



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-59702018000401039

DOI: 10.1590/s0104-59702018000500008

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2018 by FIOCRUZ. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”

Gender, history, and the medicalization of childbirth: the exhibition “Women and Health Practices”

Luciana Aparecida Palharini

Professora, Centro de Ciências Naturais e Humanas/
Universidade Federal do ABC.
São Paulo – SP – Brasil
luciana.palharini@ufabc.edu.br

Silvia Fernanda de Mendonça Figueirôa

Professora, Faculdade de Educação/
Universidade Estadual de Campinas.
Campinas – SP – Brasil
silviamf@unicamp.br

Recebido em 4 out. 2017.

Aprovado em 9 maio 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039-1061.

Resumo

Com a institucionalização da medicina no parto ocorre um deslocamento de gênero. No final do século XIX, ao mesmo tempo que as parteiras sofrem a marginalização e desqualificação de seu ofício, as mulheres lutam para conquistar acesso ao ensino superior nos cursos de medicina. Ainda na primeira metade do século XX, a escassez de mulheres nas faculdades de medicina é grande, assim como é relevante a atuação das parteiras, inclusive em contextos hospitalares. Parte dessa história está materializada na exposição “Mulheres e práticas de saúde”, do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. Nosso objetivo é destacar a valorização desses saberes e práticas no Brasil junto à população por meio da educação não formal em museus.

Palavras-chave: parteiras; médicas; gênero; história da medicina; Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul.

Abstract

With the institutionalization of medicine in childbirth there came about a shift in gender roles. In the late nineteenth century, at the same time as midwives' work was being marginalized and discredited, women were fighting to gain access to university-level medical education. In the first half of the twentieth century, there was a marked scarcity of women at medical faculties, and the work of midwives was important, especially in hospital settings. Part of this history is contained in the exhibition “Women and Health Practices” at the Museum of the History of Medicine of Rio Grande do Sul. We highlight the value given to this knowledge and these practices amongst the Brazilian population by means of informal education at museums.

Keywords: midwives; doctors; gender; history of medicine; Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul.



A medicalização da assistência ao parto e ao nascimento tem início no século XVII em países europeus como França e Inglaterra, estabelecendo-se de fato no século XX após haver passado por diversas fases e em meio a contextos complexos, como o período pós-Segunda Guerra Mundial (Thébaud, 2002; Arney, 1982) e a própria profissionalização da ciência e da medicina. No final do século XIX, o parto hospitalar começou a se consolidar como prática dominante. Maternidades e hospitais para mulheres foram sendo criados em Inglaterra, França, Alemanha e EUA desde a segunda metade do século. No Brasil, a criação de maternidades data do início do século XX, quando as reformas sanitárias se tornaram mais intensas e a medicalização do parto foi vista como uma das estratégias de civilização da população (Mott, 2002).

Inicia-se, assim, uma nova história na atenção ao parto e nascimento, até então um evento que não era considerado um ato médico, pertencendo ao domínio privado – o ambiente doméstico, íntimo e composto por mulheres com outras mulheres –, que ficava a cargo das parteiras. Estas, além da atenção ao parto, na maioria das vezes cuidavam também da saúde da mulher, do pré-natal e puerpério, das doenças femininas, dos aconselhamentos e orientações quanto à fertilidade, assim como dos cuidados com o recém-nascido. A resistência das mulheres em parir fora do ambiente doméstico foi cedendo lugar à confiança na figura do médico-parteiro, construída pelo discurso médico, e no ambiente hospitalar, à medida que melhoravam a segurança e a assepsia desse espaço. Essa mudança, contudo, não se deu de forma contínua nem sem conflitos: entre médicos e parteiras, entre o conhecimento institucionalizado masculino e o saber tácito feminino, entre o médico, homem, e a parturiente, mulher, configurando relações de desigualdade de gênero que estão na origem do estabelecimento da medicina como saber validado política e socialmente.

Nesse processo de colonização do parto (Pimentel et al., 2014), houve perda do território da saúde pelas mulheres na transição para o século XX. Com a institucionalização da medicina e a marginalização das práticas populares das parteiras, ocorreu um deslocamento de gênero nesse campo: antes protagonizado em maior parte pelas mulheres, passa a ser de domínio quase exclusivo dos homens, já que são eles e apenas eles que têm acesso à formação científica. Pode-se aventar que a permissão da entrada das mulheres nos cursos de medicina, que no Brasil ocorre apenas a partir de 1879, significou uma conquista política não apenas quanto aos direitos de igualdade no acesso ao ensino superior pelas mulheres, mas no seu “retorno” ao ofício do cuidado com a saúde, que por longo tempo lhes foi retirado. Nesse sentido, é possível estabelecer uma relação política entre médicas e parteiras na história das práticas de atenção obstétrica, na medida em que o deslocamento de atores nesse campo se deu graças ao investimento na marginalização das mulheres – seja pelo não acesso às faculdades de medicina, seja pela desqualificação das práticas populares, no caso das parteiras. Essa marginalização operou uma lacuna na presença feminina na atenção ao parto, que está na base da constituição de uma assistência médico-centrada e tutelada por uma ciência masculina.

O campo empírico de análise e discussão no presente artigo é uma exposição realizada pelo Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (Muhm), de Porto Alegre, Brasil, intitulada “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino”. A exposição é uma homenagem às mulheres no campo da saúde, inaugurada para o público no dia 8 de

março de 2008 como parte da comemoração ao Dia Internacional da Mulher. Aqui, “Mulheres e práticas de saúde” é tomada como objeto de análise especialmente pela perspectiva histórica e de gênero assumida em sua abordagem sobre a história das mulheres no campo da saúde, a importância de parteiras e benzedeadas, o desafio das primeiras médicas no Brasil e a horizontalidade como a exposição é concebida em relação a esses três saberes. Procuramos, assim, situar a medicalização do parto num tempo e num espaço, por meio da exposição.

Estabelecimento da medicalização do parto no Brasil

Arney (1982) discorda de algumas pesquisas históricas da obstetrícia que apontam continuidade no estabelecimento da profissão da obstetrícia médica e a perda de protagonismo das parteiras. Para o autor, essa continuidade presente nas histórias sobre a captura da obstetrícia pela medicina e, mais do que isso, sobre a aceitação do homem na cena do parto, é falsa. Ele e Thébaud (2002), entre outros, apontam dois momentos cruciais de transformação da obstetrícia no continente europeu. O primeiro, como já dissemos, quando da entrada dos homens na profissão, mais intensamente entre os séculos XVIII e XIX, implicando mudança no significado do parto. Ainda assim, as parteiras continuaram atuando por muito tempo, porque eram mais confiáveis quanto à habilidade de partejar; por questões morais que impediam a aceitação da figura masculina no parto; por razões estruturais, já que as famílias mais abastadas constituíram o público dos médicos parteiros por um longo tempo, e os hospitais e maternidades eram ainda poucos nesse período (Arney, 1982; Thébaud, 2002).

O segundo momento de transformação da profissão, para os autores citados, deu-se no século XX, no período entre as duas guerras mundiais, quando se intensificou a criação de hospitais e leitos, não apenas como investimento na obstetrícia, mas no campo da saúde em geral, do higienismo e, especialmente, para atender aos feridos de guerra. No pós-Segunda Guerra Mundial, intensifica-se uma transformação de natureza qualitativa no modo de controle social e político sobre a população, já iniciada no século XIX, quando o corpo feminino, sua sexualidade, a gravidez e o parto são capturados pelas ciências biomédicas (Thébaud, 2002).

