



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE HISTÓRIA

REGILANE DE JESUS DE ABREU SOUSA

SENHORAS DA LUZ: Conflitos e representações sobre as parteiras tradicionais em São Luís na virada do século XIX para o XX.

São Luís

2018

REGILANE DE JESUS DE ABREU SOUSA

SENHORAS DA LUZ: Conflitos e representações sobre as parteiras tradicionais em São Luís na virada do século XIX para o XX.

Monografia apresentada ao Curso de História da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do grau de Licenciado em História.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria da Glória Guimarães Correia.

São Luís

2018

Sousa, Regilane de Jesus de Abreu.

SENHORAS DA LUZ: Conflitos e representações sobre as parteiras tradicionais em São Luís na virada do século XIX para o XX./ Regilane de Jesus de Abreu Sousa – 2018.

77f.

Orientador: Prof^ª. Dra. Maria da Glória Guimarães Correia.

Monografia (Graduação) – Curso de História, Universidade Federal do Maranhão, 2018.

Corpo. 2. Mulheres. 3. Representação. 4. Parteiras tradicionais. 5. Médicos. I. CORREIA, Maria da Glória Guimarães. II. Título.

REGILANE DE JESUS DE ABREU SOUSA

SENHORAS DA LUZ: Conflitos e representações sobre as parteiras tradicionais em São Luís na virada do século XIX para o XX.

Monografia apresentada ao Curso de História da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do grau de Licenciado em História.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maria da Glória Guimarães Correia (orientadora).
UFMA

Prof^a. Dra. Marize Helena de Campos.
UFMA

Prof. Me. Manoel de Jesus Barros Martins.
UFMA

AGRADECIMENTOS

Poucas são as palavras que posso utilizar para demonstrar o tamanho da minha felicidade em realizar este sono. O longo caminho que percorri foi tortuoso, cansativo, muitos obstáculos foram empregados, mas nada eu teria conseguido sem ajuda de algumas pessoas, que ao longo desse processo, me deram força para prosseguir e a elas que eu quero agradecer.

Primeiramente, à Deus por ter sido o meu refúgio em momentos de angústia e cansaço, sem a sua permissão eu não havia chegado até aqui.

Não menos importante, quero agradecer a minha filha Eva, a luz dos meus dias. Mesmo antes do seu nascimento, e depois dele, me acompanhou pelos corredores da universidade esperando pacientemente pelo meu aconchego enquanto eu me dividia entre a tarefa de ser mãe e estudante. Sempre será minha fonte de força e coragem para conquistar os meus sonhos.

Aos meus pais, pelo amor incondicional que dedicam à mim e aos meus irmãos, que apesar das dificuldades sempre me mostraram que estudar é abrir as portas para o mundo. Agradeço também pelo afeto e cuidado com que cuidaram da minha filha nos momentos em que não pude estar presente. Ensinarão-me da melhor forma possível a importância de ser um pessoa ética e justa. Sem dúvidas foram a minha maior motivação para que eu chegasse até aqui, espero um dia retribuir todo apoio que me deram.

Agradeço ao meu esposo, que ao longo desses seis anos juntos, tem sido companheiro para todas as horas, inclusive pelos momentos em que ouviu com atenção as minhas aflições na construção deste trabalho.

Aos meus amigos Alessandra, Ana Beatriz, Ana Carolina, Bruna, Cláudio, Daiana, Everaldo, Mirama, Mychelle, Rafael, Ruanita e tantos outros que conquistei na UFMA que tornaram esse percurso mais fácil e divertido, em especial ao meu amigo Antoniano que dividiu comigo as angústias de construir um TCC, e ao meu querido amigo Luis, que ao longo desses quase cinco anos tem sido um amigo para todas as horas.

Manifesto Gratidão também, a minha querida orientadora Maria da Glória, pela qual me encantei desde o primeiro dia de aula da disciplina de História do Maranhão I, pela sua paixão e dedicação pelo que faz, que além de História, me ensinou sobre a vida, justiça e ética. Nenhuma palavra será suficiente para agradecer os dias em que me recebeu em sua casa com todo carinho e por tamanha dedicação que me acompanhou durante a construção deste trabalho, me proporcionando uma orientação segura para que eu alcançasse esse sonho. Muito obrigada!

Aos professores do Departamento de História pela disposição e atenção com que tratam seus alunos. Em especial as professoras Maria Izabel e Marize que foram minhas coordenadoras no PIBID, pela tamanha contribuição para a minha formação profissional.

Para construir esse trabalho, precisei chegar a histórias de parteiras tradicionais para perceber as permanências de suas práticas e dos conflitos. Para isso, deixo um agradecimento muito especial para a Dona Simone que me ajudou a encontrar histórias de mulheres tão fascinantes. Agradeço também, à Dona Célia, Dona Munda, Dona Luzia, por terem me recebido com tanta atenção e terem me emprestado as suas histórias de vida. Em especial a minha vó Ceição (in memoriam), minha inspiração para a construção desse trabalho, que com o seu cuidado e amor, me acompanhou desde o ventre de minha mãe.

*“O historiador nunca se evade do tempo da história:
o tempo adere ao seu pensamento como a terra à pá
do jardineiro”- Fernand Braudel.*

RESUMO

Este trabalho apresenta as tensões entre médicos e parteiras tradicionais na virada do século XIX para o XX na cidade de São Luís, que nesse contexto, a elite médica busca normalizar as práticas entendidas como inadequada à nova lógica do progresso e civilização que tentava-se instaurar. Para isso, este trabalho aborda como esses discursos foram direcionados para as parteiras tradicionais e as mulheres que compunham a sua clientela, buscando normalizar e controlar os seus comportamentos considerados desviantes, como o aborto e a sexualidade, tentando conciliar as vivências concretas dos sujeitos femininos e as idealizações. Ademais, verificou-se um processo de medicalização e dominação do parto, que por muitos séculos foi uma atividade tradicionalmente feminina, que por meio da ciência, passou a ser dominada por homens, que aliando-se ao Estado, expressou os seus conceitos e preconceitos desqualificando as parteiras tradicionais em prol da manutenção do seu poder e monopólio. Além disso, este trabalho mostra como se deu as tensões entre os médicos e as parteiras, considerando as notícias veiculadas pelos jornais de época e os relatos orais de parteiras tradicionais para perceber com mais clareza as nuances desse conflito, e também, as especificidades da atuação dessas mulheres que sofreram com as representações preconceituosas e estereotipadas.

Palavras-chave: Corpo. Mulheres. Representação. Parteiras tradicionais. Médicos.

ABSTRACT

This work presents the tensions between doctors and traditional midwives at the turn of the XIX century to the XX in the city of São Luís, which in the context, the elite seeks to normalize the practices understood as inadequate to the new logic of progress and civilization that was trying to establish. To this, this work addresses how these speeches were directed to traditional midwives and women who composed their clientele, seeking to normalize and control their behaviors considered deviant, such as abortion and sexuality, trying to reconcile the concrete experiences of the female subjects and the ideals. Furthermore, there was a process of medicalization e domination of childbirth, which for many centuries was traditionally feminine activity, which by means of science, became dominated by men, who allied themselves with the state, expressed their concepts and prejudices disqualifying traditional midwives for the sake of maintaining the power. Moreover, this work shows how the tensions between the doctors and the traditional midwives were given, considering the news broadcasts of the period newspapers and the oral reports of traditional midwives to perceive more clearly the nuances of this conflict, and also, to specificities of the actions of these women who have suffered from the prejudiced and stereotyped representations.

Keywords: Body. Representation. Women. Traditional midwives. Doctors.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Grade curricular do Curso de Enfermagem e Partos do Instituto de Assistência à Infância.	40
--	----

SUMÁRIO

LISTA DE QUADRO.....	10
INTRODUÇÃO	11
1. AS REPRESENTAÇÕES SOBRE O CORPO FEMININO: a ordem antes do progresso.	14
2. DO CENTRO À MARGEM: do parto tradicional ao parto medicalizado.	32
1.1 O INGRESSO E O DOMÍNIO DOS HOMENS NO PARTO NORMAL.....	41
3. A MARGINALIZAÇÃO DE UMA ARTE PELA CIÊNCIA: Tensões entre médicos e parteiras tradicionais.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
FONTES UTILIZADAS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	76

INTRODUÇÃO

Quando escrevemos alguma interpretação sobre os fatos que ocorreram na história, quase sempre surge o questionamento sobre o papel social do historiador e como a construção do conhecimento contribuirá para a sociedade, pois temos o homem como objeto central da reflexão. Quando Marc Bloch diz em *Apologia da História* que “o historiador tem responsabilidades e deve prestar contas” (BLOCH, 2001:17), nesse sentido, pensamos que a História tem como principal finalidade, pensar de forma crítica a condição e a qualidade da vida humana, e por isso não deve se restringir aos muros da universidade, o que acaba sendo o um dos seus principais problemas.

Com as novas correntes teóricas e metodológicas influenciadas pelos *Annales*, os historiadores puderam melhorar suas reflexões e mostrar as especificidades da história do Brasil e do seu povo, um povo agente, até então, marginalizados ou esquecidos. A partir disso, que me propôs a estudar as parteiras tradicionais e as consequências do exercício dessa prática no contexto da medicalização do parto. Mulheres que apesar das limitações do seu tempo agiram muito diferentes do que idealizaram para delas.

Diante disso, ao considerar a História enquanto ciência que se revela através de inquietações do presente percebemos que atualmente apesar da crescente valorização do parto humanizado, as parteiras tradicionais vêm sendo ameaçadas dentro da lógica moderna do progresso e da civilização que ainda as enxergam com maus olhos em consequência da idéia de supremacia do saber científico sobre o saber popular. Assim, tentaremos mostrar os motivos que levaram as parteiras tradicionais, que eram autoridades absolutas sobre partos, a terem a sua arte desvalorizada.

Ao longo do percurso de minha vida ao vivenciar a atuação dessas mulheres, sobretudo após a minha experiência com a maternidade, tenho percebido a importância da atuação das parteiras tradicionais em locais onde a saúde pública, devido a sua precariedade, ainda tem dificuldades de alcançar todas as mulheres de forma igualitária e humanizada. O que torna a atuação das parteiras tradicionais a única opção, ou a preferência, em meio às deficiências da assistência pública de saúde e a falta de sensibilidade por parte dos profissionais no trabalho de parto.

Nesse sentido, este trabalho para a historiografia é muito importante, pois pouquíssimas pesquisas abordam essa temática em São Luís, o que de certa forma, tem contribuído para o esquecimento da história das pessoas comuns que compartilham e vivenciam as memórias de uma prática tão presente em nossa cultura.

