do ciclo menstrual, consistia na utilização das sangrias. Mme Berthou destaca que mulheres com atraso menstrual, é “preciso sangralla no braço ou no pé, (...) pelo menos huma vez ao mez, para suprir ao defeito d’esta evacuação natural”, o mesmo tratamento pode ser aplicado em mulheres hidrópicas. No caso das mulheres que apresentam uma pequena hemorragia, normalmente são curadas na gestação e após o parto, o colo do útero fica livre para o ciclo menstrual (BERTHOU, 1830, p. 7-8).

Tanto a utilização das sangrias para a regulação dos humores do corpo, quanto a utilização da gravidez como método curativo, estão presentes na mentalidade médica do século XVIII e XIX, influenciada pela medicina hipocrática. De acordo Mary del Priori (2009, p. 194) para a medicina as doenças eram decorrentes do “desequilíbrio dos humores”, ou seja, “pela ação mórbida de um fator interno, ou da influência de um fator estranho, e algumas vezes

ambos, as veias se enchiam de corpos e entupiam”, com a obstrução o corpo entrava em colapso e perdia sua harmonia, causando perda de apetite, “febre subia e o estado geral se deteriorava (...), apenas a sangria era capaz de dar conta do mal-estar do enfermo”.

Já a gravidez era tida como reguladora do corpo feminino, pois deixava a mulher livre do sangue infectado da menstruação, mãe fecunda sinônimo de saúde feminina. A mãe possuía uma função binária, ora “altar da reprodução, ora depósito de imundícies”, quando destituída da gestação, tornava-se resfriada, causando grande sofrimento para a mulher. A partir deste quadro mental se pode compreender a relação medicamentosa da gestação e maternidade (DEL PRIORI, 2009, p. 184).

As sangrias também eram utilizadas nos tratamentos de mulheres grávidas. De acordo com o imaginário médico da época as hemorragias presentes durante a gestação, eram causadas pelo bebê ao puxar o cordão umbilical, pois:

“(…) o embigo que he naturalmente muito curto, que por accidente he embarçado ao redor de alguma parte do filho na barriga da mãe, frequentemente he cauza que o filho não podendo mover-se livremente sem dar puxões a este cordão, do qual he bridado, faz destacar prematuramente as páreas da matriz, e causa no mesmo tempo huma perda de sangue considerável (BERTHOU, 1830, p. 9)

A parteira chama a atenção para o fato de que a perda de sangue durante a gravidez, acompanhadas de convulsões, frequentemente eram responsáveis pela morte da mãe e do bebê. A sangria no braço, era utilizada como procedimento terapêutico para evitar a perda de sangue, caso o tratamento não apresente resultados e a parturiente fosse acometida pelo sangramento, o parto é o melhor remédio. Mme Berthou (1830, p. 11-12) observa que as “fraquezas, zumbido no ouvido, a vista deslumbrada e” turva são sinais de perda excessiva de sangue, que normalmente acabam em morte.

As hemorragias após o parto, também eram tratadas com sangrias no braço. Mary del Priori (2009, p. 194-195) esclarece que a sangria era considerada um “santo remédio” para o corpo feminino. Tal postura, reflexo da crença de que o sangue da menstruação era impuro e infeccioso, “tratava-se do sangue infecto, rubro e nauseabundo que havia no corpo” extraído durante o parto ou menstruação.

Muitas das parturientes foram vítimas da utilização das sangrias, além de serem submetidas “a três sangrias tradicionais durante a gestação, eram sangradas a fim se prevenir a febre e a perda de sangue que podiam ocorrer por seus esforços a dar à luz”. De acordo com o João Curso Semedo a utilização das sangrias era um erro cometido por parteiras, barbeiros e médicos que ao introduzir o

erro de sangrar logo as paridas no dia em que parem sem mais causa porque purgam pouca ; [...] deve contentar-se com o sangue que a natureza vai deitando, ainda que seja pouco, [...] e deixar a natureza vá purgando, ainda que o faça lentamente (SEMEDO, 1720, *apud* DEL PRIORI, 2009, p. 196)

Mary del Priori (2009, p. 197) deixa claro que muitas das mulheres que sofriam de hemorragias, eram recebidas com desconfianças pois o diagnóstico associava a perda de sangue com o pecado cometido, resultado da infidelidade. O instrumento utilizado para moralizar a mulher e erradicar do corpo o pecado era a sangria, advertindo-a sobre a má utilização de seu próprio corpo.

A concepção da gestação como mediadora da saúde do corpo feminino pode ser percebida na afirmação da Mme Berthou (1830, p. 13): “as mulheres estéreis são ordinário muito mais valetudinárias que as outras”. A infertilidade era compreendida como um problema feminino, não existiam homens inférteis, mas impotentes. Por este motivo, a parteira apresenta a infertilidade como sendo um problema que oscila, onde as mulheres estéreis podem se tornar férteis ao decorrer da vida, a mesma observa que o temperamento feminino interfere na fertilidade e que:

Certas mulheres que pelos obstaculos do seu temperamento tinham parecido serem estéreis com homens que não são impotentes, tornão-se fecundas com homens, cujo temperamento tem mais conformidade com o seu (BERTHOU, 1830, p.15)

Outro fato interessante encontrado no compendio, consiste na referência às águas minerais e tépidas para a cura da infertilidade que “são mui convenientes às mulheres estéreis, para desembaraçar e levar as obstrucções da matriz que podem causar esterilidade” (BERTHOU, 1830, p. 14). A crença nas águas milagrosas como mecanismo de cura, faz parte do “saber metafísico (...), uma concepção mágica do corpo e da doença” onde a “mentalidade do período mágico” foi transferida para o saber médico. A água terapêutica procurada pelas mulheres, para a cura da infertilidade é um fragmento dos rituais europeus de fertilidade pagão (DEL PRIORI, 2009, p. 187).

Mme Berthou (1830, p. 17-20) ao referir-se sobre o sexo do bebê, sinaliza que “não se pode prognosticar de que sexo he o filho na barriga da sua mai”, a determinação do mesmo não pode ser influenciada, nem pela ausência de movimento do feto no início da gravidez, nem pelo lado do útero em que o feto é gerado e nem pela influência da lua. Percebe-se uma dualidade existente no discurso da Mme Berthou (1830) onde a tentativa de disseminar as práticas sincréticas do ofício das parteiras, perde-se nos resquícios ritualísticos existentes na própria medicina do século XVIII e XIX.

A alusão sobre à influência da imaginação feminina também estava relacionada a

formação de um feto perfeito, pois:

(...) a forte imaginação d'uma mulher prenhe pode imprimir alguma nodos no corpo do filho, como acredita-se, isso não he senão durante os primeiros dias da concepção, pois quando o filho he inteiramente formado, e hum pouco fortificado, a imaginação não lhe pode mais mudar a sua forma (BERTHOU, 1830, p. 15).

A imaginação feminina de acordo com a mentalidade da época também era responsável pela má formação de sua prole e a nascimento dos “monstros”. De acordo com Mary del Priori (2009) a responsabilidade sobre a qualidade da prole cabia somente à mulher, a mesma precisava adestrar seus pensamentos para não influenciar na anatomia do feto.

Graças aos desvarios imaginativos femininos, uma mulher, que tivera relações sexuais com o marido vestido de diabo com que tinha ido a uma festa, dera à luz uma criança em forma de diabo. O desejo de comer morangos em uma mãe fizera-lhe nasce uma filha com cinco morangos na mão. Um rapaz viera ao mundo com um mostrador de relógio nos olhos, em que se contavam bem proporcionadas as letras romanas das 12 horas: desejo de sua mãe era ter um relógio. (...) as mães (...) não devem pegar em bichos peludos ou encostar a si qualquer cabeça de animal para que o filho não saia feio ou tenha qualquer paressura com o animal (DEL PRIORI, 2009, 246-248).

Assim como “as violentas agitações do espírito” eram responsáveis pelo aborto a mulher não deveria sentir cólera ao decorrer da gestação. Para evitar complicações na gestação e aborto, Mme Berthou (1830, p. 27) enfatiza em diferentes trechos de sua obra, sobre a necessidade de interrupção da prática sexual durante a gravidez. Pode-se perceber a necessidade de controle social em que a mulher era submetida, limitada à esfera doméstica, não possuía liberdade de pensamento, sentimento e era destituída de sua sexualidade, legitimando sua única função social: a maternidade.

Mme Berthou (1830, p. 32) ao referir-se sobre as eventualidades que uma parteira poderia se deparar ao decorrer do ofício, sinaliza sobre a necessidade da utilização de instrumento cirúrgico para auxiliar o parto em últimos casos. A mesma, observa que existem duas “posturas contra a natureza” para auxiliar o parto difícil, sendo a mais recomendada a utilização das mãos que:

Em todos os partos contra natureza, que somente procedem da má situação do filho, he perciso esperar para tirallo da madre, que seu orificio interno esteja soffrivelmente aberto, e assaz preparado e amolecido, para poder introduzir a mão sem muita violência (BERTHOU, 1830, p. 35).

E, em últimos casos a utilização dos instrumentos. A parteira esclarece que quando o parto é muito difícil, e “quando é impossível salvar mai e filho, (...) a vida da mai sempre deve ser preferível à do filho”.

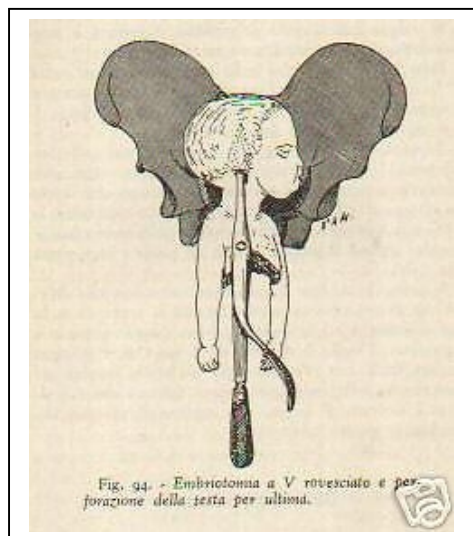
Nos casos de morte do feto no útero materno, a vida da mãe é colocada em risco. Acometida por uma febre contínua que pode levar à morte da mãe, a mesma é submetida a um

“parto muito difícil” pois com o processo de decomposição o corpo do natimorto se torna flácido, “a cabeça do filho morto é corrompido tendo-se tornado flaccida e não tendo mais firmeza, não pode executar a passagem dos ombros com tanta facilidade, como se fosse vivente”. Mme Berthou (1830, p.30) observa que “o filho morto (...) adquire uma corrupção maior e mais fétida em dois ou três dias depois das águas serem corridas que em hum mez, quando conservou as águas”.

A parteira chama a atenção para a utilização de instrumentos para facilitar a retirada do “filho morto, quando as mãos não podem bastar” e observa que:

Os ganchos de que pode-se fazer uso para extração do filho morto na madre, não devem ter nenhuma asperezas ou desigualdades em todo o seu cumprimento, a fim que não sejam feridas as partes da mulher. Antes de resolver-se a tirar hum filho da barriga da mai com instrumentos, he preciso bem tomar sentido a não tratar hum filho vivente como se fosse morto (BERTHOU, 1830, p. 47).

Embriotomia é o nome do procedimento de retirada do natimorto do útero materno. De acordo com Mary del Priori (2009, p. 228) a embriotomia consiste na retirada do feto fragmentado, ou seja, em pedaços. Fabíola Rohden (2002, p. 109) ressalta que a embriotomia consistia na técnica de “retirada do embrião, que, em casos difíceis, poderia exigir a perfuração do crânio para facilitar a extração” (ver figura 1).



(Fonte: METZGER, Raffaelli. Medicina, Obstetrícia, Ginecologia, Puericultura, Nipologia, 1943).

O gancho é utilizado para facilitar o acesso ao feto dentro do útero. Para introduzi-lo no corpo da criança e arrancá-la “pouco a pouco e mansamente até que se tire todo”. Considerado uma prática barbara, normalmente a parturiente era amarrada e seus olhos eram tampados para não ver o procedimento.