A entrada dos homens no campo do partejar necessitou, contudo, de uma mudança na ordem simbólica, além de mudanças nos aspectos materiais da sociedade. Uma cultura de sucesso do parto por meio da intervenção médica foi se constituindo ao lado de políticas que evidenciavam uma disputa de poder de mercado, até então compartilhado harmonicamente entre cirurgiões e parteiras, já que cada um exercia o seu papel em momentos diferentes. Para isso foi preciso que o significado do parto e do nascimento se transformasse a fim de justificar a atuação dos médicos, e, inversamente, eles deveriam ser hábeis para incorporar esse novo significado. “No caso do nascimento, os homens tiveram que reconceituar o fenômeno e trazer para ele um significado diferente daquele que ele tinha nas mãos das parteiras. Então, tinham que ser capazes de atuar naquele novo significado” (Arney, 1982, p.21).

O instrumental tecnológico que começava a ser desenvolvido, pertencente exclusivamente ao domínio do cirurgião, conferia a fama de eficácia e domínio pelos homens sobre um evento do campo feminino. O fórceps, por exemplo, teve um papel histórico essencial para

a aceitação do homem na cena do parto e para a marginalização das parteiras. O uso desse instrumental técnico, que garantia maior “sucesso” nos partos difíceis, contribuiu para a ideia do cirurgião como tendo maior controle sobre o parto, reforçada pela resistência das parteiras em relação ao uso do instrumento (Nunes, Moura, 2004). Mesmo aquelas que tentavam se apropriar dessa tecnologia sofriam medidas para a limitação de seu exercício, como a lei criada na França, em 30 de novembro de 1892, que proibia às parteiras o uso de instrumental técnico e a prescrição de medicamentos (Thébaud, 2002).

A medicalização do parto no Brasil se deu, inicialmente, por meio do atendimento a escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres. Poderíamos chamar a motivação de “utilitarista”, no sentido de que essa parcela de mulheres serviu de cobaia aos praticantes dos cursos de medicina, contribuindo assim para o êxito da prática obstétrica. Havia também uma motivação dada por sentimentos humanistas de filantropia e caridade no cuidado com a saúde dos pobres. Mas, principalmente, como afirma Mott (2002, p.201), havia uma motivação ligada à nova ordem social, que via na garantia do aumento populacional a possibilidade de concretização da riqueza e do poder do país: “Assim, a saúde das mulheres passava a interessar aos médicos, legisladores e governantes, por sua capacidade de reproduzir filhos vivos e saudáveis”.

Esse novo tipo de governo dos corpos e da população é o que Foucault (2003a, p.131-132) denominou “biopoder”, e teve a mulher como alvo central: a medicalização progressiva do corpo das mulheres, especialmente de seu sexo, em função de seu papel fundamental na gestação e no cuidado com a saúde dos filhos, na preservação da família e da sociedade, que agora se faz por meio do controle desse corpo reprodutivo que deve estar a serviço da população, da natalidade (Rohden, 2000).

A medicina, no entanto, teve grandes dificuldades quanto à adesão das mulheres para que o parto se desse no ambiente hospitalar (Mott, 2002; Brenes, 1991; Arney, 1982; Osawa, Riesco, Tsunehiro, 2006). A aceitação do médico-parteiro se iniciou entre famílias de mulheres de origem abastada, mas mesmo entre elas a resistência ao atendimento por um homem perdurou por longo tempo. A atenção às mulheres de classes pobres continuou sendo realizada por parteiras até meados do século XIX, quando as reformas higienistas e sanitaristas tornaram mais intenso o movimento para os hospitais, apesar do risco oferecido pelo ambiente hospitalar ser ainda muito grande. A infecção puerperal, nesse período, era o grande obstáculo da medicina.

No Brasil, a ausência de maternidades, criadas apenas a partir do início do século XX, também foi outro fator que impedia as mulheres de ceder à ideia de parir em um ambiente público, cheio de doenças, como o hospital. Nem sempre havia profissionais da obstetria no atendimento aos partos em hospitais nem enfermarias isoladas para parturientes. A morte e as infecções eram frequentes, e doentes de todos os tipos se misturavam a mães e recém-nascidos:

Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, apavorante e procurada apenas em casos extremos, sobretudo por pessoas tidas como desclassificadas socialmente. Nos casos dos partos complicados, apenas as mulheres mais pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras recorriam às Santas Casas, mantidas por caridade e benemerência (Mott, 2002, p.198).

Analisando o processo histórico de medicalização do parto e da marginalização das parteiras, Osawa, Riesco e Tsunehiro (2006) afirmam que é justo admitir que a prática exercida pelas parteiras comportasse riscos reais à mãe e à criança. Assim como é fato que os recursos para lidar com uma complicação no parto fossem limitados. Os avanços científicos no desenvolvimento da assepsia, da analgesia e da possibilidade de uma cirurgia para retirada do bebê em partos de risco e com complicações contribuíram, sem dúvida, para salvar vidas no parto e nascimento. Mas não foi por esse motivo que a medicina entrou e se estabeleceu no parto. Como afirmam as autoras, os riscos oferecidos pelas parteiras “não eram maiores do que os oferecidos pelos médicos. Em 1878, estimou-se que a mulher inglesa aumentava em seis vezes as suas chances de morrer ao dar entrada nas maternidades daquele país” (Osawa, Riesco, Tsunehiro, 2006, p.700).

No Brasil, as parteiras atuaram livremente até fins do século XIX, quando, então, passaram a sofrer medidas proibitivas que restringiram suas atuações (Nunes, Moura, 2004). Mas, entre os médicos, não havia conhecimento suficiente sobre a prática obstétrica. Os cursos de obstetrícia eram ainda estritamente teóricos. Nas primeiras faculdades de medicina, criadas em 1808, no Rio de Janeiro e na Bahia, essa formação estritamente teórica está presente desde a origem até a segunda metade do século XIX (Mott, 2002). Nos anos 1850, houve uma tentativa de reforma nas faculdades de medicina para a inserção de disciplinas práticas que falhou, e, em 1874 e em 1882, o governo imperial enviou comissões de médicos à Europa para que eles se familiarizassem com o ensino prático. Em 1884, a reforma dos cursos de medicina finalmente incorpora tais “novidades” (Dantes, Figueirôa, Lopes, 2011; Edler, 1992). Antes disso, hospitais como a Santa Casa, no Rio de Janeiro, recusavam-se a ceder espaço para o atendimento de partos dos cursos de medicina por razões morais, acreditando que o serviço seria utilizado apenas por prostitutas. Em 1884, finalmente foi autorizada a instalação da enfermaria para início dos cursos práticos, mas ainda com grandes dificuldades de infraestrutura básica, como roupas de cama e higienização adequada – um desleixo, segundo os médicos, diretamente relacionado à resistência das freiras ao público atendido (Mott, 2002).