A história de São Luís na virada do século XIX para o XX, assim como boa parte das cidades do mundo ocidental, estavam inseridas num projeto político de urbanização e modernização em busca da civilização. A elite médica não media esforços para afastar os costumes que estavam relacionados ao “atraso” adotando uma nova conduta social, pois só a partir da superação dos maus costumes que a sociedade poderia alcançar o progresso e a modernidade tentando se aproximar aos moldes europeus. Assim, apesar de nesse contexto a medicalização do parto ter se tornado presente na cidade por meio da Maternidade Benedito Leite, instituição ligada ao Instituto de Assistência a Infância, a assistência médica ainda era escassa em vista o numero de parturientes, que diante das mudanças visíveis deste contexto, via os métodos da medicina e o médico com desconfiança.

Diante disso surgiu a inquietação de entender quais fatores levaram o discurso médico-higienista a condenar e negativar a prática das parteiras tradicionais, tendo em vista que a clientela dessas mulheres eram diferentes das que podiam pagar pela atenção médica, fator que contribuiu para que as parturientes das camadas menos favorecidas recorressem as parteiras tradicionais que ao longo de muitos séculos foram responsáveis pelos partos.

Dessa maneira, no primeiro momento do desenvolvimento deste trabalho, analisaremos esse período levando consideração a condição da mulher e a construção de um ideal de comportamento feminino, dando enfoque para a mulher pobre, que estava inserida numa lógica bem diferente da mulher abastada. E ainda mostrando como a influência do discurso médico higienista e medidas de reeducação da família influenciaram o comportamento moral, principalmente a sexualidade e a maternidade, assuntos que as parteiras se ocupavam.

Após essa análise, trataremos das principais características do ofício das parteiras tradicionais, e de como o parto, que durante muitos e muitos séculos foi de responsabilidade das mulheres, passou a ser controlado, medicalizado e dominado pelos homens, na medida em que a Igreja e o Estado perceberam a necessidade de vigiar as práticas das parteiras e de firmar a medicina enquanto a única forma de conhecimento que proporciona a cura e o bem estar das pessoas.

A partir disso, mostraremos que motivos levaram os médicos a entrarem em conflito com as parteiras tradicionais condenando e representando de forma estereotipada a imagem dessas mulheres com atuação tão antiga quanto a própria humanidade, e que agiram sem nenhuma neutralidade através de práticas culturais e representações simbólicas em torno da gravidez, do parto e da criação dos filhos, atitudes baseadas na resistência e solidariedade.

Partindo dessas questões apresentadas, tentaremos respondê-las para poder enxergar com mais clareza como se deu os conflitos entre médicos e parteiras no contexto da

medicalização do parto e transformações sociais, políticos e culturais que permeiam o corpo feminino, sexualidade e maternidade na virada do século XIX para o XX em São Luís.

Para elaborar esse trabalho, foram utilizados documentos oficiais como o relatório do Instituto de Assistência a Infância, tese da faculdade de medicina sobre questões feminina e ainda jornais de circulação na cidade de São Luís como Pacotilha, Diário de São Luiz, Diário do Maranhão, O Imparcial e O Combate entre os anos de 1880 e 1935. Além disso, colhemos depoimentos orais de duas parteiras tradicionais e uma filha de uma parteira já falecida para melhor entender as práticas e os motivos que levaram a construção de representações estereotipadas e preconceituosas.

1. AS REPRESENTAÇÕES SOBRE O CORPO FEMININO: a ordem antes do progresso.

A cultura, e, por consequência, as representações formuladas a partir de seus ideais, normas e valores, enfim, de suas concepções éticas e estéticas, tem sido fundamental para compreender as relações sociais, pois ela funciona como uma lente, por onde as pessoas revelam o seu olhar e suas visões de mundo. Nesse sentido, enquanto construções culturais historicamente desenvolvidas, podemos observar que o pensar e o sentir femininos e masculinos são diferentes, isto por que a despeito de comporem a mesma sociedade e compartilharem da mesma cultura, ao homem e à mulher foram atribuídos papéis sociais naturalizados com base na diferença visível entre os seus corpos, diante disso, não podem participar de todos os componentes culturais de forma homogênea, o que torna essa participação limitada e passível de sanções. Dessa maneira, isso implica que as práticas em torno do corpo, da sexualidade e maternidade, que compõe a mesma sociedade patriarcal fortemente hierarquizada, são marcadas pelas contradições entre as idealizações e as vivências.

Assim, com base nesses pressupostos, para melhor desenvolver essa discussão, é necessário operar com a noção de representação, afim de compreender de forma mais clara os conceitos e a sua relação com as idealizações de gênero e a condição feminina na sociedade, o que, no presente estudo, abarca a diversidade de vivência das mulheres no Maranhão na virada do século XIX para o XX, considerando os distintos perfis que as configuram. Para tanto, esse estudo toma como referência primeira os discursos médico e religioso que expressaram essas representações sobre os comportamentos e as práticas sociais, imprescindíveis para compreendermos as nuances dos conflitos que se estabeleceram entre as vivências concretas dos sujeitos femininos e as determinações médico – científicas que de certa maneira levava a medicina a exercer um controle sobre o corpo e a sexualidade das mulheres, na tentativa de fazer coincidir discursos normativos e vivências.

Para isso, ainda é relevante acrescentar a importância do gênero como categoria de análise para poder compreender as construções culturais presente nas relações entre os homens e mulheres e seus reflexos em suas relações sociais. Além disso, o gênero ainda se faz importante, pois articula com outras categorias de análise variáveis tais como classe, etnia, estado civil, filiação confessional, enquadramento geracional e outros, fundamentais para entender as complexidades das relações percebendo as mulheres em suas realidades, e como

os discursos normalizadores tentaram converter os comportamentos femininos considerados desviantes aos ideais de mulher que se tentava estabelecer.

Levando em consideração esses fatores teóricos e testemunhos de natureza diversa sobre a concreta existência das mulheres, notamos a reprodução cristalizada de um ideal de gênero, que plasma uma imagem segundo a qual as mulheres que se distanciavam dela, agindo de forma diferente do que era esperado, podiam sofrer consequências de normas sociais e/ou jurídicas, como era o caso das parteiras, a partir do olhar e do poder institucional dos médicos. Afinal, estas, historicamente, tratavam do corpo e da sexualidade das mulheres, que os intelectuais buscaram compreender e dominar.

Essa tensão resultou num processo de estereotipização das parteiras por não se moldarem aos ideais das sociedades patriarcais, haja vista serem fundadas numa concepção de superioridade masculina, que atribui ao homem características das quais as mulheres não seriam dotadas, como a capacidade de abstração e de raciocínio lógico, fatores indispensáveis ao desenvolvimento da ciência. A partir dessa representação do feminino, desenvolveram-se outras igualmente inferiorizantes e danosas, por destoarem da realidade que as mulheres deveriam estar inseridas, fazendo com que a imagem desenvolvida a seu respeito fosse violenta e hostil, uma vez discriminadas e qualificadas como aborteiras, bruxas, charlatãs e infanticidas, por esses pretensos portadores do saber e da verdade.

Diante disso, percebemos dois tipos de representações centrais no contexto que abordamos. Primeiro, a representação ancorada na idealização do papel feminino de mãe e de esposa, definido por seu sistema reprodutor e de outras características que seriam próprias da natureza das mulheres, a exemplo da afetividade, da delicadeza, da meiguice, da submissão e da vulnerabilidade também. Depois, a imagem da desviante, cuja conduta não se adequava ao padrão de moralidade vigente, pois sempre dependia das condições econômicas e das oportunidades de vida. Desse modo, as atividades femininas consideradas corretas e adequadas a esse gênero deveriam ser submetidas aos valores masculinos, desenvolvidas com base na submissão das mulheres ao idealizado para elas. Assim, a partir desse domínio masculino, houve o interesse em entender o corpo e a sua natureza da mulher, para através desse entendimento, definir suas funções e as suas contribuições para a sociedade.

Ademais, vale ressaltar que esse processo de dominação feminina pelo poder paterno e marital, considerado absoluto nas sociedades patriarcais, atravessou vários séculos e exerceu a mesma função de ser “encarregado de velar pela boa conduta dos membros do grupo familiar” (BANDINTER, 1985: 29). Por sua vez, essa boa conduta deveria condizer com os interesses

do pai e ou marido em manter a sua autoridade, para isso a esposa e os filhos deveriam ser hierarquicamente inferiores para a conservação desse poder.

Dessa forma, para justificar as diferenças entre os homens e as mulheres, Aristóteles atribuiu a natureza como fator determinante de todas as coisas, desde as diferenças entre os corpos, até as relações sociais. Para isso, este filósofo enfatizou o dimorfismo entre os corpos masculinos e femininos a partir de oposições que através da desigualdade natural entre os seres vivos, o homem seria o produto mais perfeito do reino animal, e por isso o seu poder era legitimado como soberano e incontestável, pois, por ser naturalmente completo fisicamente, estava predestinado a mandar. Em contrapartida, a mulher, segundo elemento desta dicotomia, era considerada naturalmente inferior e o seu corpo seria o reflexo dessa inferioridade, entendida como versão incompleta do corpo masculino.

Dessa maneira, ao analisar a natureza como fator determinante dos comportamentos, percebemos que, em conformidade com esse discurso, a única virtude feminina consistiria na capacidade de gerar filhos, mas, ainda assim, em consequência da suposta inferioridade do corpo da mulher, a sua participação na procriação era limitada, sendo por isso, considerada passiva e receptora, enquanto o homem, o ser completo, possuiria a semente determinante para dar origem a uma nova vida que a mulher somente se encarregaria de ceder o espaço do seu ventre para o desenvolvimento desse novo ser. Razão pela qual, como podemos notar, a atribuição do papel da mulher não ia além da responsabilidade de cuidar do desenvolvimento dos filhos a partir do ventre e fora dele, velando para que fossem saudáveis e úteis a sociedade, ideal que foi sintetizado pelo filósofo e literato romano Juvenal, (I-II d.C.) com sua máxima: *Mens sana in corpore sano*.

Contudo, essa atribuição social para a mulher e o seu corpo, que filosofia aristotélica difundiu, não se restringiu somente a antiguidade, trazendo grandes consequências ao longo da história. Dessa maneira, essa concepção de superioridade e inferioridade, perfeição e imperfeição, justificada pela natureza, permaneceu e influenciou teorias até o século XIX. Porém, alguns séculos após o desenvolvimento dessa construção - que levou a naturalização de um padrão de comportamento feminino marcado pela submissão -, foi ela apropriada, ou seja, pela teologia cristã, o que significa dizer que foi resignificada e adaptada aos seus dogmas e princípios, assim como o dimorfismo - termo que define a diferença evidente entre os corpos masculinos e femininos - fundamentou a definição dos lugares e papéis sociais correlatos às características físicas dos homens e das mulheres.

Diante dessas construções culturais, num contexto em que a Igreja dava o tom sobre os discursos acerca da vida política, econômica e religiosa, inclusive sobre a vida privada e

cotidiana de seus fiéis, é importante ressaltar que a imagem da mulher foi construída a partir de uma perspectiva dicotômica, por excelência maniqueísta, daí sua representação simbólica de ser Eva, a pecadora, ou Maria, a redentora. Essa representação binária foi construída a partir das interpretações realizadas por clérigos, que eles atribuíram um sentido de verdade sobre a vontade divina quanto aos seres humanos, destacando entre eles as mulheres.