Outro instrumento que a Mme Berthou (1830, p. 25) faz menção em sua obra é o “pressário”. O pessário consiste em um dispositivo utilizado para dar suporte ao útero durante

a gestação e evitar o aborto ou nascimento precoce, o mesmo também era utilizado como dispositivo contraceptivo.

A mulher, que tem huma descida de matriz, não deve comprimir a sua barriga com huma ligadura, nem trazer e levar pesados fardos e deve sujeitar-se ao uso d'hum pressario quando a descida he inveterada. Se o pressario he bem feito, a mulher que actualmente o terá não deixa de poder bem conceber (BERTHOU, 1830, p. 25-26).

De acordo com o dicionário de medicina popular (CHERVONOVIZ, 1890, vl. II, p. 714 - 716) o pessário é um “instrumento que se introduz na vagina para manter o útero na sua situação natural, nos casos de prolapso ou de relaxação d'este órgão”. Feitos de diferentes materiais, tais como lã ou seda e cobertos por uma camada de óleo secante, marfim amolecido por ácidos (ver figura 2), borracha (ver figura 3) e esponja. Suas formas são variáveis, circulares, cilíndricas ou ovais, ou feitas na “fôrma da vagina”. Os diferentes modelos poderiam apresentar desconforto à mulher pois não se adaptavam ao formato do útero ou o material utilizado era muito rígido.

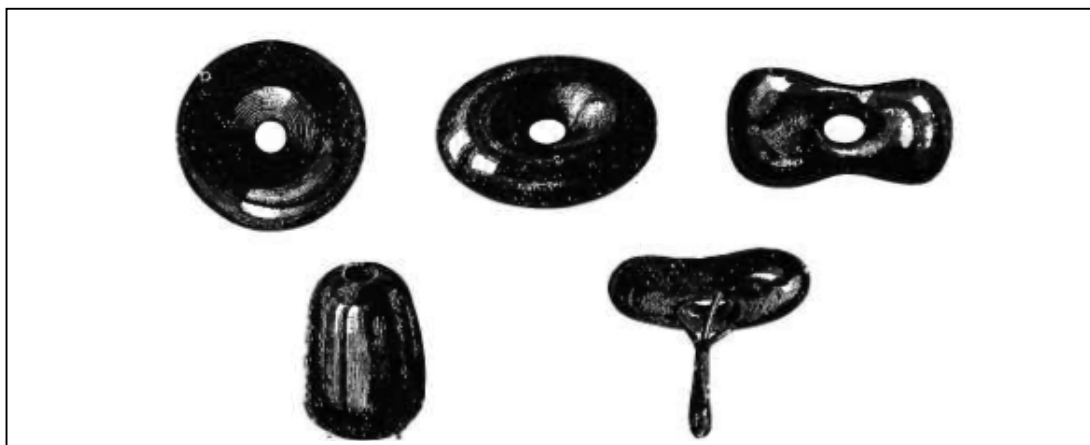


Figura 2: Pessário de goma, marfim ou buxo. (Fonte: CHERVONOVIZ, 1890, vl. II, p. 716)

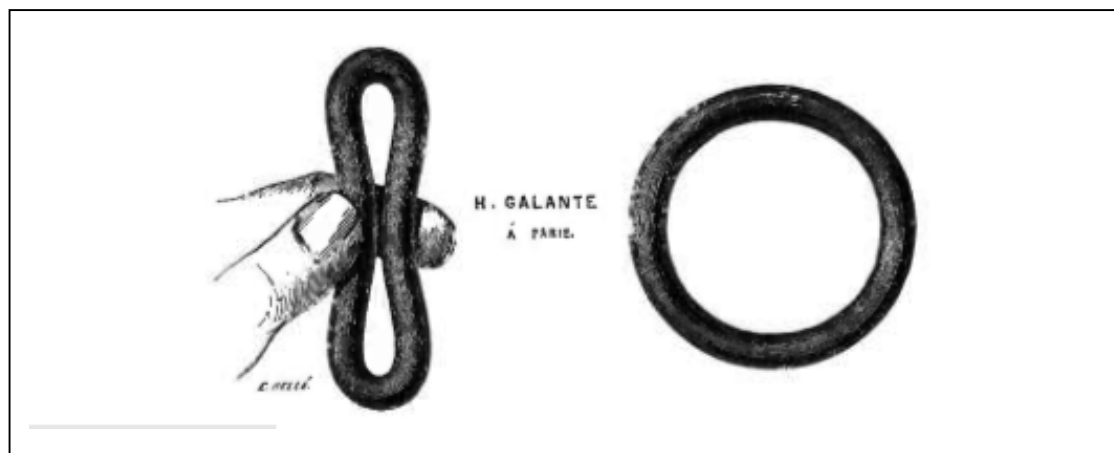


Figura 3: Pessário de elástico (Fonte: CHERVONOVIZ, 1890, vl. II, p. 716)

O pessário era introduzido e retirado do útero pela parteira, como observa o dicionário

de medicina popular:

Eis-qui a maneira de introduzir e extrahir os pessarios. Deita-se a mulher, e a parteira unta o pessario com azeite doce. Apresenta-se o pessario redondo á vulva de modo que uma das suas margens corresponda ao grande eixo d'esta; empurra-se levemente para atravessar o orificio da vagina. Os pessarios ellipticos ou que tem a fôrma de um 8, devem ser introduzidos horizontalmente; inclina-se depois para o lado do recto a extremidade que penetra primeiro ao passo que se empurra levemente a outra debaixo da symphyse do púbis. Quanto aos pessarios cylindricos e os que são munidos de um cabo, procede-se de modo a apresentar primeiro á vagina a parte que deve pousar sobre o utero. Logo que o instrumento se acha no interior da vagina, dá-se-lhe situação conveniente. Sendo elliptico o pessario, o grande diâmetro deve ser transversal; tendo o pessario duas chanfraduras, como representa uma das figuras, uma deve corresponder ao recto e a outra á bexiga. Todos devem receber na sua abertura, ou concavidade de sua face superior, e collo do utero, porque é para sustentar este órgão que são empregados. Para extrahir o pessario, a parteira introduz o dedo na abertura do instrumento, abaixa, sendo o pessario redondo, a margem posterior, depois uma das margens lateraes, communicando-lhe em sentido opposto os movimentos que lhe foram successivamente imprimidos para introduzil-o (CHERNOVIZ, VL. II, 1890, p. 716).

Verifica-se que ao decorrer da obra que a parteira Mme Berthou (1830) não sinaliza sobre a necessidade de se recorrer ao médico parteiro para auxiliar em momentos de dificuldades, nem mesmo nos casos da operação cesariana. A operação era realizada somente em casos de extrema necessidade, pois:

Como a operação cesariana sempre causava mui frequentemente a morte, não se deve praticar, na mulher se não no tempo que está em grande perigo de vida. Como o filho, além da vida comum da qual goza com sua mai, tem ainda em si hum principio de vida que lhe he participar, as vezes acha-se filho vivente na barriga da mãe morta, se logo expirada a abertura se faz (BERTHOU, 1830, p. 1830).

De acordo com o dicionário de medicina popular a operação cesariana deve ser realizada “quando a mãe morre nos últimos tempos de gravidez”, em mulheres vivas, a operação deve ser realizada nos casos de má formação na bacia, “presença dos tumores que estreitam as vias naturaes ao ponto de tornar impossível o parto pelo forceps ou pela mutilação do feto presumido morto”. O mesmo traz um guia para a execução do procedimento:

Deitada a mulher sobre a margem da cama, faz-se-lhe sobre o ventre uma incisão de baixo para cima sobre a linha mediana de 15 centímetros de comprimento, começando 3 centrimetros acima do púbis; chega-se depois com precaução, cortando camadas por camadas os diversos tecidos até ao utero, que se abre praticando uma ferida paralela á do ventre; depois o operador faz uma abertura na bolsa das águas, e divide-a com bisturi terminado em botão, servindo o dedo indice de conductor ao bisturi. Extrahe-se o feto pela parte que se apresenta; liga-se o cordão; extrahem-se depois as páreas; lava-se a cavidade uterina, enxuga-se o sangue com esponja, reune-se a parte superior da ferida do ventre com três pontos de sutura, e deixa-se uma abertura em baixo para dar sahida aos líquidos que podem achar-se no utero. Não é necessário fazer suturas no utero, nem ligaduras, salvo se alguma grossa artéria fôr aberta. As contracções uterinas mantêm em contacto as margens da ferida, e impedem a hemorrhagia. Depois da operação, fazem-se no utero pela vagina injecções d'agua tepida; e comprime-se o ventre com toalha applicada á roda do corpo. Na mulher morta a operação pratica-se pela mesma fôrma, e com as mesmas precauções; só os cuidados subsequentes não são necessários para a mulher (CHERVONOVIZ, 1890, vl. I, p. 554-555)

A taxa de mortalidade atribuída a cesariana era muito alta. De acordo com Kayser (*apud* MOTT, 1992, p. 44) “a operação é fatal no quatro quinto dos casos”, em 100 mulheres 70 morrem e somente metade dos bebês sobrevivem. Assim sendo, o procedimento não era recomendado em parturientes vivas por apresentar diversas complicações e causar sofrimento, pois nem sempre a anestesia era utilizada. Somente nas últimas décadas do século XIX a cirurgia cesariana, realizada juntamente com a assepsia, anti-sepsia e anestesia, tornou-se um procedimento responsável pela redução da taxa de mortalidade (ROHDEN, 2002, p. 109).

Mme Berthou (1830, p. 40 - 41) argumenta sobre a necessidade de atenção ao pós-parto, principalmente sobre a importância da retirada da placenta logo após ao nascimento do bebê. A placenta deve ser retirada do útero enquanto o mesmo encontra-se dilatado e com contração, em caso de necessidade a parteira deve introduzir a mão no útero da parturiente para retirar todo o “extracto da placenta”. Quando a placenta fica no útero, a parteira indica a utilização de purgativos para evitar a febre continua que pode levar à morte.

Observa-se que o compendio escrito pela parteira Mme Berthou (1830) é uma obra que objetiva qualificar as parteiras leigas para exercer o ofício. Possui uma dualidade, pois ao mesmo tempo que objetiva criar uma prática baseada nos novos preceitos médicos e desmistificar algumas crenças criadas em torno do parto, legitima outras, que ainda estão presentes no imaginário médico do século XVIII-XIX.

A falta de sinalização sobre os médicos parteiros, demonstra que no período da publicação da obra, as parteiras possuíam autonomia no exercício da profissão. Isso não significa que essa autonomia perdurou, ademais o exercício da Medicina da mulher não tinha se tornado um nicho de mercado lucrativo nas primeiras décadas do século XIX sendo que as Faculdades de Medicina só foram fundadas em 1832. Maria Lúcia Mott (1999) observa que após a abertura das faculdades de medicina no Brasil, a parturação tornou-se um campo de interesse para os médicos, um “parto bem-sucedido poderia significar torna-se médico da família, sendo requisitado sempre que necessário para cuidar de diferentes doenças” que afligisse qualquer membro da família, ou seja, a parturação serviu como uma porta de entrada para o médico na estrutura familiar a partir de uma relação de confiança que acarretou em uma clientela fixa e permanente.

5. O DISCURSO MÉDICO BRASILEIRO NA MEDICINA DA MULHER

5.1 UMA BREVE REFLEÇÃO SOBRE ALGUMAS TESES APRESENTADAS PARA A FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.

O Doutor José Cardozo de Menezes, formado em medicina pela Faculdade de Borgonha apresentou à escola de medicina do Rio de Janeiro em 1833 a seguinte tese: “*da hemorragia uterina, considerada como complicação sobrevinda ao processo de parto, e à expulsão do feto, precedida de algumas considerações geraes sobre a hemorragia*”. A obra é dividida em duas partes, sendo a primeira uma breve reflexão sobre os tipos de hemorragia e na segunda parte, o autor discute sobre a hemorragia uterina antes e depois do parto.