Nesse período, muitas parteiras, inclusive estrangeiras que emigraram para o Brasil no início do século, atendiam em suas casas e em locais denominados “casas de maternidade”. No entanto, a desqualificação desses locais pelos médicos, por serem considerados “suspeitos”, onde também se relacionava a atuação das parteiras ao aborto e infanticídio, e cujas mulheres atendidas tinham má reputação, culminaram no fechamento e proibição deles em muitas cidades.¹ Houve um movimento de abertura de maternidades e extinção dos locais “clandestinos” desde o século XIX, mas é no século XX que a institucionalização do parto nos hospitais e maternidades começa a se estabelecer. Isso graças à confluência entre os discursos da agenda sanitária – iniciada na Europa desde o século XIX e que viria ao Brasil na transição para o século XX – e os discursos da classe médica para atrair a mulher para o espaço médico e possibilitar a prática da obstetrícia (Mott, 2002).

O discurso inicial da medicalização do parto, tanto na Europa quanto no Brasil, é um discurso civilizatório. A criação das maternidades, aliadas aos projetos sanitários, tinha como argumento, preferencialmente, o atendimento das mulheres pobres,² para que se pudesse “civilizar” o parto, massificá-lo nos hospitais – o que garantia o êxito da

obstetrícia – e mostrá-lo como prática confiável para, inclusive, convencer as mulheres de famílias abastadas (Amaral, 2008). O papel da imprensa e de outros campos, como a literatura (Jordanova, 1999), foram decisivos e estratégicos para a afirmação científica da medicina na Europa no século XVIII. No Brasil, como afirma Amaral (2008, p.928), no século XIX “os periódicos médicos mantiveram as mesmas estratégias europeias, dando visibilidade às ações dos médicos e convencendo o público leigo a respeito da medicina”. Tal aperfeiçoamento era propiciado pelo exercício prático de atenção ao parto graças ao atendimento àquelas mulheres marginalizadas socialmente (Mott, 2002).

Brenes (1991, p.146) mostra também, a partir de sua pesquisa sobre documentos escritos por médicos no Rio de Janeiro e na Bahia nos séculos XIX e XX, a dificuldade da classe quanto à aceitação social e a preocupação em aumentar a presença das mulheres nas clínicas e maternidades, já que, para médicos e estudantes, essa era a única forma de aprender e praticar a clínica obstétrica:

Inúmeras foram as técnicas empregadas para atrair o público feminino aos locais de internamento. É difícil datarmos, através da leitura das teses, o momento em que esta atração passou a se efetuar de maneira satisfatória. O que podemos perceber é que, apesar de atenderem ao chamado médico, as mulheres viam a clínica como um local ao qual deveriam acorrer num momento de grande necessidade, desconsiderando, porém, a continuidade do tratamento. Isto em muito dificultou o trabalho médico, pois a eles interessava a permanência das mulheres na clínica para observação e testes.

Em alguns anos, novas faculdades de medicina em capitais brasileiras foram sendo criadas,³ a febre puerperal foi sendo controlada, de forma que, pouco a pouco, os estabelecimentos hospitalares, enfermarias e maternidades deixaram de representar locais inseguros para o parto. Ao mesmo tempo, o parto passava a ser visto como um evento médico e potencialmente perigoso, necessitando de intervenções e desenvolvimento de novas técnicas para aumentar a sobrevivência de mães e crianças e diminuir o sofrimento na parição. As novas regras de assepsia, juntamente com as melhorias na estrutura urbana, como luz e água encanada, além dos aparatos, sala de cirurgia, instrumentos esterilizados e enfermagem especializada, foram igualmente relevantes para que o hospital fosse recomendado como local do parto.

Nos anos 1920, o parto domiciliar ainda era muito praticado em todas as classes sociais, apesar de começar a ser visto como mais dispendioso pelos médicos contratados. Havia mulheres que eram atendidas por médicos em casa e com eles sempre havia uma enfermeira ou uma parteira. Esta última era favorita para muitos deles, como mostra o relato do doutor Jorge Santana, que preferia uma parteira para “substituí-lo, auxiliá-lo e secundá-lo”, pois havia partos “que decorrem em mais de 24 horas e não se pode exigir de um médico a presença constante ao lado da parturiente. Há além disso uma série de pequenas providências e cuidados, relativos à assistência ao parto, que uma mulher desempenha com mais propriedade que um homem” (Santana citado em Mott, 2002, p.204).

A hospitalização do parto, no entanto, era vista pela maioria dos médicos como um ideal a ser atingido. Mas, apesar do discurso dos médicos, as condições para a prática obstétrica nos hospitais e maternidades em muitas capitais, como Rio de Janeiro, eram, até a primeira metade do século XX, bastante problemáticas: falta de leitos e áreas isoladas em muitos

hospitais,⁴ serviços precários de pré-natal, superlotação das maternidades e berçários, falta de médicos e enfermeiras, falta de recursos para atendimento de bebês prematuros, *causa mortis* não devidamente registradas e esclarecidas (Mott, 2002). Ainda havia um grande número de parteiras, leigas e formadas, atuando nesses espaços.

O deslocamento do parto para o hospital também foi proporcionado por outros interesses, como mostra Brenes (1991) sobre a história da parturição no Brasil. A luta pela prevenção e criminalização do aborto e do infanticídio, práticas frequentes e muitas vezes ajudadas pelas parteiras, especialmente nas famílias aristocratas, fizeram parte dos argumentos pela hospitalização do parto. Houve confluência de interesses, de um lado, dos médicos em trazer as mulheres para os consultórios, de outro, em se controlar e criminalizar as práticas de aborto e infanticídio, o que, para médicos e autoridades, poderia ser evitado em um parto institucionalizado (Brenes, 1991). Contudo, por longo tempo nas maternidades, às parteiras era ainda destinado o “dom” da espera. Na Maternidade de São Paulo, criada em 1894, os partos complicados eram feitos por médicos e por uma médica, doutora Maria Rennotte,⁵ mas os partos normais eram realizados por parteiras (Mott, 2002, p.201).⁶

Existiram também iniciativas de formação de parteiras por outras parteiras e, sobretudo, pelos médicos. Muitas parteiras brasileiras e estrangeiras tiveram credibilidade social, carreiras sólidas, sucesso profissional, permanecendo na profissão e prestando importantes serviços para a população das diferentes camadas sociais (Riesco et al., 2011; Mott, 1999). Em um momento em que a mulher ainda não acessava a educação em nível superior e profissionalizante, foi o primeiro grupo profissional feminino a receber educação formal. As primeiras escolas de parteiras no Brasil foram criadas no Rio de Janeiro e na Bahia, em 1832, e em São Paulo em 1912. Em Porto Alegre, apesar de ter funcionado apenas por dois anos, a Santa Casa de Misericórdia criou o Curso de Partos em 1897.

A diminuição do número de parteiras em ofício é identificada por vários autores, tanto na Europa quanto no Brasil, como tendo gerado consequências para além da atenção ao parto, comprometendo outras esferas, como o controle da fertilidade e os cuidados no período puerperal, que também faziam parte do repertório de atenção à saúde da mulher dentro das comunidades (Schienbinger, 2001; Osawa, Riesco, Tsunehiro, 2006). Muitas parteiras permaneciam com as mulheres dias após o parto, e seu cuidado se estendia aos recém-nascidos, sendo elas, muitas vezes, quem também os batizavam, além de terem exercido importante papel na adesão às vacinas.