Por conseguinte, é fato que essa construção reforçou a filosofia aristotélica, que considerava a mulher uma versão imperfeita do homem. Porém, nesse contexto, o homem, representado pela figura de Adão, teria sido criado por Deus como sua imagem e semelhança, daí o corpo masculino ser percebido como exemplo máximo de perfeição. Quanto à mulher, “segunda e secundária”, não seria “nem o equilíbrio nem a completude do homem” (LE GOFF; TROUG, 2006: 52). Ainda sobre a concepção da modelagem divina, Eva, representando a imagem feminina, tem sua origem de forma desigual, diferentemente de Adão cuja imagem sempre esteve estreitamente ligada à de seu criador. Dessa forma, Eva, apesar de também ter sido criada por Deus, sua criação foi desenvolvida a partir do corpo de Adão¹. Para tanto, como está firmado nas escrituras, Deus tirou de Adão uma costela, para que a partir desta a mulher fosse criada, numa escolha que representaria um indicio de sua natural tendência ao desvio, de acordo com a interpretação dada ao fato da costela ser um osso torto e não reto, que suporia uma tendência para o mal e para as coisas erradas. Assim, o fato de Eva ter convencido Adão a desobedecer a determinação divina de não comer o fruto proibido foi o que resultou na expulsão do casal do paraíso, e o que deu substância para a construção da representação da mulher como um ser desobediente, dado a traição, manipuladora e manipulável, sempre suscetível a transgredir as regras.

Do mesmo modo, para justificar a concepção de inferioridade feminina, a teologia cristã utilizou a alegoria do pecado inicial para mostrar que Eva, ao receber os castigos determinados por Deus, teria que se submeter à autoridade de Adão, pois “o homem será por consequência o guia dessa pecadora” (LE GOFF; TROUG, 2006: 54), de acordo com a sentença divina. Em suma, do fato de não ter nascido do homem, foi atribuído à mulher a submissão enquanto postura necessária e obrigatória, no entendimento que só a partir dessa sujeição, poderia saldar a sua dívida para com a justiça divina.

Ainda é válido observar que através da transgressão da lei divina por Eva “a mulher irá pagar em sua carne o passe de mágica dos teólogos, que transformaram o pecado original em pecado sexual” (LE GOFF; TROUG, 2006: 54). Dessa maneira, a punição divina para Adão e

¹ Gênesis 2: 21-23.

Eva, não aconteceu de forma igualitária, isto por que enquanto Adão iria trabalhar para sustentar sua família, Eva foi condenada a sentir os efeitos do pecado em seu corpo, pois Deus lançou sobre ela o castigo de “multiplicar grandemente a sua dor e a sua conceição, e com ela, parirás teu filho” (BÍBLIA, Gênesis 3:16). Com isso, percebemos que o corpo da mulher foi reduzido à função de reprodução e o processo do parto foi entendido como necessário para remissão dos seus pecados, numa concepção profundamente internalizada até o século XIX e que apresenta os seus ecos até os dias de hoje.

Considerando esses fatores, em contraponto à imagem de Eva, o ideal de comportamento feminino foi associado ao de Maria, a mãe de Cristo, constantemente representada como exemplo de perfeição, fidelidade, submissão, atributos que levaram a Deus lhe conceder o privilégio de ser a mãe do Salvador, missão que viveu incondicionalmente a despeito de todo o sofrimento que atravessou em sua vida. Além disso, em decorrência da compreensão da perfeição de Maria, deu-se a construção de sua representação como eterna virgem, como símbolo da valorização do corpo feminino casto, onde qualquer expressão da sexualidade é reprimida, o que ocasionou dar a luz ao seu filho sem as dores do parto.

Diante desse cenário desigual sobre a condição feminina, a partir da necessidade de justificar racionalmente por que a natureza concebeu o corpo da mulher de forma incompleta em relação ao corpo masculino, a teoria dos humores, também formulada na Antiguidade, durante muitos séculos foi a principal justificativa para o dimorfismo sexual. Assim, essa teoria foi responsável por fundamentar o pensamento médico até o século XVII, quando se verificou de forma mais consistente um rompimento com relação aos antigos paradigmas, em decorrência de estudos mais aprofundados sobre o corpo e a anatomia humana.

A teoria dos humores, atribuída ao médico grego Hipócrates (IV-VIII a. C.), defendia que a fisiologia do corpo humano era composta por quatro líquidos ou humores: o sangue, o fleuma, a bile amarela e a bile escura, e serviu de base para que Galeno modificasse e aprofundasse a teoria aristotélica sobre a inferioridade do corpo feminino. De acordo com o pensamento de Galeno, para que o corpo fosse saudável era necessário o equilíbrio entre estes quatro elementos, razão porque em conformidade com essa teoria “há doenças quando um desses humores, em quantidade muito pequena ou muito grande, se isola, e não é apenas o lugar que abandonou que adocece, mas o lugar que ele irá se fixar e se acumular” (LE GOFF; TROUG, 2006: 110).

Considerando a teoria galênica, os seres humanos ocupavam o topo da grande cadeia dos seres vivos, com base no princípio do calor vital. Nessa organização hierárquica, a mulher estava situada entre o homem e o animal, por ser entendida como um homem incompleto ou

inacabado por ter menor nível de calor em seu corpo. Assim, “a mulher de humor frio e húmido, possui órgãos espermáticos mais frios e mais moles do que os do homem, e uma vez que o frio, como admitem os físicos, contrai e aperta, esses órgãos mantêm-se interno, como uma flor que, por falta de sol, jamais conseguiria desabrochar” (BERRIOT-SALVADORE, 1991: 414). Dessa forma, Galeno foi o grande responsável por conceber a idéia amplamente difundida, segundo a qual quanto mais quente o ser vivo fosse, mais próximo da perfeição ele estaria.

Diante disso, como uma versão imperfeita do corpo masculino, os órgãos femininos eram denominados a partir e tendo como referência a ausência dos órgãos sexuais masculinos, assim, “a vagina era um pênis invertido, os ovários eram os testículos femininos e, com algumas variações, até o útero era entendido como uma versão interior dos testículos” (MARTINS, 2004: 27). Seguindo essa análise, podemos compreender como a ausência de calor do corpo feminino foi determinante para que os seus órgãos não fossem externados à semelhança dos órgãos masculinos, fator que contribuiu para que o corpo feminino fosse compreendido como uma versão incompleta e imperfeita do corpo masculino.

Na tentativa compreender por que os argumentos de Galeno tiveram tanta credibilidade e perduraram por tanto tempo, Évelyn Berriot-Salvadore (1991: 414) diz que o sucesso desta teoria, se deveu ao fato de além explicar a anatomia feminina, também tentou justificar o seu funcionamento. No que toca precisamente às mulheres, o desequilíbrio dos humores se manifestava claramente na menstruação, que seria “uma 'superfluidade' causada pela humidade e pela frieza desse humor incapaz de converter todo o alimento em sangue útil” (BERRIOT-SALVADORE, 1991: 415). De modo igual à menstruação, a infertilidade também era uma doença própria do corpo feminino, atribuída ao excesso de umidade dos órgãos reprodutores que por essas características estragavam a semente implantada pelo homem, impedindo o desenvolvimento do embrião.

Com o advento das pesquisas ditas científicas no continente europeu, em contextos marcados por princípios como a razão e o humanismo, as representações sobre o feminino e o seu corpo foram ganhando novas explicações. Cenário que pode ser explicado a partir do enfraquecimento progressivo do poder da Igreja, pois esta, durante vários séculos empunharam barreiras para o avanço dos estudos, principalmente anatômicos, tornando o conhecimento sobre o corpo bastante limitado.

A partir de movimentos como o Renascimento e o Iluminismo, foi possível pensar racionalmente, de forma prática e estruturada, os acontecimentos cujas explicações que não convenciam e causavam questionamentos. Nesse contexto, o corpo humano pôde ser

conhecido internamente, pois até então era compreendido apenas por aproximação, já que os estudos da anatomia humana eram realizados com corpos de animais. A partir dessas novas possibilidades de aprofundar o conhecimento sobre as questões biológicas, a natureza continuou sendo a explicação para justificar o porquê de cada coisa.

Sendo assim, observamos que a análise do corpo humano não só estava marcada pelo emprego de dicotomias tais como humor quente/humor frio, corpos moles/corpos duros, como essas se desdobraram em outros pares opostos tais como razão/emoção, cultura/natureza, e ainda constituíram a base para formulação de um padrão de humanidade que tomou o homem branco/europeu, burguês, como medida de todas as coisas. Essas relações binárias, contribuíram para a construção de argumentos que cristalizaram os estereótipos da mulher como um ser destituído de razão, subordinado à natureza do seu corpo e de seus órgãos, notadamente do útero.

Com os avanços dos estudos anatômicos, notamos a procura de outras justificativas para as diferenças entre os seres humanos, mantendo-se, todavia, o objetivo de classificar e organizar hierarquicamente as diferenças e que agora não eram restritas aos órgãos sexuais, acrescentando-se a esses estudos a preocupação com o seu intelecto. Nessa nova tentativa de explicar a diversidade humana, desenvolveu-se uma teoria sobre a existência de diferentes raças, cujas características físicas denotariam distintos níveis de evolução entre elas, o que foi base para o estabelecimento de uma hierarquia entre brancos, negros e amarelos.

Além das várias partes dos corpos, que expressavam as diferenças, a proporção craniana recebeu atenção especial, seria um visível indicador do nível de inteligência de seu portador, assim, quanto maior fosse o volume cerebral, mais racional e evoluída estaria determinada raça. A despeito de a raça branca ter sido considerada superior, a mulher européia, por ser fisicamente menor do que o homem foi considerada inferior e menos racional que ele, por isso foi equiparada a raças consideradas inferiores como a negra. Contraditoriamente, a natureza feminina, por ser imperfeita e inferior à masculina, mesmo quando se tratava de homens e mulheres de raça branca, estas eram vistas apenas como seu complemento em consequência da falta de atributos para as posições de autoridade e de mando, por exemplo.

Considerando essa concepção racialista, a inferioridade racional feminina foi um elemento fundamental para a atribuição de deveres considerados próprios da natureza das mulheres. Assim, nesse contexto, desenvolveu-se um gênero literário corporificado em manuais com objetivo de instruir e moldar o comportamento e as ações femininas seja elas no âmbito público, seja no âmbito privado. Assim, ainda no que concerne ao corpo e a sexualidade feminina, verificou-se um enaltecimento da maternidade, algo até então

desvalorizado, tanto assim que o amor materno e a dedicação à criança ² - princípios que deram origem a família moderna, nuclear, constituída pelo pai, a mãe e os filhos - precisaram ser internalizados pelas mulheres, para o que foi de grande importância a ampla divulgação e circulação dessa literatura de caráter pedagógica e edificante.