Ao iniciar suas observações, Dr. Menezes esclarece que o parto normal ocorre de forma tão natural “que à primeira vista, parece inútil a medicina”. Entretanto, podem ocorrer diferentes tipos de complicações que “ocupa[m] então a medicina em ponto grande, da-se-lhe justamente o valor que merece o Médico parteiro” (MENEZES, 1833, p. 10). A hemorragia é uma das complicações mais perigosas que podem ocorrer durante o parto e devem receber atenção especial do médico parteiro, observa Dr. Menezes (1833).

Os fatores predisponentes para hemorragia encontradas na tese são: Pancadas, quedas, exercícios forçados, vômitos e paixões d’alma. O Dr. observa que conhecer as causas da hemorragia é tão importante quanto identificar se a hemorragia é interna ou externa, “o conhecimento desta dupla circunstancia fará pôr em segurança o Parteiro sobre a conducta a seguir, e mesmo com relação ao prognóstico que lhe cumpri fazer” (MENEZES, 1833, p. 11).

Para se identificar uma hemorragia externa deve-se observar a “presença de hum corrimento de sangue na vulva, não interrompido, e mais ou menos considerável, da diminuição rápida ou lenta das dores, da flaccidez do útero” etc. Mas os sinais preocupantes são:

(...) a pallidez da face que muitas vezes se altera singularmente, zumbidos de ouvidos, escurecimento da vista, mollesa e pequenez de pulso podendo levar-se ao ponto de se tornar imperceptível, resfriamento de extremidades, suor frio, syncopes mais ou menos frequentes, convulsões, em fim a morte (MENEZES, 1833, p. 11)

A pletora¹¹ geral ou uterina o deslocamento parcial de placenta ou a inserção das secundinas¹² ao colo são as causas das hemorragias externas apresentadas na tese.

¹¹ Aumento de volume de sangue no organismo, que provoca inturgescência vascular.

¹² Placenta, cordão umbilical e membranas, normalmente expulsos do útero após o parto.

A hemorragia interna é de difícil diagnóstico “seu sangue corre lentamente, este distendendo gradualmente as paredes do útero, não pode influir a tal ponto, que resulte um signal sensível a fazer-nos presentir a existência de semelhante hemorragia”. O aparecimento de uma hemorragia súbita é a confirmação do diagnóstico (MENEZES, 1833, p. 12).

O tratamento mais indicado para a hemorragia consistia em colocar a mulher em uma

sala espaçosa e arejada, afastando-se-lhe tudo quanto a possa infectar. (...) Aconselha-se coloca-la em leito fresco e em posição orisontal, com a bacia mais elevada que o tronco; o que muito contribui para diminuir attendencia de sahida do sangue de seus vasos para a cavidade do útero. Cumpre recomendar repouso absoluto, e prescrever a dieta ténue. As fricções secas do hypogastro, as aspersões d’goa fria com vinagre na mesma região, taes são, entre outros, os meios que se tem costume empregar, q ao quaes convem juntar os que se empregão no canal vulvo-vaginal e cavidade do órgão (...). Trata-se além disto de lubrificar o ventre por meios adequados, de acalmar, outro sim, a irritação da hemorragia com bebidas refrescantes e accidulas, que podem depois ser substituídas por outras, conforme a indicação se apresentar (MENEZES, 1833, p. 12-13).

O Dr. Menezes (1833) observa que a utilização das sangrias não deveria ser desprezada em casos de hemorragia. Principalmente nos casos de pletora geral ou uterina,

Emprega-se algumas vezes sangria local por meio de sanguexugas, na parte correspondentemente à região uterina, algumas vezes ainda na vulva e à margem do anus; mas isso tem mais lugar, quando a plethora he local, e a mulher nimiamente nervoza, e sobre tudo havendo influencia exterior, como pancadas e quedas (MENEZES, 1833, p. 13)

Outros procedimentos cirúrgicos podem ser empregados, tais como “ligadura das extremidades, as injeções, e o tampão”. Para o Dr. Menezes (1833, p. 13) a ligadura das extremidades era um procedimento muito perigoso que não deveria ser aplicado, o segundo caso deve ser utilizado nas hemorragias com irritação inflamatória através da injeção eminente ou fria. Já o tampão de M. Leroux, não deveria ser utilizado em todas as hemorragias.

Dr. Antônio José Rodrigues Capistrano (1837) complementa as informações do Dr. Menezes sobre os procedimentos utilizados nas hemorragias, e aponta que o

O tampão vaginal he hum meio poderoso, para fazer coagular o sangue no interior da madre, e impedir assim huma nova extravasação, ao mesmo tempo que pela excitação, que como corpo estranho produz na viscera, e obriga a retrahir-se, e faz desta forma cessar a perda. Deve só ser empregado, depois de se ter extinguido todos os syinptomias de pletora ; e he formado de porções panos, ou fios; ou melhor, de hum pano untado de ceroto, que se introduz por seu centro, na vagina; enche-se de fios o bolso, que este pano lorma, e se mantém tudo isto por compressas, e uma atadura forma de T. Este aparelho deve ser conservado por 24 horas, ou mais se for preciso. A ligadura dos membros, foi um meio proposto pelos antigos, para obstar as hemorrhagias uterinas; ella tem sido aconselhada por alguns Medicos, e diz-se ter produzido preciosos effeitos. Quanto as hemorrhagias uterinas, indicio das diversas alterações organicas da madre, seu tratamento deve variar, segundo a alteração primitiva, para quem o Médico dirigirá todos os meios que lhe parecerem convenientes para a combater; por exemplo: se for um polypo, sua extirpação lie necessária; si um cirrho, ou uma ulcera, as injeções opiadas, e outros meios se deverão empregar; si uma lesão traumatica, todos os meios geraes debilitantes, as

aplicações refrigerantes, as adstringentes, o tampão (CAPISTRANO, 1837, p. 18-19).

Dr. Menezes (1833, p. 13-14) observa que em alguns casos, quando os procedimentos descritos acima são inúteis é necessário realizar a extração do feto com o propósito de dissipar a hemorragia. “Livre, sem o corpo que o dilatára, o útero pode então contrahindo-se sobre si mesmo (...) diminuindo-os de diâmetro; tal he o mecanismo por que se suspendem as hemorragias”.

As hemorragias ocasionadas após o parto são mais perigosas que as do que as hemorragias precedentes. Entre as causas, se pode destacar: Anatomia da mulher, tamanho do feto, presença de corpos estranhos no útero (coágulos, pólipos etc.), rasura e inercia do útero, rotula no colo e vagina, extração súbita ou violenta das secundinas, paixões d’alma etc. Entre todas as complicações destacadas acima, nenhuma é mais perigosa que a ruptura do útero “que em geral é seguida de morte”.

Dr. Menezes (1833, p. 19) enfatiza que o útero pode romper “espontaneamente, ou por manobras imprudentes”. A ruptura espontânea do útero, normalmente ocorre por causa de um desarranjo nos movimentos de contração que se tornam irregulares e espasmódico. Em casos raros, o Dr. Menezes (1833, p.22) a parturiente deve ser operada, primeiramente para a retirada o feto e posteriormente para a tentativa de reconstrução do útero.

O Médico parteiro deveria proceder da seguinte forma:

Fará a extracção do feto, com todo o cuidado, quanto mais há a reccar o comprimir e molestar as vísceras da cavidade do abdomen, pela flaccidez, ou nenhuma resistência do útero, cuja a cavidade se confunde, em commum com aquella. Extrahido o feto da maior sorte possível, ele introduzirá a mão para tirar a placenta, mas observará primeiro se por dentro do útero se tem insinuado alguma porção do intestino. Se assim acontecer tratará se he possível, de operar o despegamento da placenta, ao mesmo passo que procurará recolher para cavidade própria do intestino, constituindo hérnia. Se esta dupla operação fôr inexecutável, fará então primeiro a extracção d’aquelle corpo, para proceder depois à segunda operação, para cujo effeito introduzirá novamente a mão dentro do útero. (...) conservará a mão na cavidade do útero, e com a outra livre aplicada sobre o ventre da infeliz, promoverá a contracção do órgão. Cumpre levar esta tentativa até que o útero, contrahido assaz, se não torne mais acessível à introdução n’elle de huma outra aza de intestino. Se o útero difficilmente se contrahir, se avivará sua acção com immersão de agoa fria e vinagre, ou outro meio. Concluindo isto, fará immediatamente ligar o ventre a mulher (MENEZES, 1833, p. 22).

Ao se observar a tese do Dr. Menezes (1833) pode-se verificar que não existe uma diferenciação significativa entre o procedimento do médico parteiro e o procedimento das parteiras licenciadas, tanto no diagnostico quanto no tratamento das hemorragias pré e pós-parto. O Dr. Menezes (1833) faz menção a procedimentos tais como a ligadura das extremidades, injeções e tampões, entretanto o mesmo não aconselha a utilização ou admite

não compreender o suficiente sobre os procedimentos citados. No caso da cirurgia, pode-se observar na citação acima a falta de clareza na explicação do procedimento, ademais, próprio Dr. Menezes (1833) admite que a cirurgia só deve ser realizada em casos extremos de ruptura do útero onde o feto esteja dentro da cavidade abdominal e que a parturiente esteja em risco de morte.

Metrorrhagia e o tema da tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1837 e escrita pelo Dr. José Antônio Rodrigues Capistrano. De acordo com o Dr. Capistrano (1837, p. 1) a palavra metrorrhagia é utilizada para “designar todo o corrimento de sangue, intempestivo ou superabundante, vindo dos vasos da madre”.

A tese se inicia com uma reflexão sobre o estado de saúde da mulher que se agrava após a puberdade. Para o Dr. Capistrano (1837, p. 2) “o utero he a causa geradora de quasi todos os seos prazeres, e de todas as suas afflições; por elle sua saude se vê todos os dias compromettra, a elle deve ella o ser sua existência tantas vezes ameaçada”. O mesmo observa que o útero determina a maneira de ser mulher e é responsável por causas diversos distúrbios físicos e mentais.

A hemorragia é um problema ocasionado por disfunção do útero que pode ser influenciado pelo estado de espírito da mulher. Dr. Capistrano (1837, p. 3) enfatiza que mulheres excessivamente nervosas, “determinadas por emoções fortes, paixões vivas” são acometidas por hemorragias que podem aparecer em diferentes épocas. Assim sendo o Dr. divide as hemorragias em quatro classes distintas que são:

1º hemorragia antes da puberdade: Na infância o útero é um órgão nulo que não exerce suas funções, entretanto o mesmo pode receber influências externas tais, como:

Clima quente, constituição robusta, o temperamento nervoso, a frequência de bailes e theatros, a leitura de novellas, romances ou quadras voluptuosas, o habito em que estão certos chefes de família de, por ignorância ou imprudência, applicarem suas filhas desde a mais tenra idade às artes de imitação como à dança, à musica, ao desenho, e à pintura, (...) desenvolvendo-lhes dest’arte uma extrema sensualidade, são capazes de dar lugar a uma antecipada erupção catamenial, assim também estas mesmas causas fazem com que nesta idade, uma metrorrhagia se manifeste. He o visioso habito da masturbação, que quasi sempre nas meninas de oito a doze annos determina esta enfermidade; algumas vezes porem ella apparece na madre e mesmo no interior da vagina, sem causa conhecida (CAPISTRANO, 1837, p. 3-4).

Para identificar se ocorre um corrimento de sangue ou uma menarca antecipada deve-se atentar os sinais encontrados no corpo feminino que podem caracterizar o início da puberdade tais, como:

o monte de Venus pronunciado, e coberto de pellos; allongamento dos grandes e pequenos lábios; extensão na vagina; augmenta de volume e de sensibilidade no clítoris ; volume do utero ; a bacia bastamente desenvolvida os contorneamentos dos seios, e o mamelo saliente erubro; a pelle flacida e fina ; o carmesim da mocidade e do pudor espalhado nas faces; a estatura approximada á da nubilidade; as repetições da evacuação sangumea em tempo proprio, e com intervalos equi-distantos; e finalmente pouca ou nenhuma alteração na saude, se poderá definir por um estado núbil prematuro (CAPISTRANO, 1837, p. 4).