No Brasil, foi entre os anos 1960 e 1970 que a medicalização do parto e nascimento começou a se estabelecer de fato. Mas as parteiras jamais desapareceram por completo, estando presentes na atenção ao parto até os dias de hoje, e a história do exercício deste ofício, bem como de sua marginalização, mostra que passou por diferentes contextos de continuidades e descontinuidades da profissão. Como afirmam Riesco et al. (2011, p.10):

Estas trabalhadoras da Saúde tiveram participação ativa na vida social brasileira, sobretudo nas cidades desde o século XIX. A análise das matérias e anúncios de jornais e almanaques informa que, diferentemente da associação a falta de qualidade, ignorância e conservadorismo, largamente difundidos pela literatura médica brasileira, as parteiras diplomadas rapidamente incorporaram inovações, foram agentes de civilização e de modernidade.

Parte dessa história está preservada no acervo do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (Muhm) e foi materializada na exposição “Mulheres e práticas de saúde”, que será analisada na próxima seção. Nosso intuito é destacar a valorização desses saberes e práticas no Brasil junto à população por meio da educação não formal em museus.

O Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul e a exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino”

A exposição é o meio privilegiado para a função comunicacional dos museus, realizando a mediação entre o público e a cultura, seja ela material ou imaterial (Cury, 2005; Meneses, 1993, 1994). É, portanto, um meio pelo qual se constrói e se veiculam discursos sobre a sociedade e a cultura em questão, distribuindo sentidos sobre a memória, definindo identidades sociais e a ligação entre o passado e o presente.

“Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” é analisada em relação ao discurso sobre a história das mulheres no cuidado com a saúde na perspectiva de Foucault (2001, 2002, 2003a, 2003b), que propõe as formações discursivas como práticas coletivas, como dispositivo que dá visibilidade a certos enunciados sobre o tema, e não a outros. Discurso entendido, ainda, como um agenciamento político, que tem a potencialidade de revelar o cenário complexo no qual está inserido um tema. Nesse sentido, não apenas no texto escrito, mas em imagens, objetos, trajetos, cores e outros elementos que compõem a exposição fazem emergir esse conjunto de enunciados que diz algo sobre o tema. Além da análise expográfica, o discurso das personagens da exposição – médicas e parteiras – também foi analisado a partir de entrevistas com elas em um vídeo-documentário produzido sobre as parteiras e em áudios de entrevistas com as médicas.⁷ Apesar de abordar as benzedeadas e suas trajetórias no campo da saúde, a análise que apresentaremos será centrada nas médicas e parteiras, dado o tema a que se propõe este artigo.

O Muhm foi criado oficialmente em 2006 pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), que o mantém até hoje, e funciona no antigo prédio da Beneficência Portuguesa, um prédio histórico bastante conhecido em Porto Alegre, localizado em uma das principais avenidas do centro da cidade, a avenida Independência. É um museu regionalista que se dedica exclusivamente à história da medicina do estado do Rio Grande do Sul, contando com a colaboração de importantes nomes da cena médica gaúcha. Grande parte de seu acervo é constituído por arquivos pessoais de médicos, de parteiras e de uma folclorista, doados pelos próprios ou por familiares. A reserva técnica é composta por acervo tridimensional, arquivístico, bibliográfico e audiovisual digital, sendo parte dele disponibilizado no *website* da instituição.

“Mulheres e práticas de saúde” tem como tema central a homenagem às mulheres por meio de relatos de vida de médicas, parteiras e benzedeadas em suas trajetórias no cuidado à saúde. Após sua exibição na sede do Muhm, tornou-se uma exposição itinerante e já foi exibida em vários pontos da cidade de Porto Alegre e em inúmeras cidades do interior do estado. O principal recurso metodológico da montagem são as entrevistas com médicas, parteiras e benzedeadas, na perspectiva da história oral, visando à coleta de suas narrativas

de vida sobre os cuidados no campo da saúde. Dessas narrativas, dois vídeo-documentários foram realizados: *Vida e Fé*, sobre parteiras e benzedoras, respectivamente, e podem ser vistos pelo público em um painel virtual.

A exposição tem aproximadamente 70m² e compõe-se de 12 grandes painéis (Figura 1). Cada um deles é constituído por fotografias de médicas, parteiras ou benzedoras, e por informações como datas de nascimento, cidade natal, data de formatura e faculdade (no caso das médicas) e uma frase selecionada da narrativa de vida coletada (Figura 2). Cinco expositores com objetos históricos apresentam instrumentos obstétricos utilizados por médicos e parteiras, como fórceps, tesouras, antigos manuais e tratados de obstetrícia, água benta e orações para benzeduras. Além da homenagem, por meio das mulheres entrevistadas, a mostra homenageia também a primeira médica formada em uma faculdade de medicina brasileira, em 1887: a gaúcha Rita Lobato, cujo arquivo pessoal foi doado por sua família ao museu. Objetos pessoais e um manequim que veste uma réplica de um dos vestidos que ela usava⁸ fazem parte de um item expositivo especialmente dedicado à médica gaúcha.

Médicas

São dez médicas entrevistadas (Figuras 3 e 4), todas provenientes do estado do Rio Grande do Sul. As entrevistas realizadas estão disponíveis na página virtual da exposição, sendo que os arquivos de áudio são apresentados em sua íntegra. Em relação ao ano de formação, observamos que duas das médicas se formaram na década de 1950, seis delas na década



Figura 1: Exposição “Mulheres e práticas de saúde” (Fonte: Muhm, s.d.)



Figura 2: Exposição “Mulheres e práticas de saúde” (Fonte: Muhm, s.d.)

de 1960, uma na década de 1970 e uma, mais recentemente, em 1984. A maioria cursou medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre; duas, na Faculdade Católica de Medicina, hoje Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); e uma na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em Santa Maria (RS). Em relação às especialidades, um grande número delas atua em especialidades pediátricas ou relacionadas ao campo de atenção à saúde infantil, como neonatologia, pediatria, neurologia pediátrica e gastroenterologia pediátrica. Três delas atuam na saúde da mulher, sendo duas em ginecologia e obstetrícia, e uma em diagnóstico por imagem voltado à saúde da mulher. As demais se dividem entre epidemiologia, cardiologia e medicina interna, neurologia e geriatria.



Figura 3: Painel médicas (Fonte: Muhm, s.d.)



Figura 4: Paineis médicas (Fonte: Muhm, s.d.)

Parteiras e benzedoras

São também dez mulheres entrevistadas entre benzedoras e parteiras, seis parteiras e cinco benzedoras (Figuras 5, 6 e 7), sendo que uma delas, dona Miguelina, é tanto parteira quanto benzedora. Todas são também provenientes do Rio Grande do Sul, atuantes na região metropolitana de Porto Alegre e no interior do estado. A maioria, principalmente das parteiras, já estava aposentada na época da realização das entrevistas, em 2007. Em relação às parteiras, duas delas têm formação acadêmica e as outras quatro são parteiras tradicionais.



Figura 5: Paineis parteiras e benzedoras (Fonte: Muhm, s.d.)



Figura 6: Painel parteiras e benzedoras (Fonte: Muhm, s.d.)



Figura 7: Painel parteiras e benzedoras (Fonte: Muhm, s.d.)

Discurso da exposição

É com muita satisfação que o Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul traz até você a trajetória de algumas mulheres gaúchas que se dedicaram, cada uma a seu modo, à saúde da população. A mostra contempla o pioneirismo das médicas do estado, a importância das práticas populares das benzedoras e, por fim, o trabalho das parteiras que, com ou sem formação, prestaram um grande auxílio à comunidade. Conheça um pouco mais sobre a vida dessas grandes mulheres, exemplos de força e sensibilidade, que estão sendo homenageadas nesta exposição (Muhm, s.d.).