Além disso, a preocupação de filósofos, médicos e cientistas não se limitou a apenas justificar a construção da irracionalidade feminina, mas também descobrir os fatores ainda desconhecidos sobre a mulher e o funcionamento do seu corpo. Nesse contexto, a partir das novas descobertas, para o que a mulher foi minuciosamente estudada, “torna-se um absurdo continuar a defender que ela é um desvio da natureza” (BERRIOT-SALVADORE, 1991: 419). Contudo, a primeira desconstrução do pensamento médico filosófico, a partir das novas descobertas, foi a compreensão de que o corpo feminino não é uma versão defeituosa do corpo masculino, mas sim, que este é um corpo completo e perfeito dentro das suas características, por que são únicas.

Com base no conhecimento biológico do corpo feminino, a mulher passou a ser definida pelo o órgão que a definia como diferente – o útero. Os médicos cientistas definiram esse órgão como a matriz do corpo feminino, pois “está em conexão com as outras partes do corpo, através do sistema nervoso e do fluxo sanguíneo, é o órgão mais necessário e mais nobre, enfim, é o órgão detentor de toda a feminilidade” (BERRIOT-SALVADORE, 1991: 420). Essa nova descoberta foi o fator determinante para reforçar para mulher a maternidade como um estado de sua natureza.

Essas novas teorias científicas contribuíram para mudanças significativas tanto no campo da pesquisa, como para o aperfeiçoamento das ferramentas de análise, quanto para mudança na postura profissional do médico que, influenciado pelo cientificismo positivista em vigor no século XIX, tentou se afastar do que o ligava ao passado, assim, “combatiam desesperadamente curandeiros, parteiras, homeopatas, e tentavam a todo custo, riscar da memória histórica a antiga submissão à burocracia e mesmo à religião” (COSTA, 1979: 76), se firmando como exemplo de progresso e detenção e produção do verdadeiro conhecimento.

A partir de então, a figura do médico ligada à filosofia, preocupado em responder racionalmente o que durante muitos séculos tentaram justificar através da natureza e do discurso religioso, cede o lugar ao médico preocupado com a saúde, com a organização doméstica e com o bem estar dos indivíduos. Estudioso desse contexto, Jacques Danzelot (1986: 155) explica que isso só foi possível a partir do século XVIII, quando os médicos

² Para melhor compreensão da construção do amor materno, ver o livro “Um amor conquistado: O mito do amor materno” de Elizabeth Badinter.

passaram a se preocupar com a sexualidade mais pelos fluxos corporais do que pelos fluxos sociais.

Por conseguinte, ressaltamos que isso não significa que o novo médico não tivesse um peso cultural determinante na sociedade, pelo contrário, essa capacidade de determinar papéis sociais construídos a partir de seus discursos se intensificou na medida em que a medicina percebeu no Estado um grande aliado na defesa dos seus objetivos. Assim, o controle da sexualidade - antes administrada sob o ângulo da moralidade familiar e do papel exercido pelo padre sobre as famílias -, passa a alçada do médico “que avança em nome da higiene pública, do interesse superior da sociedade” (DANZELOT, 1986: 158), o que não significa que esse novo poder não enfrentasse a competição da Igreja.

Diante da mudança de perfil do médico, segundo Freire Costa (1979: 62), a medicina inseriu-se na política de mudança familiar para compensar as deficiências das leis do Estado em punir a incompetência familiar em preparar seus membros para a lógica moderna da industrialização. Ademais, essa medida tornou-se necessária tendo em vista que as famílias ainda seguiam os velhos hábitos coloniais de higiene, saúde e organização doméstica, que iam de encontro aos novos ideais de civilidade européia. Logo, as parteiras que significavam um atraso em meio a essa nova lógica que tentava-se estabelecer, deveria ter suas práticas combatidas.

Desse modo, a mulher, que vivia presa no seio do lar e submetida aos interesses do marido, passa a ser a mediadora entre os filhos e o Estado. Para ela, foram criados vários discursos normalizadores no sentido de torná-la, junto ao médico da família, os principais agentes formadores de bons cidadãos. Nesse sentido, é interessante ressaltar que para que essa estratégia obtivesse êxito foi necessária a construção de um ideal de mulher com toda dedicação voltada para o lar e a sua família, com atenção especial para a criação dos filhos. Assim, a maternidade e a transformação da mulher em mãe foi o principal objetivo do discurso médico em torno da mulher na virada do século XIX para o XX. Propagava-se que a plenitude feminina só poderia ser alcançada através do casamento a partir do que a mulher receberia um lar para administrar, e esta plenitude se concretizaria no exercício da maternidade, com o cuidado e a atenção para com os filhos, pois esses fatores já estavam definidos na sua natureza física e intelectual.

Neste contexto, notamos que essa atribuição à mulher sobre gerar e preparar o filho para estar apto a cumprir seus deveres na sociedade, está diretamente ligada à relação binária entre a natureza/emoção. Essa compreensão, desenvolvida por Aristóteles na Antiguidade e adaptada ao longo do processo histórico, resultou na construção ideológica de que o amor

materno e o desejo de cuidar e zelar é tão forte que só a natureza explicaria, por isso tão associado ao instinto.

Refletindo sobre a questão da naturalização de um sentimento maternal, Elizabeth Badinter diz que “O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito. Contrariamente aos preconceitos, ele talvez não esteja inscrito na natureza feminina.” (BANDINTER, 1985: 22). Essa desconstrução do amor materno como inato da natureza feminina, é fundamental para pensarmos como a condição feminina ao longo da história foi determinada pela moral, pelos costumes religiosos e valores sociais estabelecidos pelo ideal do que a mulher deveria ser.

Para aumentar os laços de afeto entre a mãe e o seu filho, notamos que o discurso foi utilizado estrategicamente pelos médicos com o objetivo de reforçar a idéia de amor. Ao incentivar o amor entre o casal e do casal para com os seus filhos, a higiene estava estimulando a responsabilidade dos pais, contudo, o amor foi estimulado de acordo com os estereótipos criados em torno do feminino, assim, “a mulher amava mais que o homem. Devia, além do mais, ser passiva, submissa, coquete, caprichosa, doce, meiga, devotada, etc.” (COSTA, 1979: 237).

Diante desses fatores, a construção materna como atributo natural do corpo feminino, aconteceu progressivamente desde o século XVIII, com a crescente valorização da criança, quando “percebe-se que ela é potencialmente uma riqueza econômica (BADINTER, 1985: 153), dessa maneira, a maternidade até então desvalorizada, permaneceu assim durante muitos séculos, até que a morte infantil, no mais das vezes causada pela falta de cuidados dos pais para com os filhos, passou a ser vista através do viés econômico e militar. Afinal, o século XVIII e o longo século XIX foram períodos de guerras, e o alto índice de mortalidade prejudicava a reposição de soldados, além do mais, o maior número de habitantes também significava mais mão de obra barata e mercado consumidor.

Contudo, o discurso religioso também fundamentou a valorização da criança. Segundo Le Goff e Troug (2006: 102), desde o período medieval houve uma crescente valorização do menino Jesus e a multiplicação da representação de anjinhos como signos de pureza e inocência. Porém, Jurandir Costa Freire ressalta que “o efeito do conjunto destes motivos deve ter potencializado pela ausência, quase completa, de valorização da vida biológica-moral da criança” (COSTA, 1979: 161), ou seja, as crianças mortas representadas como símbolos religiosos serviam somente de conforto para os familiares, em nenhum momento servindo de alerta para o alto índice de mortalidade.

Convém observar que o conjunto dessas idéias foi desenvolvido na Europa, a partir de onde foi disseminado pelo mundo ocidental, por conseguinte na América, que lhe era tributária e parte, o que explica que no Brasil essas idéias também fossem tomadas como referência, quando não como verdade absoluta e inquestionável acerca do feminino e da maternidade. Quanto ao ideal de feminino é também indispensável ressaltar que foi concebido a partir da mulher burguesa, portanto, tendo como base as vivências de uma mulher cujos padrões de classe lhe permitiam a permanência dentro do lar e os cuidados com os filhos, o que não era possível a grande maioria das mulheres, uma vez que precisavam lutar pelo sustento de sua família, que, em princípio, era atribuição dos homens.

Sendo assim, em face dessa dimensão de classe, as vivências do feminino em São Luís na virada do século XIX para o XX também seriam marcadas por relações completamente desiguais, pois a larga maioria das mulheres não podia desempenhar o papel que agora lhe era atribuído de cuidar da casa e dos filhos, devido às imposições de sua condição de classe.

Dessa forma, para melhor compreender a diferença entre os ideais e as vivências, trazemos para a nossa discussão um fato que aconteceu em 1909 e dá a dimensão do fosso que separava as mulheres dos segmentos superiores daquelas que se situavam nos patamares mais baixos. De acordo com uma matéria veiculada pelo jornal Diário do Maranhão, Thomasia da Costa, de “côr preta”, residente em São Luís, “onde exercia a função de cozinheira”, asfixiou “o proprio filho recém-nascido, no momento mesmo em que elle se desprendia da placenta”. Embora o autor da matéria desse jornal usou como explicação para o ato extremado de Thomasia a vergonha de sua patroa, não se pode desconsiderar o fato dela ser solteira, empregada domestica e ter engravidado de uma aventura, ou seja, o fato de não possuir condições de criá-lo na residência onde trabalhava, como algo que pode ter pesado muito na sua trágica decisão de cometer aquele crime.

Sobre o pronunciamento do crime o referido jornal diz: “ou a gente se revolta lenida nos estímulos da solidariedade humana ofendida, ou tem um largo gesto de piedade e de compaixão para a desventurada em cujo seio não puderam vibrar mais alto que o sentimento de pudor as fibras suavíssimas do amor materno”³. Diante disso, podemos observar que as condições de Thomasia foram decisivas para tomar uma atitude tão desesperadora.

Esse caso revela que em São Luís na virada do século XIX para o século XX, no que tange a imagem da mulher na sociedade é marcada pela contradição entre a idealização dos discursos da elite intelectual, oriundos dos grandes centros culturais europeus produtores de

³ **Diário de São Luiz**, São Luís, 07/05/1909.

conhecimento, e a vivência da condição feminina. Se levarmos em consideração essa condição, percebemos um fosso entre as que compunham a minoria da elitizada, privilegiada, e a grande quantidade de mulheres pobres, de várias etnias, trabalhadoras, de ofícios e afazeres diversos, que diariamente ocupavam as ruas, seja somente por passa tempo, mas principalmente para ganhar o sustento da família, apesar de toda desqualificação que pesava sobre elas, uma vez que não se enquadravam nos ideais de mulher e dos seus papéis sociais.

