

UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE APROPRIAÇÃO DO SABER FAZER DAS PARTEIRAS PELA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL DO SÉCULO XIX¹

A BRIEF REFLECTION ON THE PROCESS OF APPROPRIATION OF MIDWIVES' KNOW-KNOW BY WOMEN'S MEDICINE IN THE 19th CENTURY BRAZIL

*Juliana Fonseca da Silva Linhares Bueno*²

Resumo: O presente artigo pretende discutir sobre o processo de apropriação do saber fazer das parteiras pela medicina da mulher no Brasil do século XIX. O mesmo foi construído a partir de levantamento bibliográfico e da análise de fontes históricas: a tese do Dr. Paula Costa defendida em 1841 e alguns artigos de Mme. Durocher publicados nos Anais Brasiliense de Medicina nos anos de 1870/1871. Ele objetiva refletir sobre as questões de gênero existentes neste período transitório. A base teórica consiste na Teorias de Gênero e História das Mulheres, categorias de análise utilizadas nas pesquisas que visam a transformar paradigmas tradicionais em novos temas, buscando, através de uma releitura da história dominante, ouvir a voz das minorias esquecidas pela história vigente.

Palavras-chave: Gênero; História; História das Mulheres; Parteiras; Medicina da mulher.

¹ Informa-se que o presente artigo contém partes da dissertação de mestrado de autoria homônima, intitulada “*O Saber Tradicional e o Saber Legitimado: A Apropriação do Saber-Fazer das Parteiras pela Medicina da Mulher no Brasil do Século XIX*”.

² Graduada em História pela Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR - Paranaguá), mestra em Ciência, Tecnologia e Sociedade pelo IFPR/Paranaguá e doutoranda em Tecnologia e Sociedade pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Email para contato: linhares.juliana@yahoo.com.br. Endereço para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0231222370585873>.

Abstract: This article aims to discuss the process of the appropriation of the know-how of midwives by women's medicine in Brazil during the nineteenth century. The paper was built from a bibliographical survey and the analysis of historical sources: the thesis by Dr. Paula Costa defended in 1841 and some articles by Mme Durocher published in the *Anais Brasiliense de Medicina* in the years 1870/1871. It aims to reflect on the gender issues that exist in this transitional period. The theoretical basis consists of the Theories of Gender and Women's History, categories of analysis used in research aimed at transforming traditional paradigms into new themes, seeking, through a reinterpretation of dominant history, to hear the voice of minorities forgotten by current history.

Keywords: Gender; History; History of Women; Midwives; Women's medicine.

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, não p.), 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 (1891) 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 toque

Elizabeth Meloni (1999: 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 a má formação dos profissionais, já que 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 cientifização 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 de professores e de estrutura física até a falta de consenso nos procedimentos adotados. Fabíola Rohden observa que 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” (2006: 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

aplar 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 a lei da liberdade profissional (WEBER, 2004: 159).

Fabíola Rohden esclarece sobre como as “dificuldades morais” em aceitar a participação de “um homem estranho, mesmo coberto pelos propósitos da medicina, na intimidade de uma mulher” era um tema controverso (2002: 112). Ana Paula Martins (2005: 656; 2000: 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.

Ao decorrer do tempo, a figura do médico foi reconhecida, sua autoridade passou a ser aceita pelas mulheres e seus maridos. Jurandir Freire Costa (1979) enfatiza que o processo de inserção do médico na esfera particular da família tradicional brasileira ocorreu a partir da normatização da ordem médica, onde os indivíduos passaram a ser regulados pelos valores da classe burguesa. A pedagozição da família ocorreu a através dos mecanismos de disciplina do discurso higienistas que objetivava, juntamente ao Estado, criar uma população brasileira politicamente nacionalista e liberal.

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: 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: 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, afinal, o número de nascimentos era maior que o número de profissionais disponíveis (MOTT, 2002). Ana Paula Vosne Martins (2000: 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. Roy Porter salienta que as primeiras casas de partos dirigidas por médicos possuíam uma taxa de mortalidade muito superior às casas de parto

dirigidas pelas parteiras. Isso acontecia pois “as equipes médicas e os alunos saíam diretamente dos exames *post-mortem* para as salas de parto, com isso disseminando as infecções” (PORTER, 2004: 154).

A obstetrícia não era um campo de prestígio, por isso foi atribuído às parteiras (ROHDEN, 2006). Maria Lúcia Barros Mott (1999, não p.) 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: 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.