Com esse texto, “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” é apresentada em seu primeiro painel. A exposição parte, portanto, de um recorte de gênero, no sentido de reconhecer a presença feminina no cuidado com a saúde ao longo da história e, ao mesmo tempo, o quanto recente é sua participação na ciência:

Relacionar o universo feminino à saúde é uma tarefa fácil e extensa ao mesmo tempo. Isso porque sempre coube à mulher proporcionar bem-estar àqueles que a cercam. No parto, nos cuidados maternos, na utilização de ervas, efusões e cataplasmas, pela fé na busca da cura, a condição feminina na experiência humana invariavelmente prevaleceu. Na medicina, encontrou espaço decisivo para o desenvolvimento desta vocação (Muhm, s.d.).

O papel da mulher como cuidadora se destaca na exposição como discurso da vocação, muito presente em nossa herança cultural (Resta, Budó, 2004; Guimarães, Lipp, 2012). O ofício do cuidado com a saúde exercido pelas mulheres ao longo da história, fora do campo científico, também é destacado como algo muito anterior à própria constituição da medicina moderna, quando faz referência às parteiras e benzedeadas, consideradas “pioneiras no atendimento à saúde”. Um pioneirismo, no entanto, que foi aceito enquanto os médicos e as mulheres não dividiam os mesmos espaços: os primeiros eram os homens da ciência; quanto às mulheres, investiu-se na noção de que seu papel fazia parte exclusivamente do ambiente doméstico – daí seu protagonismo no cuidado da saúde. A partir do momento em que a medicina penetra no ambiente doméstico, como o saber instituído para cuidar dos corpos, a mulher perde seu lugar no campo da saúde, passando a ser desqualificada e marginalizada, como aconteceu com as parteiras. Mas é preciso ter claro que a ela não era permitido o acesso a esse saber. O que mudaria com sua inserção, segundo o discurso apresentado, é que tal “vocação” teria encontrado um “espaço decisivo” que vai permitir às mulheres a continuidade de seu exercício de cuidar da saúde, agora sob o domínio da formação pelo saber válido socialmente para isso, a medicina. Nos parece mais um discurso que chama a atenção para as relações políticas que estão por trás do acesso a esse saber, e do que ele significou na vida das mulheres médicas, do que um pensamento hierárquico quanto ao caráter epistemológico da ciência em relação ao saber tradicional das parteiras e benzedeadas.

Esse posicionamento é reafirmado em relação aos diferentes saberes entre os três ofícios. Em relação às parteiras, a menção entre formadas e não formadas é feita não de maneira a criar hierarquias, mas como condição de registro da história e como diferenças na constituição de seus saberes, afirmados como “conhecimentos”. Conforme se pode ler no painel: “As parteiras eram respeitadas pelo conhecimento que possuíam, cuidavam não só da parturiente como também de toda a sua família. Sua determinação muitas vezes levou à criação de maternidades” (Muhm, s.d.).

A prática da parteira, colocada como “vocação para cuidar de outras mulheres” no campo da saúde, é apresentada com grande enaltecimento de seu papel nesse ofício e corresponde às historiografias e biografias de parteiras:

Vocação para cuidar. Assim as parteiras explicam o seu fazer. Vocação para cuidar de outras mulheres em um momento tão importante e delicado do universo feminino: o ‘ganhar’ o filho. Mulheres obstinadas, não deixavam nunca de atender as parturientes, mesmo que para isso tivessem que deixar seus próprios filhos, atravessar enchentes, subir morros no lombo de cavalos, ficar dias na estrada, aprender a conduzir charretes e carros...

Essas mulheres guardam na memória as imagens de cada mãe ao ter pela primeira vez o filho nos braços. Guardam o choro dos bebês que ajudaram a vir ao mundo, choro que não é de dor e sim de vida. Vida da qual foram um pouco responsáveis. Atualmente, suas atuações são raras nos grandes centros. Contudo, em um país com proporções tão extensas, essas mulheres ainda têm um papel importante (Muhm, s.d.).

A atuação das parteiras, ainda nos dias de hoje, é reforçada não como precariedade, mas como um papel importante. O discurso não tem como perspectiva o texto informativo – não é essa a proposta da exposição. Ao contrário, ela traz uma sensibilidade para a cena do parto, tanto no que diz respeito à prática da parteira quanto do próprio evento do parto e do nascimento. A dimensão cultural do ofício e a associação da parteira a noções de solidariedade, cuidado e de saberes específicos são também muito presentes.

O saber das parteiras é um saber empírico, da experiência, do ver fazer para o saber fazer, e que é passado de uma geração a outra, geralmente bem cedo, na juventude, e isso fica claro em vários relatos. Dolores Gonçalves, parteira curiosa, começou aos 16 ou 17 anos, segundo ela. Quando se casou, o marido pediu que parasse; ela parou, mas depois voltou ao ofício, escondida dele. Miguelina Ferreira de Lemos, aos 105 anos na época da entrevista, em 2007, não se lembrava mais da idade em que começara, “a gente até perde a idade, perde a conta”, mas sabia que era muito nova porque a mãe era parteira: “Quando ela não podia ir, ela me dava explicação, eu ia”. A questão da natureza desse saber, que é adquirido na prática, no campo empírico, e que aumenta conforme a idade, portanto com a experiência, também está bastante presente. Assim como as limitações de seu trabalho que, quando relatadas, evidenciam a conduta nesses casos.

É fato que as parteiras tradicionais possuem limitações, em termos técnicos, em seus ofícios; por outro lado, é igualmente notório que elas possuem muitas habilidades e saberes que lhes auxiliam nos partos, conseguindo resolver partos difíceis, mesmo sem muitos recursos instrumentais (Abreu, 2005). Há outros recursos presentes, no campo relacional, preocupando-se com o bem-estar da mulher, assumindo tarefas domésticas e prestando assistência baseada no afeto e no acolhimento, criando um ambiente que favorece a evolução positiva do trabalho de parto, além de uma recepção acolhedora para o recém-nascido (Abreu, 2005). Nos relatos das parteiras aparecem essas questões. Explicações técnicas estão presentes sobre como faziam o procedimento de interrupção e corte do cordão umbilical, mostrando instrumentos de suas malas de parteira, assim como o carinho e a solidariedade entre mulheres aparecem juntamente com esses saberes e habilidades, a memória que guardam dos partos, as visitas que recebem, segundo elas, de mãe e crianças que ajudaram a nascer, hoje adultas.

A importância do ofício da parteira fica evidente quando muitas delas deixam claro em suas narrativas a relação que têm com a comunidade, sugerindo serem muito conhecidas e procuradas pelas pessoas como referência para outros assuntos, além do parto. A criação de uma casa de parto fez parte da trajetória de Anita Engelmann, aposentada, na ocasião havia 22 anos, e “parteira prática”. “Nós não tínhamos hospital, né? Vou ter que construir uma casa pra pôr as mulheres tudo junto, porque quando está três, quatro, tudo junto, atende com facilidade, né? ... tudo me cederam e eu fui pagando, assim como entrou dinheiro, eu fui pagando, daí foi mais fácil na minha vida porque eu me sacrifiquei demais” (Muhm, s.d.).