Diferente do ideal de mulher rainha do seu lar, dedicada e zelosa pelo bem estar da sua família, as mulheres pobres sempre precisaram dedicar o seu tempo para obter o/ou complementar o sustento familiar. A partir disso, segundo Correia (2006: 33), eram comuns vários anúncios de trabalhos ofertados por mulheres como cozinheiras, amas-de-leite, amas secas, lavadeiras, costureiras, doceiras entre outras infinitudes de atividades, que atravessam décadas e permanecem até hoje. E embora não fosse comum o anúncio de parteiras, muito provavelmente pelas ruas da cidade também se observava o ir e vir dessas mulheres que se ocupavam do parto quanto de pobres, como de mulheres ricas.

Não muito diferente dessas que anunciavam seus trabalhos para sobreviver, havia as mulheres que trabalhavam no anonimato e eram muito conhecidas pela relevância de seu trabalho. Assim, como permanência das condições de vida da maioria das mulheres, Safira, adotada com nove meses de idade por sua mãe Esmeralda, que apesar de ter sido parteira por quase oitenta anos, não teve filhos biológicos, diz que a sua mãe, além de parteira, trabalhava com “criações de galinhas, ovos, farinha,” e “levava muitas coisas daqui do sítio” para vender na cidade. Ametista, em face sua condição de pobreza, além da sua “profissão” de parteira, também trabalhou na “pesqueira”, ou seja, também garantia a sua sobrevivência com a pesca, assim como Rubi, que sendo parteira, trabalhava com peixe e camarão e ainda como costureira para complementar a renda familiar.

Ademais, percebemos que o principal problema consistia na forma como essas conduziam as suas vidas dentro de suas condições sociais e econômicas sem terem o privilégio de vivenciar a construção cultural dos ideais burgueses de viverem exclusivamente aos cuidados da família e do lar, o que resultavam em julgamento moral e na construção de estereótipos degenerantes.

O fato determinante deste contexto de condições desiguais é que independente se a mulher era pobre ou abastada, os discursos da pediatria, da higiene, da pedagogia e da puericultura atribuíram à mulher, enquanto figura materna, os cuidados desde o nascimento com a escolha do profissional mais adequado a realizar os seus partos, ao preparo da alimentação, cuidados da higiene pessoal das crianças e da educação moral dos filhos, ou seja,

tentava-se normalizar os comportamentos femininos com as atividades do lar, com o objetivo de diminuir a mortalidade das crianças em consequência dos péssimos hábitos, seja nos procedimentos como o parto, nas vestimentas ou na alimentação.

A partir do contexto em que as crianças passaram a ter importância, o Estado, por meio de medidas higienistas, buscou reverter essa situação através da culpabilização da mulher pela morte dos seus filhos. Dessa forma, houve a necessidade de reforçar o discurso de que alimentar o seu filho através do seu leite era natural do instinto da mulher, ou seja, “a mãe que não amamentava era uma mãe ‘desnaturada’ comparável as feras” (COSTA, 1979: 258). Diante disso, com o discurso voltado para normalizar as atividades maternas é evidente que a preocupação dos médicos não estava só direcionada em preservar a vida dos filhos, mas também, em regular a vida das mães, e a amamentação foi uma das formas.

Com a regulação da maternidade, a amamentação recebeu bastante atenção por diversos fatores: primeiro, porque o tempo gasto com os filhos e com a amamentação afastava as mulheres de ocupações indevidas, oferecidas pela vida mundana, e ocupava o seu tempo livre. Segundo, porque através da amamentação a mulher estreitava o laço afetivo entre os membros familiares. E ainda, a amamentação consistia numa forma estratégica de controlar a sexualidade feminina, afinal, a mulher que amamentava ficava em torno de três anos - tempo que compreendia o período da gravidez, e mais entre quinze e dezoito meses em que a mãe amamentava seu filho -, com a vida sexual bastante limitada pela visão moral de que durante esse período deveria preservar o seu corpo com um grau de pureza comparável ao de uma virgem.

Visando a conscientização materna sobre a melhor forma de alimentação, o médico Francisco de Paula Castro defendeu sua tese intitulada “Da alimentação nas primeiras idades: estudo crítico sobre os diferentes methodos de aleitamento”⁴, na tentativa de convencer as mães sobre os benefícios da amamentação e da alimentação saudável para aumentar as condições de sobrevivência das crianças. Como fundamentação de sua tese escreveu o dito médico:

A amamentação constitue um dos mais elevados deveres, uma das mais nobres prerogativas d’esse ente sublime que a linguagem qualifica sob o nome affectuoso de mãe. Entretanto esse dever não se cumpre facilmente, suavemente, commodamente; antes pelo contrario se por um lado o instinto da maternidade acha n’elle satisfação ás suas naturaes aspirações, por outro é tal a serie de difficuldades de sacrificios, de dores mesmo imposta a mãe que amamenta (CATRO, 1883: 10).

⁴ Francisco de Paula Castro. **Da alimentação nas primeiras idades: estudo crítico sobre os diferentes methodos de aleitamento.** Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1883.

Tal citação serve para mostrar que as dificuldades na amamentação, atreladas aos interesses da mulher, justificam porque alimentar o filho com o próprio leite durante muito tempo não foi o centro das atenções das mães por diversos fatores, sejam eles morais, por associação da amamentação ao prazer feminino, de caráter social, já que a atividade materna não tinha reconhecimento, e ainda econômico, se considerarmos que para as camadas mais necessitadas da sociedade “o filho chega a ser uma ameaça à própria sobrevivência dos pais” (BADINTER, 1985: 74). Isso implica dizer que as mulheres, independente da sua condição social, durante muitos séculos, entregaram os seus filhos para amas de leite mesmo sabendo as grandes chances das crianças não sobreviverem.

Contudo, nem sempre o desejo de amamentar era suficiente para que o ato acontecesse. Para casos de mulheres não produziam leite, ou este não era adequado, e também quando a anatomia do mamilo não favorecia o aleitamento pela própria mãe, a medicina higienista tolerava a presença de amas de leite, porém, diferente da ama que levava os recém nascidos para a sua residência, a nova ama estava no lar sob os olhos controladores das mães e dos médicos, afinal “estes conhecem, com efeito, a mortalidade que atinge as crianças de mama” (KNIBIEHLER, 1991: 376). Porém, vale observar que nem todas possuíam condições de contratar uma ama de leite, como foi o caso de Safira que se recorda que no tempo em que a sua mãe Esmeralda lhe “pegou” para criar, “o bebezinho já era pra comer, não tinha negócio de mamar seis meses no peito, já tinha que fazer a comidinha [...] não era nem mingau, era papa”.

O problema do aleitamento mercenário, realizado pelas amas de leite, consistia em que “cada vez que uma mãe se recusa a amamentar seu bebê, duas crianças são privadas do leite materno” (BADINTER, 1985: 66), porque ao praticar o aleitamento mercenário, a ama de leite ou abandonava o aleitamento do seu filho, ou o compartilhava com outra criança tornando essa alimentação insuficiente para o desenvolvimento saudável.

Porém, percebemos que, mesmo a longo prazo, essa preocupação higiênica só teve efeito na mulher da elite, pois a mulher pobre, diante da instabilidade das condições de sobrevivência, só podiam oferecer os cuidados aos seus filhos dentro das possibilidades de vida que levavam, por exemplo, uma mulher pobre não tinha condições de ter o seu parto assistido por um médico em sua residência, sem esquecer que muitas delas eram mulheres sós, chefes de família. Diante disso, não havia uma uniformidade na vivência da maternidade em consequência das condições sociais, talvez, isso explique a recorrência com que jornais publicavam anúncios de amas oferecendo seus serviços para aquelas que pudessem pagar.

A higiene como ferramenta moralizadora das práticas femininas não excluiu a gravidez da sua vigilância. Através do olhar observador do médico no ambiente familiar, o aborto e infanticídio poderiam ser contidos, protegendo as crianças de suas geradoras e de parteiras que transgrediam as normas sociais e jurídicas ao realizar esses atos. Ademais, notamos que essa preocupação não foi em vão, pois o aborto durante muitos séculos serviu de método contraceptivo para libertar as mulheres de suas obrigações maternas e das dificuldades que a criança poderia proporcionar.

Dessa maneira, apesar de durante muito tempo o aborto ter sido praticado pelos médicos, em casos de emergência, quando a mãe não tinha condições físicas de expulsar a criança no momento do parto, ou quando a gravidez trazia risco para a mãe e o filho, essas práticas realizadas pelas próprias mulheres não diminuíram com a intensificação dos discursos higienistas. Por outro lado, essa nova moralização só contribuiu para que os abortos que não se enquadravam nos casos emergenciais fossem praticados de forma mais discreta, além do que os avanços da medicina e as novas condições de assepsia contribuíram para a diminuição dos riscos para a mulher que interrompia a gravidez

Um melhor conhecimento da anatomia e da fisiologia femininas permite o uso de métodos menos traumáticos do que as drogas e as quedas de outrora: recorre-se a uma agulha de tricotar para furar a bolsa das águas; mais tarde, cada vez com maior frequência, a uma cânula que permite uma injeção de água com sabão no útero (KNIBIEHLER, 1991: 374).

Todavia, apesar de alguns médicos realizarem abortos, o estereótipo de aborteira e infanticida só acometeram as parteiras que tiveram sua prática sufocada pela entrada dos médicos na arte de partejar. Diante disso, notamos que a medicalização do parto e da gravidez foi uma forma de controlar todas as atitudes da mulher no estado de gestação, pois segundo Knibiehler (1991: 359) as invenções dos homens para assistir as mulheres no momento do parto, não tinham a garantia de diminuir a mortalidade infantil.

Diante dessa conjuntura, as mortes por febre puerperal também não diminuíram com a medicalização do parto, as infecções eram ocasionadas pelas péssimas condições de assepsia na prática médica, na condução de toques e no trabalho de parto. Assim, inicialmente, dar a luz nos hospitais e maternidades supervisionada por médicos era tão perigoso quanto dar a luz em casa com o auxílio de parteiras, coisa que a partir da segunda metade do século XIX passa a ser objeto de crítica, perseguição, ridicularização por parte do discurso médico em voga.

Vale ressaltar ainda que os avanços da medicina entre os séculos XIX até o XX, também não garantiam o alívio do sofrimento das parturientes em relação à gravidez e principalmente ao parto. Porém, isso não significa que o médico estava alheio a essas

dificuldades, pois nesse contexto é que surge a figura do médico “rebelde à moral cristã que condena a mulher a dar a luz na dor” (BERRIOT-SALVADORE, 1991: 443). Ao tentar implantar soluções que diminuíssem o sofrimento das parturientes como o uso de éter e ou clorofórmio, os médicos estavam contrariando a teologia do sofrimento que defendia que o momento do parto a mulher deveria pagar a sua dívida do pecado inicial ao ter os filhos com dor.

Nesse contexto em que a medicina higienista dá o tom dos discursos normalizadores, os hospitais e as poucas maternidades que atendiam as mulheres pobres que não tinham condições de pagarem por um atendimento médico no seio do seu lar eram escassos. Segundo Correia (2006: 74), o único centro de assistência de saúde pública da cidade de São Luís, no ano de 1894, ainda era a Santa Casa de Misericórdia, que funcionava sob a responsabilidade da irmandade de mesmo nome, ou seja, desde o tratamento de doenças contagiosas à realização de partos, todos os casos que necessitavam de atenção médica tinha na Santa Casa a sua única opção.