2º hemorragia durante a nubilidade: A puberdade é o período de maturação do corpo feminino, o mesmo pode ser submetido a diversas enfermidades como a leucorreia¹³, clorose¹⁴, histeria e erupções cutâneas. Neste período inicia-se

então, que no utero, séde mensalmente de uma congestão precursora dos menstros, por um accidente qualquer, vendo-se esta congestão exagerada, em lugar de uma hemorragia physiologica, de um corrimento moderado, normal e salutar, sobrevem huma eífusão sanguínea tão abundante, que bem depressa conduziria ao feretro a mulher exangue, si soccorros á tempo lhe não fossem prestados (CAPISTRANO, 1837 p. 5).

As causas da hemorragia na nubilidade são variadas, entre elas o convívio com pessoas de outro sexo, a exposição às pinturas obscenas, a dança, a paixão, o amor, o ciúmes, a ira, a alegria, o ódio, os passeios, os prazeres, quedas, pancadas no ventre etc. (CAPISTRANO, 1837, p. 5).

3º hemorragia na velhice: As mulheres na menopausa são acometidas por diversas doenças, em sua maioria ocasionada pelo mal funcionamento do útero, a partir da irregularidade do ciclo “o útero se atrofia pouco a pouco, vai tomando o estado primitivo de inércia, e no fim dos 45 annos pouco mais ou menos, a madre não he mais do que era antes da puberdade”. Em casos específicos, as mulheres apresentam um fluxo continuo “e o tecido do utero (...) vai se infiltrando, ou que seos vasos se turgern, e por isso, tantas mulheres são victimas de hemorragias rebeldes, nesta época” (CASPITRANO, 1837, p. 6).

4º metrorrhagia puerperal, ou a que se manifesta durante a prenhez: A metrorrhagia normalmente é precedida por outros sintomas tais como cansaço, vermelhidão ocular, dores lombares e útero, seios inchados, estado febril etc., após o aparecimento desses sintomas pode ocorrer a expulsão do sangue pela vulva. Muitas vezes o sangue é “mui liquido, quente e vermelho” surge “com tão grande precipitação e abundancia” ocasionando uma morte rápida.

¹³ Corrimento vaginal cor branca ou amarelada

¹⁴ Condição anêmica em mulheres jovens que é caracterizada pela pele amarelo-esverdeado e associada a problemas menstruais.

Em outros casos, ocorre a absorção do sangue pelo útero tornando-o inchado e dolorido.

Dr. Caspitrano (1837, p. 11) esclarece que a “metrorrhagia não tem duração determinada” ocorrendo em abundancia ou letargia, podendo durar dias, meses ou anos, “suspende-se por algum tempo, e por qualquer causa que excite o útero, torna a apparecerda mesma maneira, ou com maior intensidade, e propende para a periodicidade, como as outras hemorragias”. Algumas vezes a metrorrhagia é a “exageração das regras” que ocorre sem causas aparentes e desaparece por si mesma.

As causas da metrorrhagia, além dos citados anteriormente são:

(...) os esforços para a defecação e para a micção , quando existem fezes endurecidas, ou quando a mina tem de superar algum obstáculo em seo transito; o casamento, antes que todas as partes do corpo se tenham completamente desenvolvido; o abuso dos prazeres de Venus , muito principalmente no periodo catamenial, quando ha grande desproporção entre os órgãos sexuaes dos dois indivíduos, e quando a madre se acha mais abaixo do que no estado normal. A mansturbação, excitando repetidas vezes os urgãos sexuaes, os torna um ponto, para onde se dirige grande parte de líquidos, e por isso favorece extremamente as exudações sanguíneas. Temos ainda nesta classe, o uso de vestidos mui apertados, e dos espartilhos, os quaes comprimindo as paredes órgãos da cavidade calor levado a abdominaes obrigão o sangue a permanecer nos pelviana ; as pancadas sobre o ventre ; o excessivo elle , o que se observa entre ns cosinheiras , que eslão por muito tempo com o ventre exposto ao calor ardente das fornalhas ; as quedas; as fumigações irritantes nas partes genitaeas , como as de alecrim , benjoin , e insenso; o retro cesso de exantheas , ou a repercursão de evacuações habituses; o abuso dos alcoolicos, e dos estimulantes alimentares ou mediamentosos, essencialmente dos que tem acção directa sobre o órgão, como a sabina, a mirra, o assalrão, e arruda; tudo quanto pode produzir irritação intestinal, como os purgativos fortes, com particularidade o aloe , e a coloquintida , os focos verminosos do tubo digestivo , as affecções biliosas; as obstruções do ventre, e da madre; as affecções do coração ; a introducção de corpos estranhos e vulnerantes na madre , suas ulcerações, e degenerações organicas; os polypos, as hydatides , os tumores fibrosos; o cancro do recto ou da bexiga ; os partos frequentes, e laboriozos; as perdas repetidas por ura energico tratamento debilitante, pela lactação muito demorada; e finalmente tudo quanto fôr capaz de produzir pletora sanguínea, ou debilidade geral ou local, e que occasionar ou entretiver o estado spasmodico da madre (CAPISTRANO, 1837, p. 13-14).

O tratamento para a hemorragia consistia em “fazer cessar o corrimento de sangue, e impedir que elle se reproduza”. A intervenção proposta pelo Dr. Capistrano (1837, p. 15) é muito similar a apresentada pelo Dr. Menezes e consistia em colocar a mulher deitada em um cômodo arejado com o ventre elevado “procurando desta forma moderar a actividade da circulação do órgão affectado, e prevenir as stases e congestões passivas que ahi se possam formar”.

A utilização da sangria também é aconselhada pois ela contribui para a “circulação geral menos activa (...), impedindo o sangue de ser renovado em seos elementos reparadores, e roubando-lhe uma parte de seos materiaes, o tornão por isso menos proprio para fornecer nutrições pathologicas, e secreções anormais (CAPISTRANO, 1837, p. 15). O uso das sangrias

para a regulação dos humores corporais, demonstra que a medicina ainda estava enraizada na teoria hipocrática dos fluídos.

Para Hipócrates o corpo humano era composto por “vários fluídos, como sangue, bÍlis, urina, esperma e outros”. Na doença ocorria o aumento das secreções que acabavam com a harmonia corporal e para a purificação do organismo as sangrias eram utilizadas como medidas terapêuticas para a drenagem (GOTTSCHALL, 2007, p. 41).

Além desses procedimentos o Dr. Capistrano (1837) indica a utilização de ventosas, injeções de emolientes feita com ervas e aplicada diretamente no útero, lavagem das partes genitais com água e vinagre, utilização de chá calmante para os nervos, tampão vaginal para coagulação do sangue etc. Nas mulheres grávidas, uma das causas da hemorragia é

A pouca extensão do cordão umbilical, quer congenital, quer accidental, pode, por continuadas e fortes tracções, descollar previamente a placenta, e a consequência do descollamento prematuro, he a metrorrhagia: ella pode ser também determinada por lezão orgânica do útero ou cordão. Precedida umas vezes de molimen, outras apparecendo subitamente, esta hemorrhagia se effectua da mesma forma que as outras, e sendo quasi sempre activa, seos symptomas não difierem, e por isso não petiremos (CAPISTRANO, 1837, p. 20).

Na gestação o deslocamento da placenta e sua queda no interior do útero podem levar a hemorragia, após o parto a queda e ruptura do útero são as causas mais frequentes. O tratamento é o mesmo citado anteriormente.

Ao se analisar as duas teses apontadas, se pode verificar que tanto o Dr. Menezes (1833) quanto o Dr. Capistrano (1837), possuem um conhecimento similar sobre o funcionamento do corpo feminino, ambos são influenciados pelas concepções hipocráticas de medicina. Esse mesmo conhecimento não se difere do apresentado no compêndio da Mme Berthou (1830).

Na tese do Dr. Capistrano (1837) existe uma discussão mais aprofundada sobre as influências do útero no corpo feminino e suas relações com o estado patológico da mulher. Essa mesma concepção está presente no compêndio da Mme Berthou (1830).

Em ambas as teses, pode-se identificar o discurso medico sobre a natureza feminina. A mulher foi problematizada pela medicina do século XIX como um sujeito determinado pela sua sexualidade. Ana Paula Vosne Martins (2000, p. 8) observa que o corpo feminino foi “reduzindo todas as diferenças sociais, étnico-raciais e culturais a um sistema físico neuro-reprodutivo; um sistema que pode ser descrito como uma cadeia complexa” de ações determinadas pela natureza, ou seja, a mulher é destituída da racionalidade “já que suas ações não podem ser inteligíveis fora do sistema, fora das cadeias do corpo forjadas na oficina da Natureza”. Essa concepção legitimava o discurso da diferença de gênero.

Na tese do Dr. Menezes (1833) a referenciação do discurso sobre a natureza feminina encontra-se presente de uma forma mais fluida. A influência das “Paixões d’alma”¹⁵ e do temperamento nervoso da mulher, como fatores de risco para a saúde feminina são exemplos dessa representação que objetivava construir um padrão normatizador para controlar o temperamento feminino.

Já na tese do Dr. Capistrano (1837) o discurso sobre natureza feminina é denso e assíduo. No mesmo, encontra-se diversas referências sobre a patologização da sexualidade, emoções e socialização da mulher.

A referenciação sobre a influência dos fatores sociais no desenvolvimento da sexualidade feminina, também são encontrados na tese do Dr. João de Oliveira Fausto: *Da menstruação, seguida de regras hygienias relativa as mulheres menstruadas*, apresentada para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1846. De acordo com Dr. Oliveira Fausto (1846, p.3) o “estado moral” contribuía no desenvolvimento dos órgãos sexuais femininos”, onde as imagens, as leituras de romances, teatros, esculturas, pinturas, amores, promiscuidades, são fatores determinantes para o aparecimento da menarca.

Em sua tese, o Dr. Oliveira Fausto (1846) destaca os fatores responsáveis pelo aparecimento precoce da puberdade feminina, que são:

O calor, os alimentos, e os temperamentos, as artes de imitação como a música, a pintura, a dança, e a vida sedentária exercem igual influencia no apparecimento prematuro das regras; a masturbação e os meios de que se servem certos povos para appressarem a época da menstruação, irritando e excitando os órgão genitales, com effeito acceleram a época da primeira apparição do fluido menstrual (FAUSTO, 1947, p. 3).

O mesmo descreve o aparecimento da menarca de forma patológica, onde a mulher é acometida de diversos sintomas, tanto físico quanto psicológico, tais como dores de cabeça e nas costas, pressão baixa, cólicas, sensibilidade nas mamas, estado febril, sufocações, pesadelos, palpitações, etc. Neste período a “moça torna-se triste, e melancolica, entrega-se a solidão, e, sem saber o motivo, derrama lágrimas, que alliviam seus sofrimentos” (FAUSTO, 1846, p. 3).

Dr. Oliveira Fausto (1846) esclarece que durante muito tempo, existiu uma grande

¹⁵ Termo utilizado na Idade Moderna que significa emoções. De acordo com Descartes "As percepções ou sensações ou excitações da alma...que são causadas, mantidas e amplificadas por alguns movimentos dos espíritos" (VOSS, 1989, p. 34).

misticidade em torno do fluído menstrual, para os antigos o mesmo era um elemento maligno capaz de “transformar os temperos da cozinha, alterar o leite, fazer morrer as árvores, seccar as flôres de um jardim, e até adoecer as pessoas da casa”. Entretanto, ao mesmo tempo o fluído menstrual era tido como um elemento terapêutico e utilizado como “remédio para curar todas as moléstias (FAUSTO, 1846, p.5-6).