As dificuldades quanto ao transporte para se chegar até o domicílio em que a parturiente estava em trabalho de parto e o quanto isso não era um obstáculo que impedisse o atendimento é bastante expressiva na fala de quase todas as parteiras. A maioria atuou entre as décadas de 1930-1940 a 1980-1990, passando por períodos em que os veículos automotivos eram novidade e pouco acessíveis à maior parte das pessoas. Muitos eram os meios utilizados: cavalo, carroça, charrete, bicicleta, carro. Uma delas, parteira formada, chegou a comprar uma charrete e teve que aprender a dirigi-la, passando depois para “um carrinho”, que também teve que aprender a guiar, tudo em nome da atenção à mulher. Sobretudo, está presente a relação de amor e gratidão pelo ofício, tendo formação ou não, remunerada ou não. Recebem visitas de crianças que ajudaram a nascer, de mulheres que atenderam nos partos, têm orgulho do que são essas crianças hoje em dia: médicos, prefeitos, deputados.

A questão de gênero e a horizontalidade de saberes se entrelaçam na exposição. No painel que abre os itens expositivos sobre as médicas, há uma apresentação da história da inserção das mulheres na medicina, na Europa e no Brasil, dando destaque a quatro personalidades, que foram as primeiras mulheres a se formarem em medicina no Brasil: Rita Lobato Velho Lopes, na Bahia, em 1887; Ermelinda Lopes de Vasconcelos, em 1888, e Antonieta César Dias, em 1889, ambas no Rio de Janeiro; além de Alice Mäeffer, que foi a primeira mulher gaúcha a se formar em medicina em seu próprio estado, na então recém-inaugurada Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1904.

Alguns historiadores têm se debruçado sobre o processo de inserção das primeiras mulheres brasileiras na medicina. A primeira brasileira a se formar médica foi Maria Augusto Generoso Estrela, diplomada em 1881 pelo New York Medical College and Hospital for Women, nos EUA (Rago, 2000). A historiografia de June Hahner aponta Maria Augusto Generoso Estrela como uma feminista brasileira que exerceu forte influência nos debates travados pela intelectualidade brasileira do século XIX, quando ainda era estudante, e que levaram dom Pedro II a assinar as mudanças desse cenário na Reforma Leôncio de Carvalho, decreto n.7.247, abrindo as portas do ensino superior às mulheres no Brasil, em 19 de abril de 1879 (Rago, 2000).

As três primeiras médicas a se formarem em faculdades brasileiras após 1879 são gaúchas e, por esse motivo, mencionadas na exposição “Mulheres e práticas de saúde”. Rita Lobato, que tem um item expositivo dedicado a ela, é considerada a primeira médica diplomada no Brasil e a mais estudada até hoje. Tendo iniciado seus estudos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, posteriormente se mudou com a família para Salvador, Bahia, formando-se pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1887. Na ocasião de sua formatura, os Correios do Brasil lançaram um selo em sua homenagem (Figura 8), objeto que faz parte do arquivo pessoal da médica no acervo do Muhm.

Antonieta César Dias, formada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1889, recebeu reportagem de capa do *Jornal Rua do Ouvidor*, em 1901. Apesar de não fazer parte da exposição “Mulheres e práticas de saúde”, o exemplar que pertenceu à médica foi doado pela família e encontra-se no acervo do Muhm (Figura 9).



Figura 8: Selo do Correio do Brasil em homenagem a Rita Lobato, lançado em 1887 (Fonte: Arquivo pessoal Rita Lobato, Muhm)



Figura 9: Reportagem de capa do *Jornal Rua do Ouvidor*, de 17 de agosto de 1901, em homenagem a Antonieta César Dias (Fonte: Arquivo pessoal de Antonieta César Dias, Muhm)

O texto que abre a seção das médicas comunica as dificuldades que enfrentaram as mulheres para serem admitidas nos estudos de nível superior, tanto no continente europeu quanto no Brasil. O texto da exposição aborda as leis e decretos necessários para a mudança de tal cenário político de igualdade de direitos à educação para as mulheres.

De acordo com algumas historiografias, mesmo após a abertura do ensino superior em medicina para as mulheres, o preconceito dentro das faculdades e a resistência na sociedade eram muito grandes, de forma que há relatos de vida de algumas dessas médicas sobre a

hostilidade que enfrentavam (Rago, 2000). No texto do painel das primeiras médicas na exposição também são destacadas as dificuldades de se manterem na profissão e as pressões que sofriam por serem mulheres em um campo dominado pelos homens. Além disso, a partir dessas quatro biografias homenageadas,⁹ fica evidente a escolha das especialidades da obstetrícia e da pediatria,¹⁰ mostrando a forte relação com a tradição cultural, na qual as mulheres predominavam exatamente nesses campos: a saúde da mulher e a atenção ao parto e nascimento.¹¹

Em relação às médicas entrevistadas, como vimos, a maioria delas se especializou nas áreas relacionadas à saúde da mulher ou da criança. Também na trajetória dessas médicas, o orgulho pela inserção em um curso predominantemente composto por homens se revela no discurso. A escassez de mulheres nos cursos de medicina ainda em suas épocas (a maioria se formou nos anos 1960) está presente em alguns relatos. Uma das médicas, a doutora Themis Reverbel da Silveira, chega a afirmar: “Atualmente, quando entro em sala de aula, até me dá uma certa emoção quando eu vejo que mais de 50% dos alunos são meninas... Na nossa época, eram cinco ou seis” (Muhm, s.d.).

Como afirma Rago (2000, p.224):

A medicina ocidental representa um fenômeno histórico produzido e reproduzido ao longo de sua história, enquanto campo dominado por homens e *locus* privilegiado das contradições de gênero. Na verdade, a hegemonia masculina, em qualquer campo profissional considerado, produz uma hierarquia de poderes e de saberes dominantes. Portanto, não se pode falar em neutralidade no que diz respeito ao movimento histórico de inserção das mulheres no campo da medicina. É preciso lembrar também que as relações de poder que se estabelecem no campo médico estão vinculadas às outras dimensões que estruturam a realidade social, ou seja, a classe, o gênero e as etnias.

Nesse sentido, o vestido de Rita Lobato (Figura 10) como objeto museológico chama atenção porque, apesar de poder recair em certa fetichização (Meneses, 1994) por remeter à figura de Rita Lobato, a um cenário de seus estudos representado pela mesa de trabalho, ao modo como ela se vestia, pode assumir também outra função: materializar a presença da mulher na medicina. Em meio a retratos de mulheres contemporâneas na medicina, o vestido aciona visualmente outro período, no qual a mulher demorou a estar presente dentro de uma faculdade de medicina. Sua aparição causa um impacto visual que parece funcionar como um enunciado que corporifica o feminino na ciência e os atributos associados a essa presença: pioneirismo, coragem, institucionalidade, conquista, reconhecimento, início de uma história das mulheres nesse campo.

Na exposição, entre os objetos históricos, um deles merece destaque: o *phantom* (Figura 11). Trata-se de um modelo do útero e pelve feminina confeccionado em couro, madeira e metal, que incluía um modelo de bebê, feito de tecido, com a cabeça de madeira, membros articulados, e uma corda na região do ventre para representar o cordão umbilical, funcionando como um simulador obstétrico em cursos de partos. O objeto pertenceu ao médico austríaco Gabriel Schlatter, que veio ao Brasil no final do século XIX, estabelecendo-se no interior do Rio Grande do Sul. No interior desse estado, até os anos 1930, poucos eram os médicos formados, e as práticas de cura populares existiam livremente (Gertz, 2013). Isso instigou a vinda de muitos profissionais – formados ou não – de outros países, como



Figura 10: Item expositivo sobre a médica Rita Lobato (Fonte: Muhm, s.d.)