Contudo, a presença assistencialista da Santa Casa de Misericórdia nem sempre significava o acesso ao atendimento médico

O médico, em geral, ia ao hospital filantrópico quando queria. Atendia quantos pacientes desejasse. Era ou não remunerado. Para ele pouco importava. A atividade era relevante porque lhe dava experiência profissional, prestígio junto à clientela abastada e, ao mesmo tempo, era exercida de maneira que a sua autonomia técnica e econômica era garantida (PEREIRA NETO, 2001: 21).

Esse cenário mostra o fosso existente entre o ideal e a realidade da população carente de São Luís, principalmente das mulheres que necessitavam de assistência médica no momento do parto e que não tinham condições de pagar por atendimento médico domiciliar.

Quanto aos cuidados médicos voltados exclusivamente para a maternidade em São Luís, só foi visto com mais cuidado a partir da fundação do Instituto de Assistência a Infância, em 1911, sobretudo após a criação da maternidade Benedito Leite no ano de 1913 por esta instituição, fornecendo, ainda que mínimo, o acesso ao parto hospitalar. Porém, vale ressaltar que os atendimentos não tinham como foco, a saúde feminina, mas a gravidez e a infância. Dessa forma, as mulheres pobres quando não queriam, ou não conseguiam dar a luz nos hospitais sob o olhar do médico, a parteira tradicional dita ignorante era a única alternativa, o que consistia um grave perigo sob a lógica higiênica.

Assim como a gravidez representava um período patológico, que desencadeava o desequilíbrio psicológico, a mulher do século XIX para o XX é apresentada como a constante doente. Essa nova tipologia, construída em torno da mulher, surge a partir do avanço dos

estudos sobre o seu corpo e da descoberta do útero como responsável por grande parte das doenças do corpo feminino, tal como a medicina defendia no período estudado. Dessa forma, a mulher precisaria de constante acompanhamento médico para tratar dessas patologias impedindo que fosse buscar assistência com outros profissionais e métodos curativos.

Diante dessa concepção do corpo feminino como vulnerável a doenças, segundo Knibiehler (1991: 361), os médicos ao pensarem essa condição, desconsideravam a realidade do cotidiano feminino desde o preparo das boas moças para os serviços domésticos, e as rotinas de trabalhos a que muitas mulheres precisavam se submeter para garantir a sua sobrevivência

Os princípios da boa educação confinaram as raparigas no interior de apartamentos sombrios, privadas de ar, de sol, de exercício, curvada sobre trabalhos de agulha. Nos meios modestos são-lhes impostas muito cedo tarefas domésticas por vezes pesadas; ou então vão para os campos, para as fábricas, para as oficinas, para longos dias de trabalho (KNIBIEHLER, 1991: 362).

A partir desse fator, percebemos que o interesse dos médicos pelo corpo e as doenças femininas afloram por razões políticas. Afinal, as doenças sempre existiram, mas nesse contexto, notamos que houve a disseminação da idéia de que as mulheres estavam expostas a oscilações de comportamento, o que era associada à sua suposta baixa capacidade intelectual, razão porque, precisavam da companhia de um homem para impedir a sua tendência a degeneração moral. Vale ressaltar também, que a saúde era importante para que a mulher pudesse exercer as suas funções naturais, assim trazendo ao mundo bons filhos e cidadãos aptos a contribuir com a nova lógica de progresso e civilidade.

Nesse contexto, notamos que os médicos especializados em saúde da mulher, utilizavam as doenças ligadas aos órgãos sexuais e reprodutores para justificar as transgressões de papéis femininos inseridos no novo cenário da vida urbana. Portanto, por estarem sujeitas a instabilidades oriundas do seu órgão reprodutor, as mulheres também estariam mais vulneráveis a doenças. Segundo Rohden (2001: 42), é nesse contexto que se desenvolve o interesse médico pela perversão e pelo desvio, ao lado do medo de que tais comportamentos, considerados anormais, fossem hereditários e incuráveis, e é nesse ponto também que a higiene intensifica o seu discurso moralista para coibir práticas indesejáveis.

É válido observar que a medicina, ao utilizar o discurso de que a mulher devido a sua condição biológica era mais vulnerável a influências do meio e suscetível a doença, criou patologias, inclusive a gravidez era considerada um período patológico, para facilitar a sua entrada no ambiente familiar, pois a partir dos relatos de intimidade como a sexualidade e os

sintomas de doenças, o médico poderia exercer o controle sobre a mulher de forma mais eficiente.

Cessa estratégia política, o médico passou a estar presente no seio familiar, policiando as atividades e os comportamentos inadequados à moral normalizando os comportamentos femininos ao ideal de mulher higiênica, e também, coibindo práticas que pudessem colocar a sua supremacia enquanto possuidor da verdade e do verdadeiro conhecimento.

Diante do que expomos, percebemos que o corpo feminino foi alvo de disputa pelos discursos dominantes no sentido de que dominar esse corpo significava controlar as atitudes femininas consideradas inapropriadas como o exercício da sexualidade e o aborto. Para isso a mulher foi submetida ao seu corpo, pois através dele, foram definidas as suas funções e a sua importância para a sociedade.

Nesse cenário de tensas relações onde a medicina através da higiene e da medicalização do corpo, tentava estabelecer a supremacia do cientificismo como a verdadeira forma de conhecimento, outras práticas de assistência se tornaram ameaça para esse projeto de dominação do corpo, criando a idéia de superioridade em relação à maioria pobre que ainda possuía o comportamento colonial não normalizado. Contudo, essa idéia de superioridade de classe e de conhecimento, trouxe consequências como o preconceito, tanto em relação aos comportamentos considerados inadequados, quanto sobre as crenças que os mais pobres praticavam. Dessa maneira, as práticas femininas realizadas longe dos olhos da medicina significavam perigo, pois ameaçavam a concretização do corpo medicalizado e também serviam como uma forma de transgredir a dominação do poder patriarcal dessa sociedade.

2. DO CENTRO À MARGEM: do parto tradicional ao parto medicalizado.

Em conformidade com as crenças das mais antigas civilizações que se espalharam pela Terra, de acordo com Rose Muraro (1997: 8) o mito da criação do mundo e do universo foram divididos em cinco fases distintas. Esses diferentes mitos da criação revelariam a “transição da etapa matricêntrica da humanidade para sua fase patriarcal” (MURARO,1997: 5). Na etapa mais antiga, o universo foi criado por deusas femininas, o que se apresenta como uma espécie de denominador comum entre as crenças das civilizações mais antigas. Como exemplo disso, trazemos para a nossa discussão a criação do mundo segundo a mitologia grega, pois de acordo com ela, Gaia, a mãe-terra, lentamente criou o mundo e o dotou com os elementos fundamentais para a criação do homem e a manutenção da sua vida.

Esse exemplo nos mostra como a princípio as funções femininas, primordiais para a manutenção da vida, estavam estreitamente relacionadas à natureza, seja na agricultura ou na produção de artefatos indispensáveis para a produção, preparação, armazenamento e produção de fórmulas curativas feitas com elementos naturais mais diversos e com evocação de outros tantos de ordem transcendental, sobrenatural. Características que permaneceram e outras foram transformadas na medida em que a sociedade foi-se tornando patriarcal.

Nesse sentido, gerar e trazer ao mundo um novo ser é um evento social repleto de tradições e superstições, com os cuidados com a gravidez, o parto, e o pós-parto, assim como a sexualidade, o casamento e a criação dos filhos, que durante muitos séculos foram funções restritas às mulheres. Essas, que quase sempre estavam entre as mais velhas das comunidades, atuavam e desenvolviam a sua prática, a arte de partejar, com base no conhecimento adquirido de forma empírica, atrelado a recursos mágicos/religiosos. Aspecto que se materializavam em rezas, amuletos, devoção a entidades de outros credos e também a santos da Igreja católica como São Raimundo Nonato, que pudessem afastar os malefícios e as complicações em emergências, tal como no momento do parto. Anayansi Brenes (2005: 38) define essa prática como “empirismo sensorial”, pois através da repetição de determinados procedimentos comprovavam a eficácia do conhecimento compartilhado entre mulheres, o que garantia à parteira o reconhecimento como autoridade sobre o assunto.

O saber dessas mulheres detentoras de um grande conhecimento sobre mulheres estava diretamente relacionado aos elementos naturais como os astros e as ervas, raízes, abarcando ainda a sexualidade, a gravidez, a maternidade, a amamentação, e também doenças

relacionadas aos órgãos sexuais e reprodutores femininos⁵. Todavia devemos observar, que sendo especialista em seu saber fazer, essas mulheres em grande maioria não exerciam somente a função de parteiras, mas também de curandeiras o que permitia a aplicação do seu conhecimento não só para mulheres, mas também para homens e principalmente crianças, ou seja, uma prática direcionada às mulheres, mas que também se expandia aos homens diante das necessidades.

Contudo, é imprescindível ressaltar que embora o termo parteira sugira uma idéia de igualdade entre as mulheres que desempenhavam o mesmo ofício, havia uma grande diferença definida a partir das pequenas nuances de classe, do seu perfil étnico racial, de seu nível de instrução formal, enfim, e a distintos elementos de suas referências culturais . Dessa forma, percebemos que as parteiras tradicionais, assim, como as parteiras diplomadas, assistem as mulheres no momento do parto, mas isso não significa que a sua formação ou o seu acesso ao conhecimento tenha se dado da mesma maneira.

Diante dessas diferenças, é que “geralmente as parteiras e as parturientes tinham a mesma origem social, compartilhavam das mesmas expectativas, valores e crenças em relação ao destino das mulheres em um mundo organizado e dirigido por homens, marcado pelo casamento e pela maternidade” (MARTINS: 2005:69). Assim, percebemos que ser parteira e cuidar do corpo e da sexualidade feminina em uma sociedade marcada pelo patriarcalismo, extremamente hierarquizada, onde os homens buscaram ao longo dos séculos dominar o corpo feminino para através dessa relação de poder, determinar as funções femininas na sociedade, uma disputa entre dois poderes necessariamente se instalavam, como mais tarde se veria nos conflitos entre médicos e parteiras. De tal modo, é fundamental enfatizar que ser parteira, partilhar conhecimentos sobre o corpo feminino, e fornecer assistência, através do exercício de um ofício e outras solidariedades de gênero era uma forma de resistência em meio à opressão sofrida pelas mulheres.