Observa-se que os estudos sobre o ciclo menstrual eram incipientes e as causas da menstruação “ainda se achava occulta” e de difícil compreensão. Dr. Oliveira Fausto (1846, p. 09-10) observa que a menstruação é composta por sangue arterial, muco vaginal e glóbulos mucosos que provinham do útero. O ciclo normalmente ocorria 13 vezes por ano e a proximidade entre eles era determinada pelos hábitos femininos, ou seja, “quanto mais as mulheres se entregam aos prazeres do amor, as bebidas espirituosas, à boa mesa e à indolência”, mais intenso o fluxo fica. O fluido menstrual também poderia ser eliminado por outros orifícios do corpo, tais como: nariz, orelhas, boca, uretra, unhas, seios e até mesmo por qualquer parte da pele.

De acordo com o Dr. Oliveira Fausto (1846, p. 11-13) o útero é um órgão em forma de pera, “destinado a receber o germen depois de sua fecundação, a protegê-lo e a conservá-lo até a sua expulsão” é composto por: “membrana externa, uma interna, um tecido próprio, artérias, veias, nervos, etc. A menstruação, por sua vez, “prepara a mulher para a concepção”, entretanto:

Se lançarmos os olhos sobre milhões de factos, que se nos apresentam, veremos que a mulher não é própria para a concepção, senão quando ella é regulada, veremos que o fluido periódico para durante a prenhez, e o aleitamento, e que elle se suprime completamente quando a mulher tem tocado a idade em que ella não pode dar mais a vida (...) que ellas são tanto mais fecundas, quanto mais reguladas são menstruadas (FAUSTO, 1846, p. 15).

O Mesmo, ressalva que a mulher tem uma “disposição natural” para a reprodução e é responsável pela conservação da espécie. A menopausa, final do período reprodutivo feminino, ocorre normalmente entre os 45 a 50 anos e era tido como *período crítico*, pois acarretava em diferentes condições sintomáticas similares ao ocorrido durante a menarca.

Nesta época critica da vida das mulheres, ellas sentem-se tormentadas pelo peso da cabeça, tinidos nos ouvidos, palpitações, suffocações, e topôr nos membros. Seu appetite diminue, a nutrição se faz mal, as digestões se desarranjam, os lábios descoram, as faces se enrugam, as mammas abatem, (...) enfim toda a sua belleza desaparece, como por encanto, e ellas cessam de apresentar as características physicos e moraes do seu sexo: tudo anuncia uma marcha rápida para a velhice (FAUSTO, 1846, p. 16).

Sua tese termina com um guia para as mulheres em especial para as mães sobre os cuidados higiênicos e morais durante a menstruação. Dr. Oliveira Fausto (1846) salienta que a mulher é responsável pela preservação da espécie a partir da reprodução, tal concepção,

justificava as medidas de controle social encontradas em sua obra.

Cabia às mulheres a responsabilidade de orientar suas filhas sobre os cuidados durante a menstruação. Dr. Oliveira Fausto (1846) esclarece sobre duas indicações principais, sendo a primeira relacionada aos cuidados físicos durante o ciclo menstrual que consistia em uma alimentação leve de fácil digestão, evitar o consumo de alimentos excitantes (chás, café, licor, carnes condimentadas, etc.) e banhos mornos regulares para impedir que o cheiro forte se espalhe.

Já a segunda indicação estava relacionada as questões morais que objetivam evitar o estímulo do sistema nervoso feminino e consistiam na proibição do ensino de artes visuais, cênicas, músicas, dança, leitura de romances, etc. O Dr. Oliveira Fausto (1846, p. 18) aconselha a retirada das moças dos colégios quanto chegam na puberdade pois é um ambiente que oferece muitos estímulos e esclarece que “estes agentes poderosos de excitação e de ligações muito íntimas, formadas nos colégios, rasgam o véu do pudor, e fazem desaparecer seductora inocência que é o mais belo e ordinário nas moças”.

Entre os conselhos apresentados na tese sobre o cuidado durante o ciclo menstrual o Dr. Oliveira Fausto (1846, p. 19) observa que as mulheres devem evitar o coito para não desenvolverem hemorragias, em caso de hemorragia as mulheres devem evitar a utilização de sangrias e purgantes que podem provocar um abalo no organismo e observa que as mulheres não podem se dedicar a trabalhos intelectuais durante a menstruação, pois causa “super-excitação cerebral, [que] determinam uma desigual divisão das forças vitais, e fazem affluir o sangue para o cérebro”. Conclui sua tese observando que as mulheres durante suas regras devem ser constantemente vigiadas a fim de evitar que as “influencias funestas das causas phisicas e moraes, que as affectam mais vivamente nesta ocasião”.

Cabe esclarecer que na tese aqui apresentada, as questões de higiene feminina estavam relacionadas com “a perspectiva reinante, que considerava os genitais femininos como locais de sujeira e podridão” principalmente no período menstrual. Para Noélia Alves de Sousa (2007, p. 52) “apesar de todo o avanço científico, [existia uma] profunda misoginia em relação ao corpo das mulheres, em especial, os seus órgãos genitais”.

Entre as teses aqui brevemente analisadas, a única que não aconselha a utilização da sangria em mulheres com quadro hemorrágico é a do Dr. Oliveira Fausto (1846) a mesma possui uma discussão um pouco diferenciada das demais o que pode ser reflexo do recorde temático discutido que não objetivava discutir sobre procedimentos médicos, mas sobre a menstruação.

Verifica-se que existe uma similaridade significativa entre o saber-fazer das parteiras licenciadas representado pelo compêndio publicado em 1830 da Mme Berthou e o conhecimento médico encontrado nas teses dos Dr. Menezes (1833), Dr. Capistrano (1837) e Dr. Oliveira Fausto (1846). Nas teses do Dr. Menezes (1833) e Dr. Capistrano (1846) o diagnóstico e tratamento da hemorragia é muito similar ao proposto pela Mme Berthou (1830), assim como a concepção da influência do útero na saúde da mulher contidas no compêndio e nas teses dos Dr. Capistrano (1837) e Dr. Oliveira Fausto (1846).

QUADRO COMPATRATIVO				
Tabela 1				
	Mme Berthou - 1830	Dr. Menezes -1833	Dr. Capistrano - 1837	Dr. Oliveira - 1846
Útero como responsável pelas doenças da mulher.	X	-	X	X
Menstruação reguladora da saúde e fertilidade feminina.	X	-	X	X
Utilização de sangrias para tratamento de hemorragias.	X	X	X	-
Influência do humor na saúde/doença	X	X	X	X
Preservar a vida da mãe.	X	X	-	-
Utilização de diferentes procedimentos e instrumentos no exercício da função.	X	X	X	-
Cesariana.	X	X	-	-
Discurso sobre a natureza feminina.	X	X	X	X
Moral como influencia na sexualidade e saúde da mulher	-	X	X	X

Em todos as teses analisadas, assim como na obra da Mme Berthou (1830) pode ser verificada a utilização do discurso sobre a natureza feminina. De acordo com Fabiola Rodhen (*apud* RAGO, 2002, p. 502) o discurso médico do século XIX sobre a sexualidade era compreendido “como um elemento natural e biológico”, baseado nas diferenças físicas,

psicológicas e morais entre homens e mulheres que determinava o papel social atribuído. A diferença sexual era natural e perigosa, necessitando de monitoramento constante principalmente durante a puberdade, período de amadurecimento sexual que poderia ser influenciado por fatores externos.

A influência da moral na sexualidade feminina é uma temática muito discutida no trabalho do Capistrano (1837) e Dr. Oliveira Fausto (1846). Compreende-se que no discurso médico do século XIX a mulher era representada por suas funções sexuais e reprodutivas que as definiam como esposas e mães, qualquer postura que se afastasse dessa determinação social era repreendida por isso a necessidade de constante vigilância.

A natureza feminina era compreendida como patológica, “as doenças das mulheres eram percebidas como difíceis e acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa” (RODHEN, 2002, p. 115). A influência do humor na saúde da mulher está presente na obra da Mme Berthou (1830) e nas teses analisadas.

Observa-se que nas obras analisadas, existe uma referenciação sobre técnicas, procedimento, teorias e prescrições que compõem um conjunto de saberes e fazeres utilizados para responder um problema específico. Entretanto, a partir da análise das fontes históricas, verificou-se que nas primeiras décadas do século XIX, não existiu uma diferenciação significativa entre o saber das parteiras e a dos médicos parteiros.

Somente no final do século XIX, com a obstetrícia “aliada à cirurgia”, ocorreu o desenvolvimento significativo de novas tecnologias, tais como o clorofórmio permitiu a realização da cesariana em mulheres vivas e propiciou “maiores chances de sobrevivência (...) para o filho, bem como menor sofrimento para as mulheres”. O emprego dessas tecnologias contribuiu para o estabelecimento da medicina da mulher como um novo paradigma que alicerçado pela comunidade científica, desempenhou um papel de destaque na sociedade oitocentista. Sua afirmação contribuiu para o processo de patologização do parto que passou “a ser visto como um evento médico (...) no qual eram preconizadas as intervenções cada vez mais frequentes” (BARRETO, 2008, p. 203).

A medicina da mulher possuía um *status* “social completamente diferente”, apoiado no conhecimento científico e representado pelo homem, único detentor legítimo do conhecimento. As parteiras, por sua vez, pertenciam a uma posição subalterna, desqualificadas socialmente pelo fato de serem mulheres e estarem exercendo uma função que lhes foi destituída.

Se existia uma similaridade entre a prática das parteiras e médicos, como explicar o

processo de sobreposição da prática das parteiras pela medicina da Mulher? De acordo com Edler (1998) a medicina moderna objetivava o “monopólio da racionalidade científica frente às outras categorias de cura” entre elas das parteiras.

5.2 CHARLATANISMO¹⁶ E O MOVIMENTO DE DESQUALIFICAÇÃO DO SABER-FAZER DAS PARTEIRAS ENQUANTO MECANISMO DE LEGITIMAÇÃO DA MEDICINA DA MULHER.

O processo de estabelecimento da medicina no Brasil ocorreu significativamente após 1832 com inauguração das Faculdades de medicina nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador. Gabriela dos Reis Sampaio (2005, p. 144-147) observa que em primeiro momento decorreu a “profissionalização da atividade, que, no seu início era bastante rudimentar”, onde os médicos buscavam aceitação para a medicina científica. Para conquistar tal legitimidade era necessário deslegitimar as práticas de cura popular, entre elas, as parteiras.

O interesse médico em desqualificar as práticas de cura, também estava associado com questões mercadológicas. A medicina da mulher surge como um nicho de mercado pouco explorado que contribuía para a entrada do médico nas casas de família, criando visibilidade para poder conquistar novas freguesias. Como nas primeiras décadas do século XIX não existia uma diferenciação significativa entre os procedimentos médicos e as práticas de cura, iniciou-se um processo de perseguição ao curandeirismo.

De acordo com Noélia Alves de Sousa (2007, p. 39) o surgimento da “Ciência moderna, com seus procedimentos experimentais, técnicas ‘matematizadas’ e mensuradas e sua nova relação com o corpo humano” associadas com a entrada do médico parteiro na esfera feminina do parto, constitui primeiramente em uma disputa pelos “parâmetros de gênero, de classe e de luta por um novo mercado profissional” onde a “luta contra as parteiras se revestia do aspecto da luta da luz da ciência contra as trevas da ignorância; das novas técnicas, ditas científicas, contra procedimentos havidos como supersticiosos”. A autora chama a atenção para o fato de que:

(...) houve uma luta do bem (as parteiras) contra o mal (os médicos), mas tão-somente trazer à discussão o violento combate que existiu entre estes dois segmentos profissionais em torno da cena do parto, e que, em seu curso, as questões de gênero, assim como as de classe, tiveram importância fundamental. Nesta substituição das

¹⁶ Charlatanismo, termo utilizado para referir-se a prática de um charlatão, ou seja, a prestação de serviços ou venda de produtos para a cura utilizados para lubridiar a população.

parteiras pelos médicos, estava presente, além da entrada do olhar e controle masculinos sobre a cena do parto, uma mudança de perspectiva em relação ao corpo feminino (SOUSA, 2007, p. 45).