Sidney Chalhoub (2017) salienta que o processo de estabelecimento da medicina acadêmica estava intrinsecamente ligado às disputas de poder entre pares, tanto sobre questões teóricas quanto sobre questões técnicas referentes ao exercício da profissão e das práticas populares. As ideias higienistas buscavam desqualificar os saberes populares a partir da perseguição aos curandeiros, entretanto os doentes preferiam o auxílio dos

curandeiros em detrimento do atendimento médico desumanizado, onde os médicos tratavam os pacientes como animais.

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: 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, não p.). 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: 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 criminalização 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 essa constantemente discutida e sinalizada pelas pesquisadoras de gênero (BARROS MOTT, 1999).

A representação caricatural da parteira associada a histórias de horror, vinculadas à literatura médica e aos 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” (CORDEIRO, 2005: 69-70). Cabe esclarecer que a ciência médica do século XIX não possuía os meios científicos necessários para se sobrepujar 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.

Barros Mott (1999, não p.) salienta que o preconceito contra as parteiras, também estava relacionado à “origem étnico-racial” (BARROS MOTT, 1999). Del Priori 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” (2002: 205, 207).

Margareth Rago (2008) observa que a incorporação do imaginário do corpo feminino na produção do conhecimento científico, ocorreu a partir do olhar masculino. Assim sendo, o conceito de mulher no Brasil oitocentista, estava atrelado ao discurso romântico, representado pela mulher de sexo frágil, recatada, fragilizada e destinada para a maternidade. Mary Del Priore sinaliza que o culto pela mulher frágil é um culto narcisista ao homem patriarcal, “nele o homem aprecia a fragilidade feminina para sentir-se, mais forte, mais dominador” e as mulheres que não se encaixavam nesses atributos eram tidas como antinaturais (DEL PRIORE, 2011: não p.).

Ademais, Fabíola Rohden (2002) esclarece que no século XIX, a representação social da mulher estava atrelada à 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: 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.

Para Foucault (*apud* BORDO, 1996: 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: 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: 311; 2017: 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: 113).

Deste modo, com o 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: 368).

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: 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: 662)

Ademais, tornou-se responsável pela patologização do parto e seu deslocamento da esfera particular para a esfera pública. Transformando 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: 662).

Na esfera domiciliar, o parto era compreendido como um evento individual, mas também coletivo. Como esclarece Mary Del Priore, “a atenção da parturiente com que ocorria com seu corpo reverberava numa participação comunitária cuja a carga era (...) coletiva” (2009: 218-224), 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: 412) observa que as posições adotadas durante o parto eram técnicas que poderiam 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 PRIORE, 2009: 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 essencialista³ que justificava o papel social atribuído para a mulher. Renilda Barreto observa que a “racionalidade científica oitocentista” passa “a formar um modelo específico para a vida e a morte do corpo” criando “uma nova ordem das representações” e o “conhecimento do corpo mulher” foi utilizado como instrumento de “normatização da alma” feminina, “condenando todo e

³ “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: 363).

qualquer hábito (...) que impossibilitasse” o não cumprimento do papel social estabelecido (BARRETO, 2001: 132-143). Esse papel de normatização do corpo feminino foi atribuído à 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 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” (2017: 176-177). 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 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 (2005: 70).

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 higienistas, responsáveis 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, religiosas, místicas 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, em que 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 relembrar que o processo de apropriação do ofício não ocorreu de forma unânime 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 mulheres⁴. 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.

⁴ 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/>

Charlatanismo⁵ e o movimento de desqualificação do saber-fazer das parteiras e a legitimação da Medicina da Mulher

O processo de estabelecimento da medicina no Brasil ocorreu significativamente após 1832 com a inauguração das Faculdades de medicina nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador. Gabriela dos Reis Sampaio observa que em primeiro momento ocorreu a “profissionalização da atividade, que, no seu início era bastante rudimentar” (2005: 144-147), 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. Roy Porter (2002) observa que os conflitos existentes entre médicos e curandeiros perpassam a esfera do saber e se sobrepõem a partir das relações de poder. Silvia Federici (2017) enfatiza sobre as questões raciais e sexuais atribuídas nesse processo, pois o curandeirismo era baseado no intercâmbio de

⁵ Charlatanismo, termo utilizado para referir-se à prática de um charlatão, ou seja, à prestação de serviços ou à venda de produtos para a cura utilizados para ludibriar a população.

saberes e tradições mágicas africanas, indígenas e europeias.

De acordo com Noélia Alves de Sousa, 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” (2007: 39). 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 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: 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 o charlatanismo é a causa geral da mortalidade da população, das doenças crônicas que afetam o país (1841: 7). Era 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, pôrem 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: 8)⁶.