Figura 11: *Phantom* (Fonte: Muhm, s.d.)



Figura 12: Gabriel Schlatter em curso de partos, em 1909 (Fonte: Arquivo pessoal de Gabriel Schlatter, Muhm)

Alemanha, Áustria e Itália, entre eles o médico naturalista Gabriel Schlatter. Preocupado com o problema da febre puerperal, o doutor Schlatter construiu seu próprio *phantom* para ministrar aulas no primeiro curso de partos do interior do estado, criado por ele no início do século XX (Segabinazzi, 2016). Na exposição, fotografias do arquivo pessoal doado pela família do médico mostram o Schlatter com turmas de alunas (Figura 12).

Por meio desses e de outros relatos de parteiras e médicas, identificamos enunciados que materializam a história da atenção ao parto: o conflito feminino *versus* masculino na cena do parto após a entrada dos médicos homens; as disputas de poder entre médicos e parteiras, e entre mulheres médicas e parteiras; a substituição do parto domiciliar pelo parto hospitalar quando do início de seu atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps);¹² o *status* inferior das parteiras em relação ao conhecimento médico, presente sutilmente no discurso de uma das médicas entrevistadas; diferenças entre a parteira formada e a parteira curiosa quanto a presença ou ausência de crenças e superstições na atuação prática; e a captura das parteiras, geralmente formadas, pelos hospitais para atuarem ao lado dos médicos, sendo que a elas sempre se confiava a maior parte dos partos sem risco, evidenciando diferenças entre os papéis feminino e masculino na “espera” pelo parto.

O que é possível perceber em “Mulheres e práticas de saúde”, como um todo, a partir dos relatos das médicas, parteiras e benzedadeiras, é o universo comum a todas: (1) as dificuldades em realizar seus ofícios, apenas por ser mulher; a dificuldade de inserção nos estudos e na carreira para as médicas tem uma mesma raiz das dificuldades encontradas, por exemplo,

pela parteira que teve que parar seu ofício a pedido do marido; ter que terminar a graduação em medicina já sendo mãe, ter que se deslocar de carroça ou a cavalo no meio da madrugada, deixando os filhos. São desafios na conciliação entre família e ofício, na realização do papel que a moral social impunha às mulheres, como personagens do lar, do ambiente doméstico, dos filhos, do marido; assim como (2) a importância que tiveram em seus trabalhos, na esfera de cada uma delas, é de notória significância. Destacaram-se em suas habilidades técnico-científicas, no caso das médicas; nos partos difíceis que as parteiras tiveram que enfrentar com poucos recursos; tornaram-se pessoas de confiança da comunidade.

Nesse sentido, o discurso da exposição no tratamento do tema não pressupõe privilégio de um saber sobre outro. As frases que foram escolhidas como destaque nos painéis foram pensadas a partir da perspectiva do significado da profissão, que é justamente o que intersecciona esses três ofícios, e não o que os diferencia. O tratamento horizontal que foi dado, conferindo visibilidade ao que há de comum, e não a uma hierarquia do saber científico sobre os demais, coloca tanto as práticas médicas quanto a prática de parteiras em seu lugar de práticas culturais.

Considerações finais

Apesar de a exposição não abordar especificamente o tema da medicalização do parto, “Mulheres e práticas de saúde” retrata a vida e o ofício de parteiras e médicas na atuação obstétrica. Sendo as parteiras mulheres a quem se recorre menos hoje em dia, especialmente nos grandes centros urbanos, e seus saberes ameaçados de esquecimento, é grande a importância da comunicação desse tema. Nesse sentido, há um efeito muito positivo provocado por essa exposição, ao trazer à tona a preservação de um patrimônio imaterial brasileiro, que é o saber das mulheres parteiras e benzedoras no cuidado com a saúde pelos conhecimentos populares, contribuindo, assim, para o seu não esquecimento na cultura brasileira, além de atentar para a questão de gênero sobre a inserção das mulheres nas ciências médicas.

Há, sem dúvida, diferenças entre as parteiras e médicas quanto ao desenrolar de sua trajetória de exclusão na história da medicalização do parto. As parteiras não foram excluídas do ensino de medicina por pertencerem a classes sociais distintas e tendo em vista que o ensino médico se concentrava nas elites, mas foram sendo marginalizadas e reféns de proibições em seu ofício da assistência ao parto. Ao mesmo tempo que é justo supor que a inserção da mulher na carreira médica também contribuiu para a diminuição de parteiras no início do século XX, visto a preferência de mulheres por outras mulheres ser concretizada pela presença médica feminina, é possível estabelecer uma relação política no que diz respeito às desigualdades de gênero e da resistência das mulheres nessas duas categorias distintas que, de certa forma, as aproxima e que parece ser a tentativa da exposição “Mulheres e práticas de saúde” ao apresentar benzedoras, parteiras e médicas como protagonistas no campo da saúde.

A perspectiva de gênero rejeita o caráter determinante das oposições binárias como masculino *versus* feminino, natureza *versus* cultura, razão *versus* emoção, por serem construções culturais. Evidenciar as relações de poder que estão no cerne da constituição

das ciências ao longo da história constitui um primeiro passo para que se trabalhe com as questões contemporâneas que ainda estão envoltas pelas desigualdades de gênero, e não a partir de sua negação ou de um discurso ilusório de superação. Nesse sentido, o museu como instituição a serviço da cidadania pode ser um dispositivo para trazer à tona as controvérsias que circundam os temas sociais e históricos das ciências para ampliação e visibilidade de debates presentes no campo científico, mostrando que ele não é homogêneo.

Reconhecemos, portanto, que a homenagem do Muhm às mulheres por meio de suas trajetórias de vida é, sem dúvida, uma iniciativa de grande relevância não apenas no campo da história das práticas de saúde, mas também da museologia e do campo específico dos museus de história da medicina, dada a necessidade de ampliação da discussão sobre a história da medicalização do parto. Trazer a história das práticas de parteiras e benzedeiras, que fazem parte da cultura popular brasileira, assim como a trajetória das médicas, a partir de sua inserção recente no campo científico, insere a exposição naquilo que Meneses (1994) aponta como o “laboratório da história”, e não em um “teatro da memória”, como ocorrem em muitos museus históricos de medicina, alicerçados no colecionismo como prática discursiva de enaltecimento e perpetuação da autoridade científica da medicina em nossa sociedade.

Este artigo teve como pressuposto político a necessidade de ampliação da abordagem entre gênero e história da medicalização do parto. Esperamos que essas questões possam contribuir para a discussão sobre a potencialidade da comunicação desse tema em exposições, tendo em vista o papel sociocultural dos museus para a sociedade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipe do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, estagiários, arquivistas, e, especialmente, a Éverton Reis Quevedo e Angela Pomatti, pela recepção e disponibilidade em nos oferecer toda a estrutura necessária para a realização da pesquisa.