O Charlatanismo é a temática de algumas teses apresentadas para a Faculdade de medicina do Rio de Janeiro. Entre elas a tese do Dr. Francisco de Paula Costa intitulada - *Algumas reflexões sobre: O charlatanismo em medicina*, defendida em 1841.

De acordo com o Dr. Paula Costa (1841, p. 7) o charlatanismo é a causa geral da mortalidade da população, das doenças crônicas que afetam o país. É como

Huma espécie de typho identificado com as povoações, que ele incessantemente devasta, humas vezes de um modo agudo e com tal rapidez que só se poderia comparar aos turbilhões de Descartes, porém as mais das vezes, minando ocultamente, e sempre abreviando o fatal termo da vida dos infelizes tiveram o mão fado de se deixarem prender às garras destruidoras d'esses novos abustres auri-sedentos, que não se horrorisão d'accumularem thesouros, banhados nas lagrimas do orphão e da viúva, tintos de sangue e dolorosamente arrancados das entranhas de homens vivos!... como se fossem da terra, insensíveis aos golpes do mineiro quando lhe rasga o seio para d'ahi extrahirem os diferentes metaes de que hão mister (PAULA COSTA, 1841, p. 8).

Presentes em todas as classes sociais, exerciam seus ofícios sem autorização e utilizavam-se de meios ilícitos para capturarem a confiança pública e a utilizava em benefício próprio. O Dr. Paula Costa (1841, p. 10) observa que a medicina em tempos obscuros não passava de um charlatanismo, pois era influenciada pela teosofia, um erro “que hum grande número de médicos partilharão de boa fé, porem que outros adaptarão como hum meio de impor ao público”.

De acordo com a tese, os charlatões eram em sua maioria pessoas das classes populares que se utilizavam do ofício para explorar e enganar a população, Dr. Paula Costa (1841, p. 18) caracteriza os sangradores como “estúpidos africanos” que aprendiam o ofício treinando em talos de couve, e armados com agulhas executavam os mais difíceis tipos de sangrias “desprovidos dos mais simples conhecimentos” provocavam diversos males à população. Sobre as parteiras o mesmo constatou:

Quanto às nossas parteiras como os males que a sua ignorância produz são por assim dizer dupla, matando muitas vezes a mãe e o filho, justo he que nos detenhamos hum pouco. Mulheres, de ordinário, nascidas em huma classe mui baixa da sociedade, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos, ignorando mesmo alguma vez o lér e escrever, cuja a mocidade foi estragada nos deboches e prazeres: taes são o caráter, condição e sciencia d'aquellas a quem é permitido, entre nós, o exercícios da difficil e laboriosa arte obstétrica!! Que esta desgraçadas persuadirão-se que teem a propriedade de adivinharem o sexo do feto, que creião na existência do culbuto no fim do sétimos ou principio do oitavo mez, são preconceitos que em nada prejudicão: porém o que há na verdade immentemente condenável, he a sua ousadia em achar-se apta para terminarem os mais difficultosos partos, e quando já os socorros da arte são impotentes, he quando ellas decidem-se a chamarem o Parteiro: he ainda este péssimo costume de administrarem elixires, licores spirituosos e outras substancias incendiarias: há ainda a sua crássia ignorância, que

fazendo-as julgar que quanto maiores forem os esforços que a parturiente empregar, tanto mais depressa parirá, obrigão-nas a fazerem esforços violentos em ocasiões as mais improprias, tirando em resultado de semelhante prática aneurismas, hérnias, e outros males muitas vezes irremediáveis. A ousadia de algumas chega a ponto tal que, cançadas dos muitos esforços que tem feito para extrahirem o feto chegam a levar laços e instrumentos ao útero, produzindo com taes manobras os mais escandalosos assassinatos (PAULA COSTA, 1841, p.18-19).

Na citação acima pode-se observar no discurso do Dr. Paula Costa (1841) a construção de uma imagem negativa da parteira, enquanto mulher pobre, ignorante, analfabeta, supersticiosa, preguiçosa, etc. Para Maria Lúcia Mott (1992, p. 44) a imagem negativa da parteira na literatura médica do século XIX é o reflexo do período de uma disputa acirrada pelo campo profissional.

Ademais, muito do preconceito presente está associado a questões étnico-raciais, pois a maioria das parteiras eram mulheres negras, mulatas, escravas ou recém-libertas. Noélia Alves de Sousa (2007, p. 56) observa que no Brasil a perseguição as parteiras estavam baseadas nas questões étnicas, “de classe e de gênero”.

No ano de 1870, “Mme Durocher apresentou na Academia de Medicina, um trabalho intitulado *Deve ou não haver parteiras?*” que foi posteriormente publicado nos *Annaes brasiliense de medicina* (MOTT, 1992, p. 40). O mesmo foi escrito com o objetivo de refletir sobre o ofício das parteiras e sobre o discurso do Dr. Velpeau “professor de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina de Paris” (MARTINS, p. 654 2005).

Mme Durocher (1871) observa que de acordo com o Dr. Velpeau as mulheres não possuíam os requisitos físicos e morais necessários para exercer o ofício de parteira, pois:

á fragilidade do organismo e fraqueza da moral dos indivíduos do sexo feminino, á sua exagerada sensibilidade, sua natural volubilidade, (...) ao seu caráter fraco e quase constantemente dependente, como ele diremos que não servem para a profissão: mas, assim como no geral o homem é dotado de uma organização mais forte, de moral menos impressionável; assim como na geral a sua vida é mais independente e possui maior somma de instrução que o torna apto a exercer todos os ramos de medicina (DUROCHER, 1871, 330).

Assim sendo, as mulheres eram mais fracas que os homens e não possuíam força necessária para executar as manobras e utilizar os instrumentos obstétricos e eram consideradas fisicamente mais suscetíveis a “intempéries da atmosfera” para exercer a profissão. Nas questões morais as mulheres são tolerantes aos “indivíduos de seu sexo” o que poderia ser prejudicial ao ofício, pois as parteiras poderiam ocultar provas de “deshonra”, levar crianças “à roda ou abandonando-o em qualquer parte”, provocar abortos ou cometer infanticídio (DUROCHER, 1871, 331-332).

Para o Dr. Velpeau “a mulher não é uma creatura apropriada pelas leis da natureza para

a profissão dos partos”. Mme Durocher (1871) concordava com o Dr. Velpeau, pois para ela, as mulheres que exerciam o ofício deveriam possuir características morais e físicas masculinas. Maria Lúcia Mott (1992, p. 50) esclarece que para Mme Durocher as “qualidades físicas e morais dos homens os tornavam naturalmente aptos para a profissão”, por isso a mesma “argumentava com os médicos da academia de medicina que, se fosse exigida uma melhor instrução e moralidade” para as parteiras.

A própria Mme Durocher (1871) relata sobre a necessidade de deixar para trás a vaidade e utilizar-se de vestimentas masculinas para não trazer desconfiança e demonstrar competência profissional. A necessidade de masculinizar a aparência para exercer a profissão pode ser tida como reflexo da crença na superioridade masculina no campo do saber (MOTT, 1992, p. 50).

No texto da Mme Ducrocher: *Deve ou não haver parteiras?* Se pode verificar a necessidade de afirmação sobre a importância do ofício das parteiras licenciadas e a referenciação de uma disputa de espaço entre as comadres e os médicos parteiros. A disputa entre parteiras estava relacionada ao fato de que o número de parteiras habilitadas era irrelevante perto do número de parteiras leigas no exercício da profissão.

Já no caso da disputa com a medicina da mulher as parteiras habilitadas pela escola de partos da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro eram despreparadas para o exercício da função. O curso com duração de dois anos era desqualificado e consistia no ato de “decorar”, ao terminá-lo “a mulher [sai] quasi tão ignorante como quando entrou” na grade de ensino não existiam as disciplinas de anatomia e preceitos de higiene, diferente dos cursos de medicina destinados aos homens que duravam quatro anos e possuíam em sua grade curricular as disciplinas de anatomia, fisiologia, higiene e terapêutica (DUROCHER, 1871, p. 292- 293).

O processo de deslegitimação do ofício das parteiras, ocorreu primeiramente a partir da perseguição das práticas não legitimadas pelo conhecimento científicos, entretanto posteriormente a misoginia justificada pelo discurso médico da natureza feminina desqualificou as parteiras licenciadas colocando em xeque sua capacidade em exercer a profissão. Maria Lúcia Mott (1999, *online*) observa que:

A ignorância e outros aspectos de ordem moral que as desqualificavam certamente se devem também à crença, cada vez mais difundida no período, de uma natureza feminina, que biologicamente excluiria a mulher de uma série de atividades físicas e intelectuais, enquanto a dotaria para a maternidade, condicionando-a assim à esfera dita privada.

Essa perseguição ultrapassou a esfera do saber-fazer e legitimou nas questões de gênero. Assim sendo, a parteira é deslegitimada tanto no campo do saber-fazer construído a partir das

práticas orais quanto do saber-fazer construído a partir dos preceitos da Ciência moderna, pelo fato de ser um ofício exercido por mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O saber-fazer das parteiras enquanto prática cultural, sempre esteve presente no Brasil. Surgiu a partir do processo de fusão de diferentes etnias e crenças e através do intercâmbio de saberes que eram utilizados como um sistema de solidariedade de gênero onde mulheres cuidavam umas das outras e de suas proles. Com a vinda da família Real para o Brasil em 1808, ocorreu um processo de transformação significativas na colônia, entre elas a criação das escolas de cirurgia no Rio de Janeiro e Bahia que posteriormente foram transformadas em faculdades de medicina.

A falta de médicos era recorrente o que contribuiu para o estabelecimento dos ofícios de cura, tais como: Sangradores, Boticários, Curandeiros e Parteiras. O processo de fiscalização desses ofícios era insignificante e normalmente os curadores exerciam livremente o ofício. Com o estabelecimento da medicina moderna no Brasil iniciou-se um processo de monopolização das práticas de cura a partir da perseguição e difamação de qualquer prática de cura que não fosse legitimada pela Ciência moderna.

O trabalho que aqui foi apresentado, objetivou analisar nesse contexto o processo de apropriação do saber-fazer das parteiras pela a medicina da mulher e a partir da análise das fontes históricas se pode verificar que:

Nas primeiras décadas do século XIX existia um número escasso de profissionais disponíveis para atender a população, assim sendo, existiam mais mulheres parindo do que parteiras para atendê-las. Cabe esclarecer que as parteiras não eram um grupo homogêneo, mas uma categoria heterogênea composta por diversas diferenciações. O trabalho aqui buscou analisar as parteiras que possuíam licença para exercer o ofício.

A partir na análise da obra da Mme Berthou (1830) se pode observar que existia uma necessidade de buscar a legitimação do saber-fazer das parteiras a partir dos preceitos da ciência moderna. Berthou (1830) sinaliza em sua obra, sobre a necessidade de desconstrução do ofício da parteira com os ritos tradicionais construídos em torno do evento do parto. O conhecimento discutido descrito no compêndio possui uma clara dualidade entre a propagação de crenças associadas à percepção de ciência da época e a negação das práticas sincréticas existentes no saber das comadres.

Esse mesmo conhecimento é muito similar dos contidos nas teses posteriormente analisadas, assim sendo, pode-se perceber que até meados do século XIX, não existia uma

diferença significativa entre o conhecimento técnico das parteiras e o conhecimento tecnológico dos médicos. Então, como ocorreu o processo de apropriação do saber e o declínio do ofício das parteiras após 1870?