O Dr. Paula Costa 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” (1841: 10). 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 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” e provocavam diversos males à população (1841: 18). Sobre as parteiras o mesmo constatou:

⁶ As citações extraídas de fontes históricas aparecem no artigo com grafia original utilizada pelo autor.

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 lêr 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, os exercícos da difficil e laboriosa arte obstétrica!! Que esta desgraçadas persuadirão-se que teem a propriedade de adivinharem o sexo do feto, que criação 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 immanentemente 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 espirituosos 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 occasiões 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 chegão a levar laços e instrumentos ao útero, produzindo com taes manobras os mais escandalosos assassinatos (PAULA COSTA, 1841: 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. Para Maria Lúcia

Mott, a imagem negativa da parteira na literatura médica do século XIX é o reflexo do período de uma disputa acirrada pelo campo profissional (1992: 44).

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 observa que no Brasil a perseguição às parteiras estava baseada nas questões étnicas, “de classe e de gênero” (2007: 56).

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: 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, 2005: 654).

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, para Mme. Dourocher (1871) 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. A concepção de mulher como sendo mais fraca que os homens, estava relacionada à representação da mulher a partir do olhar do homem, construído pelo discurso médico do século XIX.

Para a medicina oitocentista, por questões biológicas a mulher era frágil, dependente, maternal. Carla Pinsky observa que ao longo da “história, as mulheres foram identificadas com o seu sexo, confundindo-se com ele, e a ele se reduziram”, sua sexualidade, biologia e secreções foram fundamentais para a construção da imagem da mulher (PINSKY, 2012: não p.).

As parteiras eram mais solidárias com os “indivíduos de seu sexo” o que poderia ser prejudicial ao ofício, pois elas 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 criatura 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 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 (1992: 50).

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: 50).

No texto da Mme. Ducrocher, “*Deve ou não haver parteiras?*”, se verifica 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, de acordo com Mme. Durocher, 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] quase 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: 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 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 (1999, não p.).

Essa perseguição ultrapassou a esfera do saber-fazer e legitimou as 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. Entretanto, cabe esclarecer que, no final do século XIX, começaram a existir médicas mulheres que se destacaram no exercício da profissão, dentre elas Francisca Pragner Froés que se formou na Faculdade de Medicina da Bahia em 1893 na área de Ginecologia e Obstetrícia e se dedicou a “defender o direito à saúde das mulheres infectadas por doenças sexualmente transmissíveis” (RAGO, 2008).

Reflexões finais

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.

Fontes Históricas

DUROCHER, Marie Josephine Mathilde. Deve ou não haver parteiras? In: *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.

PAULA COSTA, Francisco de. *Algumas reflexões sobre: o charlatanismo em medicina*. 26 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1841.

Referências

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

BARBOSA, Giselle Machado. Condições preliminares sobre as parteiras legalizadas pela Fisicatura-Mor a partir dos registros de confirmação de

licença (1808-1828). In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA: SABERES E PRÁTICAS CIENTÍFICAS, XVI, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPUH RJ, 2014.

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

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.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

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

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. São Paulo: Graal, 1979.

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

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

_____. *Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil*. São Paulo: Planeta, 2011.

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

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

_____. *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2016.

GIFFIN, Karen (Org.) *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

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 (Doutorado em História) - UNICAMP, Campinas, 2000.

_____. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, set./dez. 2005.

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

MOTT, Maria Lúcia Barros. 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.

_____. Curso de partos: Deve ou não haver parteiras? *Cadernos de pesquisa*, n. 108, p. 133-160, nov. 1999.

_____. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 7, n. 1\2, jan. 1999.

PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria (Org.). *Nova História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2012.

PORTER, Roy (Ed.). *Medicina: a história da cura*. Florianópolis: Livros e livros, 2002.

_____. *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

RAGO, Elizabeth Juliska. Francisca Prager Fróes: medicina, gênero e poder nas trajetórias de uma médica baiana (1872-1931). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 985-993, jun. 2008.

RAGO, Margareth. *Os prazeres da noite: prostituição e códigos de*

sexualidade feminina em São Paulo, 1890-1930. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

ROHDEN, Fabíola. Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. *Gênero*, Niterói, v. 6, n. 1, p. 213-224, jan./jun. 2006.

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

_____. Ginecologia, gênero e sexualidade a ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, jun. 2002.

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

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

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.

Recebido em: 24/02/2021

Aceito em: 17/08/2021