NOTAS

¹ Em 1876, no Rio de Janeiro, passou a ser obrigatório, tanto nas casas já estabelecidas quanto nas novas, que a direção fosse de um médico, a quem as parteiras ficariam submetidas (Mott, 2002). Em São Paulo, em 1908, as parteiras foram proibidas de atuar em suas casas ou em qualquer lugar semelhante a enfermaria ou maternidade. Em nível federal, um decreto baixado pelo governo provisório de Getúlio Vargas, em 1932, especifica as atividades das parteiras e o seu campo de atuação (Brasil, 1932).

² A Maternidade de São Paulo, criada em 1894, é outro exemplo de criação sob o argumento do atendimento às mulheres de baixa renda (Mott, 2002).

³ Entre os anos de 1898 e 1915, surgiram faculdades em Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Pará e Pernambuco.

⁴ Em 1925, em São Paulo, para uma população de 650 mil habitantes, havia sessenta leitos para indigentes; entre 1935 e 1936, o censo hospitalar identificou que havia na capital 323 leitos para 29.859 nascimentos; e, no interior, 387 leitos para 183.350 nascimentos.

⁵ Maria Rennotte, de origem belga, que em 1878 se mudou para o Brasil, foi uma das primeiras médicas a exercer a profissão na cidade de São Paulo. Para melhor conhecimento sobre sua biografia, ver pesquisa realizada por Maria Lúcia Mott (2005).

⁶ Dados sobre partos realizados pelos Centros de Saúde do Rio de Janeiro, entre 1936 e 1938, muitos em domicílio, mostram que dos 8.316 partos totais, 7.037 foram realizados por parteiras e apenas 1.271 por médicos (Mott, 2002).

⁷ Tanto o vídeo-documentário *Vida* quanto os arquivos de áudio das entrevistas realizadas com as médicas podem ser acessados na página virtual da exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” (Muhm, s.d.).

⁸ A réplica do vestido de Rita Lobato foi feita por estudantes dos cursos de *design* em moda e tecnologia, e especialização em moda, arte e história, da Universidade Feevale, de Novo Hamburgo (RS).

⁹ Rita Lobato Velho Lopes defendeu uma tese intitulada *Paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana* (1887); a de Ermelinda Lopes de Vasconcelos chamou-se *Formas clínicas das meningites na criança: diagnóstico diferencial* (1888); e a tese de Antonieta César Dias teve como título *Hemorragia puerperal* (1889).

¹⁰ Margareth Rossiter (1982) nos mostra, a respeito do cenário científico norte-americano, que uma segregação hierárquica e territorial desenvolveu-se no campo científico do final do século XIX, mas principalmente no início do XX, quando a presença das mulheres começou a ser assimilada pela ciência (e, portanto, pelos homens) apenas em certos redutos, os quais, na medicina, foram a ginecologia, a obstetrícia e a pediatria.

¹¹ Essa premissa era, inclusive, utilizada por mulheres que queriam frequentar os cursos de medicina no final do século XIX, e que levantavam como bandeira para a militância o fato de que esses campos eram mais adequados às mulheres do que aos homens pelos padrões tradicionais dos cuidados do corpo da mulher e da criança serem encargos femininos (Soihet, 1989).

¹² O instituto, criado em 1974, fazia o atendimento médico a trabalhadores assalariados até a criação, em 1986, do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ABREU, Isa Paula Hamouche.

Trabalhando com parteiras tradicionais: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005.

AMARAL, Marivaldo C. do.

Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.15, n.4, p.927-944. 2008.

ARNEY, William R.

Power and the profession of obstetrics. Chicago: The University of Chicago Press. 1982.

BRASIL.

Decreto n.20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Presidência da República, Casa Civil, 1932. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d20931.htm>. Acesso em: 28 set. 2017. 1932.

BRENES, Anayansi C.

História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v.7, n.2, p.135-149. 1991.

CURY, Marília X.

Comunicação e pesquisa de recepção: uma perspectiva teórico-metodológica para os

museus. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12, supl., p.365-380. 2005.

DANTES, Maria Amélia; FIGUEIRÔA, Sílvia; LOPES, Maria Margaret.

Sciences in Brazil: an overview from 1870-1920. In: Krause, Décio; Videira, Antonio. (Ed.). *Brazilian studies in philosophy and history of science*. Boston: Springer. p.95-106 (Boston Studies in the Philosophy of Science, n.290). 2011.

EDLER, Flavio.

As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro, 1854-1884. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1992.

FOUCAULT, Michel.

História da sexualidade, I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal. 2003a.

FOUCAULT, Michel.

Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal. 2003b.

FOUCAULT, Michel.

A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2002.

FOUCAULT, Michel.

A ordem do discurso. São Paulo: Loyola. 2001.

GERTZ, René E.

Médicos alemães no Rio Grande do Sul, na primeira metade do século XX: integração e conflito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.20, p.141-157. 2013.

GUIMARÃES, Claudiane A.; LIPP, Marilda E.N. Os possíveis porquês do cuidar. *Revista SBPH*, v.15, n.1, p.249-263. 2012.

JORDANOVA, Ludmilla. *Nature displayed: gender, science and medicine 1760-1820*. New York: Longman. 1999.

MENESES, Ulpiano T.B. de. Do teatro da memória ao laboratório da história: a exposição museológica e o conhecimento histórico. *Anais Museu Paulista*, v.2, n.1, p.9-42. 1994.

MENESES, Ulpiano T.B. de. A problemática da identidade cultural nos museus: de objetivo (de ação) a objeto (de conhecimento). *Anais Museu Paulista*, v.1, n.1, p.207-222. 1993.

MOTT, Maria Lúcia. Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. *Cadernos Pagu*, n.24, p.41-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332005000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 maio 2015. 2005.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital, 1830-1960. *Projeto História*, v.25, p.197-219. 2002.

MOTT, Maria Lúcia. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa*, n.108, p.133-160. 1999.

MUHM. Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. Exposições. *Mulheres e práticas de saúde*. Disponível em: <<http://www.muhm.org.br/index.php?formulario=mulheres&metodo=4&id=0&submenu=2>>. Acesso em: 4 set. 2018. s.d.

NUNES, Isa Maria; MOURA, Maria Aparecida V. A atenção ao parto como espaço de poder. *Acta Paulista Enfermagem*, v.17, n.3, p.340-346. 2004.

OSAWA, Ruth H.; RIESCO, Maria Luiza G.; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.59, n.5, p.699-702. 2006.

PIMENTEL, Camila et al. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *Realis: Revista de Estudos Antiutilitaristas e Pós-coloniais*, v.4, p.166-185. 2014.

RAGO, Elisabeth Juliska. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. *Cadernos Pagu*, v.15, p.199-225. 2000.

RESTA, Darielli G.; BUDÓ, Maria de Lourdes D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Scientiarum: Health Sciences*, v.26, n.1, p.53-60. 2004.

RIESCO, Maria Luiza G. et al. Do orgulho à resignação: educação e atuação profissional de obstetritz formadas pela Universidade de São Paulo. *Cadernos de História da Ciência*, v.7, n.2, p.9-24. 2011.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.

ROSSITER, Margaret. *Women scientists in America: struggles and strategies to 1940*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1982.

SEGABINAZZI, Jandra C. *Olhares, gestos, sentimentos e muita prática: o ofício das parteiras no vale do Taquari no século XX*. Monografia (Graduação em História) – Centro Universitário Univates, Lajeado. 2016.

SOIHET, Rachel. *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana, 1890-1929*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1989.

SCHIENBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: Edusc. 2001.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista Estudos Feministas*, ano 10, v.2, p.415-427. 2002.