Para que se possa responder tal questionamento, cabe lembrar que no final do século XVIII e começo do XIX o surgimento da Ginecologia foi baseado na concepção da diferença biológica dos sexos. A partir desta concepção a mulher possuía uma natureza frágil inclinada ao desenvolvimento de diversas patologias físicas e mentais. O corpo feminino possuía um instinto incontrolável para a reprodução que interferia diretamente nas suas faculdades mentais, tornando-as suscetíveis à imoralidade.

Essa representação do feminino foi utilizada como uma justificativa para a função social já estabelecida que destinava a mulher para a esfera privada da família, sendo destinadas a serem filhas, esposas e mães. Qualquer tentativa de rompimento com essa ótica, era reprimida e desestimulada.

As parteiras eram mulheres que transitavam tanto na esfera pública quanto na privada. Tidas como mulheres subversivas pois objetivavam não somente assistir, mas resolver os problemas femininos e dispostas a realizar procedimentos proibidos pelo Estado e pela Igreja na tentativa de auxiliar as mulheres necessitadas. Ademais, eram detentoras de um conhecimento que até então não era reconhecido pela medicina moderna.

Com o surgimento das faculdades de medicina o número de médicos aumenta na capital do império que automaticamente aumenta a disputa por clientela. A partir deste momento o nicho da medicina da mulher torna-se atrativo e inicia-se um movimento de perseguição contra as parteiras.

As parteiras não licenciadas passam a ser perseguidas a partir de um mecanismo difamatório propagado tanto pelos jornais quanto pelo discurso médico. Cabe observar que essa disputa política perpassa a esfera de gênero, aprofundando-se nas questões de classe e de cor, pois comadres eram em sua maioria negras, escravas e escravas libertas. Entretanto, a construção do discurso médico contra as parteiras, também atingiu as parteiras licenciadas que passam a ser percebidas como profissionais que não possuíam os atributos necessários tanto físicos como morais para exercer a profissão.

A necessidade da busca de estereótipos masculinos na vestimenta das parteiras pode ser compreendida como o processo de associação do saber na figura do homem, esse mesmo saber que desde a mais tenra história era detido pela comunidade feminina. A pesquisa aqui

apresentada não conseguiu trabalhar com todas as fontes encontradas, a temática discutida é rica de informações que precisam de mais atenção, entretanto o tempo utilizado para a construção da mesma não foi suficiente, assim sendo as fontes históricas que não foram analisadas poderão ser utilizadas em futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

BBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AIRES, Maria Juracy. **Técnica e Tecnologia do parto: A produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais**. 182 f. Dissertação (Mestrado em tecnologia), UTFPR, Curitiba, 2006.

ALENCASTRO, Luiz Felipe (org.) **História da Vida Privada no Brasil**. São Paulo: Cia. das Letras, 1997.

ALMEIDA, Diádiney Helena de. **Hegemonia e contra-hegemonia nas artes de curar oitocentistas brasileiras**. 210 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

ALVES, Mariana da Hora. Junta Central de Higiene Pública: ações, estigmas e conflitos sociais (1850-1889). In: **XV Encontro Regional de História**. CDROM. Rio de Janeiro: AMPUH-RJ 2012.

AQUINO, Estela ML. **Gênero e ciência no Brasil: contribuições para pensar a ação política na busca da equidade**. NÚCLEOS E GRUPOS DE PESQUISA, 2006.

AUGUSTO, Maria Helena Olivia. **Natural, racional, social: discussão de uma sociabilidade**. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, São Paulo, 1(1): 247-257, 1.sem.1989. Comentário crítico da obra de Madel Therezinha Luz. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**, Rio de Janeiro, Campus, 1989.

ARNEY, William Ray. **Power and the Profession of Obstetrics**. Chicago & London: The University of Chicago Press, 1982.

BANDEIRA, Lourdes. **A contribuição da crítica feminista à ciência**. Estudos Feministas, v. 4, n. se, 2008.

BARBOSA, Giselle Machado. Condições preliminares sobre as parteiras legalizadas pela Fisicatura-Mor a partir dos registros de confirmação de licença (1808-1828). In: Anais do XVI encontro Regional de História da Anpuh-Rio: **Saberes e práticas científicas, 2014**.

BARTELMÉBS, Roberta Chiesa. **Resenhando as Estruturas das revoluções científicas de Thomas Kuhn**. Revista Ensaio, Belo Horizonte, v.14,n. 03, p. 351-358, set-dez, 2012.

BARRETO, Renilda. **Corpo da mulher: a trajetória do desconhecido na Bahia do século XIX**. História: Questões e debates, 34, p.127-156, 2001.

BARRETO, Renilda. **Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista**. História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n, 4, out-dez, p. 901 – 925.

BARROS, José D’Assunção. **Fontes Históricas: revisitando alguns aspectos primordiais para a Pesquisa Histórica**. Mouseion, n.12, mai/ago/2012, pp.129/159 ISSN!1981/7207.

BARROS MOTT, Maria Lúcia. **A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?** Estudos Feministas; Florianópolis Vol. 7, Ed. 1 and 2, (1999): 25

BARROS MOTT, **Maria Lúcia**. **Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960)**. Proj. História. São Paulo, (25), dez, 2002, p. 197 - 219.

BARROS MOTT, **Maria Lúcia**. **Curso de partos: Deve ou não haver parteiras?** Cadernos de pesquisa, nº108, p. 133-160, novembro/1999.

BARROS MOTT, **Maria Lúcia**. Parteiras no século XIX: Mme, Durocher e sua época. *In*. COSTA, Albertina; BRUSCHINI, Cristina (org). **Entre a virtude e o pecado**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

BASTOS, Mário Jorge da Motta. **Pecado, Castigo e Redenção: a Peste como Elemento do Proselitismo Cristão (Portugal, Séculos XIV/XVI)**. Revista Tempo, Rio de Janeiro, Vol. 2, nº 3, 1997, pp. 183-205.

BAZZO, W. A. *et al.* **Introdução aos estudos CTS: O que é Ciência, Tecnologia e Sociedade?** Cadernos de Ibero-América, Editora OEI, 2003.

BUENO, Juliana Fonseca da Silva Linhares; GOMES, Mateus das Neves; PANSARDI, Marcos Vinicius. **Medicina Moderna como Tecnologia: O processo de institucionalização das práticas de cura no Brasil do século XIX**. Revista Mundi Sociedade e Humanidades Curitiba, PR, v. 3, n. 1, mar. 2018.

BLOCH, Marc. **Apologia da História ou ofício do historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BLOOR, David. **Conhecimento e imaginário social**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

BORDO, Susan. O corpo e a reprodução da feminidade: Uma apropriação feminista de Foucault. *In* JAGGAR, Alison; BORDO, Susan. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record – Rosa dos Tempos. 1997.

CABRAL, Carla. **Os Estudos Feministas da Ciência e da Tecnologia no Brasil: caracterização inicial da produção acadêmica de pós-graduação (Norte, Nordeste e Centro-Oeste)**. X Congresso Ibero-Americano de Ciência, Tecnologia e Gênero. Paraguai, outubro de 2014.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Florence, 2017.

CARULA, Karoline. **Darwinismo, raça e gênero: projetos modernizadores da nação em conferências e cursos públicos (Rio de Janeiro, 1870-1889)**. Campinas: Editora UNICAMP, 2016.

CORDEIRO, Marinha do Nascimento. **A nova cultura na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX)**. Revista da Faculdade de letras HISTÓRIA, Porto, III série, vol.6, 2005, p. 69-98.

CRUKSHANK, Julie. Tradição oral e história oral: revendo algumas questões. *In*: AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes. **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CUPANI, Alberto. **Filosofia da Tecnologia: um convite**. Florianópolis: Ed.da UFSC, 2017.

DAGNINO, R. BRANDÃO, F.C; NOVAES, H. T. Sobre o marco analítico conceitual da Tecnologia Social. *In: Antônio de Paulo et al. (Org.) Tecnologia Social: uma estratégia para o desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 2004, p. 15-64.

DEL PRIORI, Mary; BASSANIZI, Carla Pinsky. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2013.

DEL PRIORI, Mary. **Ao sul do corpo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DEL PRIORI, Mary. **Histórias da gente brasileira**. V.1: Colônia. São Paulo: LeYa, 2016.

DELAMARQUE, Elizabete Vianna. **Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política sanitária (antecedentes e principais debates)**. 201 f. Dissertação de Mestrado, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

DUCASSÉ, Pierre. *História das técnicas*. Lisboa: Publicações Europa-América, s/d

FAUSTO-STERLING, Anne. **Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad**. Traducción: LEAL, Ambrosio García. Bancelona: Editora Melusina, 2006.

EDLER, Flavio Coelho. **A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico**. *Asclepio*, v.50, n.2, 1998, p.169-186.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FETZ, Marcelo; DEFACCI, Fabrício Antônio; NASCIMENTO, Lerisson. **Olhares sociológicos sobre a ciência no século vinte: mudanças e continuidades**. *Sociologias*, Porto Alegre v. 27, n.1, p.284-317, agosto 2011.

FILHO, Amílcar Torrão. **Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam**. *Cadernos pagu* (24), janeiro-junho de 2005, pp.127-152.

FILHO, Lycurgo Santos. **Uma pequena história da medicina**. 1960?

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Florence, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Editora Florence Universitária, 2016.

FREITAS, Lucas Bueno de; LUZ, Nancy Stancki da. Gênero, Ciência e Tecnologia: estado da arte a partir de periódicos de gênero. *In Dossiê gênero e ciências: Histórias e políticas no contexto ibero-americano*. *cadernos pagu* (49), 2017:e174908 ISSN 1809-4449 .

FREITAS, Patrícia de. **“A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil**. *Antíteses*, vol. 1, n. 1, jan.- jun. de 2008, pp. 174-187.

GAMA, Rui. **História da técnica e da tecnologia**. São Paulo: Edusp, 1985.

GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. **Medicina hipocrática: antes, durante e depois**.

Porto Alegre : Stampa, 2007.

GUIMARÃES, M. R. C.: **Chernoviz and popular medical manuals in the day sof the Empire**. História, Ciências, Saúde –Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 501-14, May-Aug. 2005.

HARDING, Sandra. **Gênero, democracia e filosofia da ciência**. 163RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.163-168, jan.-jun., 2007.

HIRATA, Helena *et al.* **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

KRÜGER, Eduardo Leite; BASTOS, João Augusto; CARVALHO, Marília Gomes de. Apropriação do Conhecimento Tecnológico. *In:* SILVA, Maclovia Corrêa da (org.). **Conversando com a tecnologia: Contribuições de João Augusto Bastos para a educação tecnológica**. Curitiba: Ed. UTFPR, 2015, cap. 9, p. 265-300.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectivas, 2017.

LAQUEUR, Thomas: **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Trad. Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001

LARA, Silvia Hunold. **Os documentos textuais e as fontes do conhecimento histórico**. Anos 90, Porto Alegre, v. 15, n. 28, p.17-39, dez. 2008.

LETA, Jacqueline. **Mulheres na Ciência Brasileira: desempenho inferior?**. Revista feminismos, v. 2, n. 3, 2014.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. Campinas, SP: Papirus, 1989.

MAGALHÃES, Sonia Maria de. **Batalha contra o charlatanismo: Institucionalização da medicina científica na província de Goiás**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18 n.4, out.-dez. 2011, p. 1095-1109.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na construção da obstetrícia e da ginecologia no século XIX**. 311 f. Tese de Doutorado, UNICAMP, Campinas, 2000.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX**. Estudos Feministas, Florianópolis, 13(3): 320, setembro-dezembro/2005.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MEDINA, Manuel; KWIATKOWSKA, Teresa. **Ciencia, tecnología, cultura em el siglo XXI**. Iztapala: Anthropos Editorial, 2000.

MUNIZ, Diva do Couto Gontijo. Feminismo, epistemologia feminista e história das mulheres: Leituras cruzadas. *In:* **OPIS: dossiê relações de gênero, História, educação e epistemologias Feministas**. Universidade Federal de Goiás, regional Catalão, Unidade acadêmica especial de História e Ciências sociais. - v. 15. n. 2 (2015).