Considerando essa assistência baseada na solidariedade, de acordo a historiadora Anayansi Brenes, as *sagas*⁶, na Grécia antiga, “tratavam de enfermidades das partes geniturinárias desdenhosamente abandonadas pelos médicos na época que consideravam um desdouro para a sua dignidade curar tais enfermidades.” (BRENES, 2005: 33). Com isso, notamos que as mulheres dominavam os conhecimentos relacionados ao amor, a luxuria, além

⁵ No que diz respeito as parteiras tradicionais, os termos saber, arte, e ofício são adequados ao se referir à prática dessas mulheres, pois ser parteira, segundo Anayansi Brenes (2005: 29), durante muito tempo foi considerado um ofício mecânico, portanto assim como outros oficiais, elas dominavam a arte e desse ofício, e também o saber que poderia ser compartilhado.

⁶ Segundo Anayansi Brenes (2005: 33), as *sagas* teriam servido de inspiração para as sage-femmes (mulher sábia), termo utilizado para qualificar as parteiras modernas na França.

do preparo de porções mágicas e até abortos num contexto marcado pela organização e direção de homens, transgredindo o ideal feminino de obediência e submissão.

Nesse contexto onde as atividades femininas estavam relacionadas à construção cultural de cuidado e assistência, os médicos não priorizaram as enfermidades femininas até o século XVI. Para eles, o parto, por ser um evento social comum na vida das mulheres, não trazia muito prestígio e reconhecimento, além do mais, já haviam as parteiras tradicionais⁷ que exerciam essa atividade e prestavam assistência as mulheres de forma mais completa, muito além do que “aparar menino”.

Portanto, o papel das parteiras era muito mais complexo do que simplesmente aparar os recém-nascidos e cortar o cordão umbilical, abrangendo uma série de práticas culturais relativas à saúde, ao casamento, à maternidade e ao cuidado dos filhos, uma disponibilidade impensável para os médicos (MARTINS, 2005: 69).

Essas transgressões de comportamento das parteiras ao tratarem de assuntos que os homens tentavam dominar, forneceram a elas a construção de uma imagem estereotipada ao longo da história, primeiro pela Igreja Católica, e depois pelo Estado, ambos preocupados em controlar as práticas de abortos e de infanticídio. Contudo, notamos que a imagem da parteira tradicional se transforma a partir da condenação e proibição pela Igreja a partir do que ela passou a considerar elementos de culturas pagãs através da propagação do imaginário demoníaco que estaria diretamente ligado a essas práticas.

Dessa forma, para a criação desse estereótipo, a misoginia foi determinante para a demonização da mulher, isso porque eles acreditavam que as práticas de feitiçaria estavam diretamente relacionadas à atividade feminina. Esse preconceito com as atividades relacionadas ao misticismo foi decisivo para criação da imagem da mulher como agente do Satã, pois como as suas práticas iam de encontro aos preceitos da Igreja, logo não agradavam a Deus.

Essa malignidade feminina foi o objeto central do amplamente conhecido tratado de demonologia *Malleus Maleficarum* - conhecido como O martelo das feiticeiras -, escrito pelos padres dominicanos e professores de Teologia Heinrich Kramer e James Sprenger, sobre os auspícios do Papa Inocêncio VIII, no ano de 1484, portanto, no apogeu do Renascimento (BYINGTON In: KRAMER; SPRENGER, 1991:29). Neste manual, as características das

⁷ O conceito “parteira tradicional” é utilizado para identificar mulheres que partejam baseadas no conhecimento empírico, prestando assistência principalmente a outras mulheres diante das necessidades, transmitindo e compartilhando o seu conhecimento oralmente, e ainda servindo-se de recursos mágicos/religiosos e elementos naturais, que de acordo com o seu espaço e a sua relação com o sagrado, adaptam esses elementos à sua realidade.

parteiras tradicionais foram descritas de forma pejorativa para justificar, aos olhos misóginos da própria Igreja, seu comportamento supostamente transgressor, como fica evidente no seguinte trecho:

Cumpra aditar que as bruxas parteiras são as que maiores males nos trazem, pela que nos contam outras bruxas penitentes: 'Não há quem mais malefícios causem à Fé Católica da que as parteiras.' Pois quando não matam as crianças, para atenderem a outros propósitos tiram-nas do recinto em que se encontram, elevam-nas nos braços e oferecem-nos aos demônios (SPRENGER ; KRAMER, 1997: 156).

Diante disso, a Igreja Católica foi a primeira instituição a tentar controlar os saberes e o ofício das parteiras. Lembrando que eram consideradas transgressoras porque adentravam num domínio que era restrito aos padres, uma vez que quando não era possível ter a presença de alguma autoridade religiosa, ministravam sacramentos sem autorização da Igreja, a exemplo do batismo, em casos de risco de morte para o filho. E no caso da mãe, a extrema unção ministrada por elas fornecia o perdão de Deus.

A partir dessa prática, que ela não conseguia satisfazer e tão pouco controlar, a Igreja terminou incentivando o processo de transformação das parteiras tradicionais em parteiras licenciadas, pois dessa maneira, ela mantinha sob a sua supervisão os métodos empregados no exercício da arte de partejar para que nenhuma ação indesejada contra a moral e os preceitos religiosos fosse executada.

É interessante ressaltar que a partir desse maior controle da Igreja e do Estado sobre a prática das parteiras, é que os homens passam a ingressar nesse mundo até então essencialmente feminino, intensificando a regulação da sua arte. Diante dessa regulação, de acordo com Rohden (2001: 59), na Inglaterra, a partir de 1512, foi concedido pelas autoridades eclesiásticas a licença para que as parteiras desenvolvessem suas atividades, enquanto na França “a primeira regulamentação da categoria de que se tem notícia remonta a 1560 e se circunscrevia ao perímetro urbano de Paris” (BRENES, 2005: 44). Assim, diante desse cenário, surgem as primeiras regulações das parteiras pelos homens, sejam eles autoridades religiosas, ou médicos cirurgiões representando seus interesses e os do Estado em controlar os nascimentos.

Apesar das novas medidas para permitir o exercício da arte de partejar pelas parteiras, não era novidade a preocupação da Igreja em vigiar a prática dos abortos e infanticídios que eram atribuídos a estas mulheres. Todavia, essas práticas delituosas, além de ir de encontro aos preceitos religiosos, a Igreja tinha a necessidade de lutar contra todos os males que pudessem diminuir o número de católicos no mundo, num contexto onde as reformas

religiosas ganhavam força. Desse modo, quanto mais fiéis, mais facilmente a Igreja se restabeleceria nesse período de instabilidade.

Levando em consideração esses fatores, para que houvesse a concessão da licença para uma parteira, “para controlá-la cria-se uma distinção para aquelas que prestam juramento e obediência aos bispos” (ROHDEN, 2001: 60), assim, a distinção entre as parteiras seria feita a partir da licença concedida pela Igreja. Essa diferença entre as parteiras vai resultando em uma hierarquia, na qual a parteira tradicional, que sempre foi importante para a realização dos partos de mulheres simples, vai sendo afastada para a margem desse fenômeno social tão importante que é o nascimento. Assim, aquelas que atuavam em várias camadas sociais, com essas mudanças, passam a ter o seu campo de atuação reduzido e, conseqüentemente, também o seu reconhecimento.

Entre as diferenças que começavam a se desenvolver entre as categorias de parteiras, estava a postura diante da prática do parto e a sua função. Anayansi Brenes, importante estudiosa sobre os vários agentes responsáveis pelos partos ao longo da história, diz que:

De maneira geral, pode-se pensar na existência de três modelos de parteiras: desde o início, muitas delas adquiriram a prática por meio do exercício da empírea; outras, num momento histórico ainda próximo aos ofícios, fizeram os primeiros caminhos e associações da empírea aos estudos anatomocirúrgicos, e finalmente, essas mulheres começaram a estudar nos cursos oficiais de parteiras (BRENES, 2005: 29).

Esta citação mostra que a prática das parteiras não foi homogênea nem estável. Apesar de a parteira tradicional ter sido a primeira a desempenhar os cuidados com as mulheres, outros modelos foram surgindo de acordo com a necessidade da clientela. Porém, isso não significou que algumas parteiras, por adquirirem outras formas de conhecimento, como a instrução formal em cursos de partos, tenham colocado as parteiras tradicionais em atraso, muito pelo contrário, cada uma direcionava a sua prática à sua realidade social.

Diante dessa organização, a parteira de ofício ou licenciada, diferente das parteiras tradicionais, atuava em perímetros urbanos, tinha seu conhecimento aprendido através da prática e da observação de outros profissionais, como cirurgiões, ou através do acesso a manuais que tratavam sobre o corpo. Em oposição às parteiras ditas comadres, matronas e outros epítetos, as parteiras licenciadas desempenhavam outras funções além de fazer partos, como em meados do século XVIII quando “muitas passaram a ser convocadas pelo poder local, já na condição de juramentadas, para participar de litígios por delitos de honra” (BRENES, 2005: 29). Isso revela que a atuação dessa nova parteira já não estava mais baseada somente em relações de solidariedade e de socorro no momento do parto, mas também numa relação baseada em condições econômicas.

Entretanto, segundo Brenes (2005: 45), o processo de formação científica das parteiras somente teve início a partir de 1664 quando médicos, portanto homens, passaram a ensinar mulheres sobre elas mesmas. Vale ressaltar que no processo dessa formação, houve troca de conhecimentos que favoreceram os médicos cirurgiões sobre os conhecimentos até então restritos às mulheres, o que impulsionou o desenvolvimento da obstetrícia, e séculos adiante, da ginecologia. Porém é interessante observar que mesmo recebendo o título de parteiras diplomadas, essas mulheres que buscavam conhecimento em escolas de parto, em nenhum momento se identificavam com as comadres ou parteiras simples. Esse fato é facilmente compreendido, uma vez que pesava sobre as parteiras tradicionais o estigma de bruxas e aborteiras e outros, que essas novas profissionais não queriam que fossem associados à seu nome e prática.

Dessa forma, a partir do ingresso nos curso de formação, para que as alunas recebessem um diploma ou uma carta comprovado a sua qualificação, deveriam seguir alguns requisitos. Para comprovar o aprendizado, “deveriam submeter-se a um interrogatório perante o corpo de cirurgiões, na presença de membros da faculdade de Medicina e falar sobre ‘a conduta e a instrução que serão cobradas dos jurados parteiras diplomadas’” (BRENES, 2005: 45). Após esse processo de avaliação do conhecimento adquirido, ainda era necessária a realização de um juramento de lealdade à Igreja Católica, para que a sua conduta fosse desenvolvida de acordo com os preceitos religiosos, e só depois disso, recebiam a licença para exercer o seu ofício e permissão para ministrar os sacramentos do batismo e da extrema unção.

Apesar da importação das idéias desenvolvidas nos grandes centros europeus disseminarem-se pelo mundo ocidental, a formação das parteiras no Brasil se deu forma lenta e tardia, pois seu processo de instrução formal só seria impulsionado após a chegada da família real ao Rio de Janeiro. Tanto assim que “o primeiro curso de parteira, iniciado em 1832, realizou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia” (PEREIRA NETO, 2001:80), ou seja, só após a criação dessas instituições por parte da coroa, na tentativa de seguir o modelo de progresso e civilização européia.