NUCCI, Marina Fisher; RUSSO, Jane Araújo. O sexo do cérebro: uma análise sobre gênero e ciência. *In:* Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. 6º

Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero – Redações, artigos científicos e projetos pedagógicos vencedores – 2010. Brasília: Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

OLIVEIRA, Pedro Henrique Ferreira Danese. **Institucionalização do alienismo nos períodos médicos (Rio de Janeiro, 1832-1852)**. 182 f. Dissertação de Mestrado, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2016.

PALÁCIOS, Manuel. O programa forte da sociologia do conhecimento e o princípio da causalidade. *In*: PORTOCARRERO, V. **Filosofia, história e sociologia da ciência I: abordagens contemporâneas** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. cap. 7, p. 175-198.

PELEGRINI, Mauricio. **Foucault, feminismo e revolução**. Anais do XXI Encontro Estadual de História – ANPUH-SP - Campinas, setembro, 2012.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. 2ª edição. São Paulo: Contexto, 2013.

PIMENTA, Tânia Salgado. **Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX**. 159 f. Dissertação de Mestrado, UNICAMP, Campinas, 1997.

PINTO, Álvaro Vieira. **O conceito de tecnologia**. V. I. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

PROST, Antoine. **Doze lições sobre a história**. 2ª edição. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

QUINTANILLA, Miguel Angel. **Técnica e Cultura**. Revista Guairacá de filosofia, Guarapuava-Pr., V32, N2, p.85-105, 2016.

RAGO, Elisabeth Juliska. **A construção da ‘natureza feminina’ no discurso médico**. Estudos Feministas, Florianópolis, 2/2002.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminina, gênero e história. *In*; PEDRO, Joana; Grossi, Miriam (orgs.). **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998

RIBEIRO, Thiago Vasconcelos; SANTOS, Aliny Tinoco; GENOESE, Luiz Gonzaga Roversi. **A História Dominante do Movimento CTS e o seu Papel no Subcampo Brasileiro de Pesquisa em Ensino de Ciências CTS**. Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências, RBPEC 17(1), Abril, 2017, p.13–43.

RIOT-SARCEY, Michèle. Michel Foucault para pensar o gênero: Sujeito e poder. CHABAUD-RYCHTER, Danielle. *et al.* **O gênero nas ciências sociais: releituras críticas de Max Weber a Bruno Latour**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

RODRIGUES, Ana Paula Kravczuk. **Gênero e sexualidade a partir de Foucault: O longo processo histórico de normalização e normatização dos corpos e das condutas**. 44 f. Monografia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Ijuí, 2016.

RODRIGUES, Marinete Aparecida Zacharias. **Reflexão sobre a ideia de progresso: a produção do saber e o controle dos comportamentos sociais no século XIX**. Anais do 13º Seminário Nacional de História da Ciência e Tecnologia, FFLCH-USP, 2012.

ROHDEN, Fabíola. **Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. Gênero**, vol. 6, nº1, Niterói-RJ, Editora da UFF, 2006, pp.213-224.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 2002 e-book**

ROHDEN, Fabíola. **Ginecologia, gênero e sexualidade a ciência do século XIX**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17 p. 101 – 125, junho de 2002.

SANTOS, Gildo Magalhães. **Ciência e ideologia: conflitos e alianças em torno da idéia de progresso**. 251 f. tese (Doutorado em História das Ciências, das Técnicas e do Trabalho), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo - São Paulo, 2004.

SANTOS, Maria Ap. Conceição Mendonça; SALLES, Vera Lúcia Rolim. **O corpo em transe: A moral sexual sobre o corpo feminino no Brasil no final do século XIX e início do XX**. Revista Estação Literária, Londrina, Volume 13, p. 120-132, jan. 2015.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas Trincheiras da Cura. As diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2005.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

SCHIEBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru-SP, EDUSC, 2001

SCHUMAHER, Schuama; CEVA, Antonia. **Mulheres no poder: trajetórias a política a partir da luta das sufragistas do Brasil**. Rio de Janeiro: Edições de Janeiro, 2015.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. 2012

SILVA, Elizabete Rodrigues da. **A (in)visibilidade das mulheres no campo científico**. Revista HISTEDBR On-line, Campinas, n.30, p.133-148, jun.2008.

SOUSA, Noélia Alves. **Sábias mulheres: Uma investigação de gênero sobre parteiras no sertão do Ceará (1960-2000)**. 289f. tese de Doutorado, UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

STEARNS, Peter N. **História da sexualidade**. São Paulo: Contexto, 2010.

TILLY, Louise A. **Gênero, história das mulheres e história social**. Cadernos Pagu (3) 1994: pp. 29-62.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil**. 429 f. tese de Doutorado, UFSC, Florianópolis, 2004.

VARGAS, Milton. **História da Técnica e Tecnologia no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista: Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, 1994.

VAZ, Caroline Rodrigues; FERNANDES, Alexandre Borges; PINHEIRO, Nilcéia Aparecida Maciel. **O Surgimento da Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS) na Educação: Uma Revisão**. I Simpósio Nacional de Ensino de Ciência e Tecnologia – 2009, p. 98-116.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. *In*: GEFIFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker, (orgs). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

WEBER, Beatriz Teixeira. Fragmentos de um mundo oculto: práticas de cura no sul do Brasil. *In*: Hochman Gilberto, (org). **Cuidar, controlar e curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 157-216.

FONTES HISTÓRICAS

BERTHOU, Estephania. **Compendio das doenças das mulheres: Para servir de guia às parteiras na arte dos partos.** Rio de Janeiro: Typographia Imperial de Émile Seignot-Phanches, 1830.

CAPISTRANO, Antônio José Rodrigues. **A metrorrahgia.** 30 f. tese de Doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1837.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorias ...** 6. ed. consideravelmente aumentada, posta a par da ciência. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 1 v.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorias ...** 6. ed. consideravelmente aumentada, posta a par da ciência. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

COELHO, Francisco Tacinto da Silva. **A mulher.** 40 f. tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Bahia, 1845.

DUROCHER, M.J.M. **Deve ou não haver parteiras?** Anais Brasiliense de Medicina, v.22, n.5, p.256-71, out.1870; v.22, n.9, p.289-302, fev.1871; v.22, n.10, p.329-36, mar.1871.

FAUSTO, João de Oliveira. **A menstruação, seguida de regras higienicas relativas as mulheres menstruadas.** 27 f. tese de Doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1946.

MENEZES, José Cardozo de. **da hemorrhagia uterina, considerada como complicação sobrevinda ao processo de parto, e á expulsão do feto.** 20 f. tese de Doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1833.

PAULA COSTA, Francisco de. **Algumas reflexões sobre: O charlatanismo em medicina.** 26 f. tese de Doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

ÍNDICE REMISSIVO

A

alternativas, 15, 18
apreensões, 10

B

biológicas, 11, 14

C

ciclo, 10, 60, 72, 76, 77
ciclos, 10
científico, 10, 13, 14, 15, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29,
30, 40, 41, 49, 53, 54, 57, 77, 79, 93
compreensão, 10, 20, 25, 76
comunidade científica, 16, 29, 79
comunidade médica, 11
conhecimento, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 23,
24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 40, 41, 42, 47, 48,
49, 50, 53, 54, 56, 57, 59, 68, 74, 78, 79, 83, 85, 86,
88, 89, 91, 92
corpo, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 22, 27, 30, 33, 34, 35, 36,
38, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 51, 56, 57, 59, 60, 61, 62,
63, 64, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 80, 81, 86,
89, 90, 91, 93, 94
corpo feminino, 10, 14, 42, 44
corpo humano, 11, 74, 80
criar, 10, 16, 67

D

desenvolvimento, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 27, 29, 34, 35,
39, 41, 42, 44, 48, 51, 52, 53, 56, 57, 59, 75, 79, 86,
90
divina, 10

E

equilíbrio, 11

estudos, 14, 18, 22, 28, 76, 89
experiência, 11, 15, 31, 38, 41, 54

F

feminilidade, 11, 14, 26, 60
feminino, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 26, 27, 30,
33, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50,
54, 56, 61, 62, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 81, 82, 86, 90,
91, 92, 93, 94
formado, 11, 63, 68, 69

G

gestação, 10, 32, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 74
gestações, 10

I

ideologia, 13, 26, 93
interesses políticos, 13
investigação científica, 13

M

manutenção da vida, 15
maternidade, 10, 12, 27, 41, 43, 47, 61, 63, 83
medicina, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 25,
27, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45,
46, 47, 48, 49, 50, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 65, 66,
67, 68, 74, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 90, 91, 93, 95
Medicina, 11, 17, 21, 38, 39, 41, 49, 50, 55, 58, 64, 67,
71, 75, 82, 89, 90, 95
médico, 12, 16, 17, 18, 27, 30, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 42,
43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 58, 59, 61, 62, 66, 67, 68,
70, 78, 79, 80, 83, 86, 88, 92
médicos, 11, 15, 21, 23, 26, 27, 33, 34, 38, 39, 41, 42, 43,
44, 45, 46, 48, 49, 56, 57, 61, 67, 77, 79, 80, 81, 83,
85, 86, 92
menstruação, 13, 21, 60, 61, 75, 76, 77, 95

menstrual, 10, 11, 60, 75, 76, 77

metodológica, 14, 29, 43

mística, 10, 50

mulher, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 88, 90, 91, 93, 95

mulheres, 10, 11, 12, 13, 14, 21, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 91, 92, 93, 95

O

organismo, 10, 11, 41, 43, 59, 60, 68, 74, 77, 82

órgão vital, 10

órgãos sexuais femininos, 12, 13, 42, 75

P

pacientes, 11, 33, 46, 59

parteiras, 4, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 25, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 67, 70, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 93, 95

posição, 10, 27, 48, 69, 79

práticas, 11, 12, 16, 18, 21, 22, 24, 25, 27, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 47, 49, 54, 55, 56, 57, 62, 80, 83, 84, 85, 88, 89, 94

processo, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 50,

52, 53, 54, 56, 57, 59, 64, 68, 79, 80, 83, 85, 86, 89, 92, 95

Q

questões de gênero, 13, 80, 83

R

realidades sociais, 13

representação, 10, 44, 47, 49, 57, 75, 86

S

saber, 4, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 30, 31, 34, 36, 37, 40, 41, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 62, 75, 78, 79, 83, 85, 86, 90, 92

saúde, 10, 11, 12, 13, 18, 20, 31, 32, 33, 46, 50, 55, 59, 60, 61, 62, 71, 75, 78, 79, 94

sociedade, 12, 13, 14, 17, 18, 27, 28, 35, 37, 39, 40, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 55, 57, 79, 81

T

tradições femininas, 15, 56

U

útero, 10, 21, 33, 44, 55, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 82, 90

V

vivência, 15

SOBRE OS AUTORES



JULIANA FONSECA DA SILVA LINHARES

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Sociedade da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR. Mestra em Ciência, Tecnologia e Sociedade pelo Instituto Federal do Paraná - IFPR / Campus Paranaguá e graduada em História pela Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR / Campus FAFIPAR. Bolsista da Capes e Membro da Associação Brasileira de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias - ESOCITE/BR. Atualmente, pesquisadora nas seguintes áreas: História do Brasil, História da Ciência, História das Mulheres e Gênero.

SOBRE OS AUTORES



MATEUS DAS NEVES GOMES

Professor do IFPR Campus Paranaguá, Licenciado em Matemática pela UFPel, Mestre em Modelagem Computacional pela FURG e Doutor em Engenharia Mecânica pela UFRGS.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

Juliana Fonseca da Silva Linhares Bueno
Mateus das Neves Gomes

Saber

tradicional

e o

saber

legitimado:

Das parteiras para a medicina da mulher



2021

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

Juliana Fonseca da Silva Linhares Bueno
Mateus das Neves Gomes

Saber

tradicional

e o

saber

legitimado:

Das parteiras para a medicina da mulher



2021