Entretanto, é interessante destacar que a instalação dos cursos sobre partos no Brasil não diminuiu a proliferação de parteiras tradicionais, pois a prática de partejar dessas mulheres era conduzida pela existência de uma ampla maioria de parturientes pertencentes às classes sociais menos favorecidas. Desse modo, a formação de parteiras diplomadas não reduziu seu ambiente de atuação nem não provocou conflitos diretos, pois o curso ofertado no Rio de Janeiro e na Bahia era extremamente elitista e o ingresso só era possível quando o/a estudante sabia ler e escrever, ter atestado de bons costumes e ser maior de dezesseis anos.

Posteriormente, de acordo com Pereira Neto (2001: 80), foi acrescentado ao exame de aritmética e francês, além de ter sido estabelecida a obrigatoriedade de frequência na Santa Casa de Misericórdia.

O interessante nesse processo de formação é a admissão de mulheres e homens no mesmo curso. A partir de 1879, para ingressar no curso de obstetrícia “o candidato deveria ter mais de dezoito anos, se fosse homem, e menos de trinta e mais de dezoito, sendo mulher” (PEREIRA NETO, 2001:80). Isso mostra que mesmo de forma tão restrita, as mulheres aos poucos iniciavam os primeiros passos rumo à instrução formal. Para melhor visualizar essa inclusão, mesmo que limitada, das mulheres no ambiente acadêmico, trazemos o exemplo de Maria Josefina Matilde Durocher ou Mme. Durocher, como ficou mais conhecida, que foi “a primeira mulher matriculada na academia de medicina do Rio e a primeira parteira formada no Brasil” a receber o título de membro titular da Academia Imperial de Medicina. Natural da França, ela chegou neste país com sua mãe que se estabeleceu junto a uma loja de fazendas francesas, assim, cresceu com poucas condições.

De acordo com um artigo publicado pelo jornal Pacotilha, em comemoração ao centenário do nascimento de Mme. Durocher, ela teria feito “mais de oito mil partos no Rio de Janeiro, era muito considerada, não só pela classe médica, como por toda a sociedade, pela sua competência profissional e pelas suas qualidades de espírito”. Contudo, apesar de ter sido nomeada como parteira da casa imperial, e ser tão estimada e reconhecida, Mme. Durocher “morreu pobre, quase cega, com 85 anos, em dezembro de 1893”⁸. Porém, é válido ressaltar que esse reconhecimento de Mme. Durocher só foi possível porque a sua prática já estava amparada pelos princípios do cientificismo, além do que, Mme. Durocher se distinguia em meio a outras de sua categoria.

Quando reconstituímos o processo histórico de formação de parteiras diplomadas no Brasil, notamos que quanto mais próximo ao século XIX, mais difícil e elitista o ingresso no curso se tornaria. Desse modo, é muito difícil imaginar uma parteira tradicional, de origem humilde, ter domínio de aritmética e de francês, uma vez que ler e escrever já eram um grande privilégio em vista da sociedade escravista, firmada em desigualdades que inferiorizavam o perfil étnico – racial e de classe a que a maioria dessas mulheres pertencia.

Apesar dessa perspectiva civilizatória já ser amplamente disseminada desde a segunda metade do século XIX, contraditoriamente, São Luís só contaria com curso de formação de parteiras depois da fundação do Instituto de Assistência a Infância. Esse instituto foi fundado

⁸ Pacotilha, São Luís, 28/09/1916.

no dia 07 de setembro de 1911, contando com subsídios de ordens municipal, estadual e federal, doações de particulares e também, através arrecadação de verbas a partir do grupo de Damas da Assistência, presidida pela senhora Lucília Wilson Coelho de Souza.⁹

Seguindo a tendência assistencialista do início do século XX, o Instituto de Assistência a Infância assegurava alguma ajuda às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, e para as crianças de ambos os sexos até atingirem quatorze anos de idade. Para isso, promovia visitas de enfermeiras nas residências, parto medicalizado e estadia na maternidade Benedito Leite, consultas odontológicas, consultas médicas, procedimentos no hospital Infantil Moncorvo Filho, farmácia, creche e festas pedagógicas para as crianças. Todos os atendimentos baseados nos preceitos da puericultura, visando normalizar os comportamentos da mãe e da criança em prol da saúde infantil.

O curso de enfermagem e partos, criado e mantido por esta instituição, foi fundado no ano de 1919, direcionava-se para moças de boa família, com o objetivo não só de suprir a escassez de profissionais para desempenhar essas funções como para atender o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população mais carente. Até então essas funções eram desempenhadas por Margareth Laurie, parteira chefe e “infatigável administradora dos serviços internos”¹⁰ do instituto e da maternidade, e Gertrudes Collet, parteira ajudante, ambas inglesas, trazidas para exercer em São Luís os seus ofícios e fornecer à cidade o ar de progresso e modernidade desejado por suas elites. Porém, com o aumento da procura por assistência, foi necessário um maior número de profissionais atuando nesta instituição, assim, o curso de enfermagem e partos consistiu em profissionalizar mulheres da própria terra, afinal, não era barato importar mão de obra qualificada de outros países.

Ao analisar as publicações dos jornais de grande circulação em São Luís, notamos uma estreita ligação entre o Instituto de Assistência a Infância e o ideal de civilização que suas elites tentavam estabelecer. Uma entre tantas matérias relacionadas ao Instituto, veiculada pelo Diário de São Luiz, percebemos que havia duas modalidades de ensino: o ensino de alunas internas, todas naturais de cidades do interior do estado, e o ensino de alunas externas em sua maioria ludovicenses.¹¹ Dessa maneira, para que ao final do curso as alunas pudessem receber o diploma para exercer a arte dos partos, precisavam frequentar o curso durante três anos¹², com disciplinas distribuídas da seguinte maneira:

⁹ INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA. **Relatório de 1918**. Maranhão: J. Pires, 1920.

¹⁰ INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA. **Relatório de 1918**. Maranhão: J. Pires, 1920.

¹¹ **Diário de São Luiz**, São Luís, 11/03/1922.

¹² Para ver a lista de alunas matriculadas no Curso de Partos do Instituto de Assistência à Infância, ver anexo A.

Quadro 1 - Grade curricular do Curso de Enfermagem e Partos do Instituto de Assistência à Infância.

ANO	DISCIPLINAS
1º	Anatomia, Physiologia e Puericultura.
2º	Chimica Medica, Clinica cirúrgica e Obstetricia.
3º	Hygiene, Gynecologia, Economia domestica, Aperfeiçoamento instrução primaria

Fonte: **Diário de São Luiz**, São Luís, 11/03/1922.

A partir deste quadro, podemos observar que mais de 30% das disciplinas são direcionadas para a saúde da mulher, maternidade e cuidados com as crianças. É interessante notar que as disciplinas eram em sua maioria ministradas por médicos, exceto as de economia domestica, ministrada pela professora Miss. Laurie, e a de aperfeiçoamento de instrução primária, ministrada pela professora normalista Naiza Marques. Quanto à carga horária, todas as disciplinas possuem a mesma quantidade, distribuídas em duas aulas semanais, com uma hora de duração para cada aula.

Vale ainda ressaltar que ao analisar jornais de época, observamos que a partir da formatura da primeira turma da Escola de Enfermagem do Instituto de Assistência à Infância, conseqüentemente houve o aumento de anúncios de parteiras diplomadas oferecendo os seus serviços. Como exemplo disso, temos o caso de Eugenia Alves que oferece seus serviços nos seguintes termos:

Parteira e enfermeira diplomada pela Escola de Enfermagem e partos do Instituto de Assistência Infância desta capital, com 6 annos de internato e de pratica na Maternidade 'Benedicto Leite' e dos serviços hospitalares daquelle Instituto, aceita chamados para os eniveres de sua profissão a qualquer hora do dia ou noite. ¹³

Essas publicações de ofertas de serviços de parteiras diplomadas mostram indícios da mudança da preferência por estas novas profissionais, pelas mulheres da elite a partir da normalização dos comportamentos considerados inadequados. Os serviços prestados pelas parteiras diplomadas eram uma nova opção para essas senhoras que fugiam dos pudores do contato do médico na hora do parto, e também das parteiras tradicionais que carregavam estereótipos e preconceitos a partir da normalização dos costumes pelo princípio higienista.

Sobre as funções das parteiras diplomadas, notamos que além do atendimento particular a mulheres abastadas, elas também prestavam serviços ao Estado e a instituições filantrópicas. Além disso, enquanto a parteira tradicional representava suspeita, a parteira diplomada ganhava poder de polícia no sentido de fiscalizar a conduta moral das mães em relação às

¹³ **Pacotilha**, São Luís, 19/01/1923.

práticas de aborto e infanticídio, assim como de atestar crimes de defloramento ou assegurar a manutenção de uma virgindade supostamente perdida.

Como exemplo dessa nova função exercida pelas parteiras diplomadas, trazemos o caso da menina Locotoy de Moraes, órfã, menor de 12 anos de idade, que vivia sob os cuidados da senhora Maria Marcelina Ferreira, moradora da rua do Passeio. A menor, “alegando que fora desvirginada” por um caixeiro de nome Ezequiel, “irritou a sua protetora que tratou logo de evidenciar o caso, mandando chamar uma parteira.”¹⁴ Diante de situações como essa, há de se convir que mesmo com dificuldades, a parteira diplomada logo conseguiria firmar seu espaço na sociedade, por representar um testemunho de avanço da ciência e fornecer à cidade o tom de modernidade, e também por desempenhar um papel que moral quase impedida aos médicos. Certo é que essa nova profissão, que carregava em si idealizações acerca das mulheres enquanto seres naturalmente voltadas para o cuidado da saúde dos membros família proporcionou não apenas um novo campo de trabalho ainda que bastante restrito em dimensão de sua formação e o perfil de sua clientela.

1.1 O INGRESSO E O DOMÍNIO DOS HOMENS NO PARTO NORMAL.

Durante séculos e séculos, o parto e a saúde da mulher foram de responsabilidade das próprias mulheres. A medicina andava a passos lentos, e sua função se restringia basicamente a assistir os pacientes em casos emergenciais, restabelecendo a saúde daquele que demandara o serviço médico. Para isso, este profissional generalista direcionava o seu saber principalmente para as camadas mais abastadas da sociedade, que podiam arcar com os custos da sua assistência. De tal modo, o seu atendimento não era acessível às camadas menos favorecidas, que, por sua vez, não viam a prática dos cirurgiões parteiros com bons olhos, o que levava as mulheres a buscarem socorro na experiência das parteiras tradicionais.

Nesse sentido, quando estudamos sobre a assistência médica às mulheres, é interessante ressaltar que o parto não andou de mãos dadas com o tratamento de seus corpos. Muito antes dos homens voltarem o seu olhar científico para o parto, estes já estudavam os males que acometiam as mulheres, mas o parto não era interessante, pois não agregava prestígio, daí ser atribuição relegada às próprias mulheres. Para isso, por ser um evento comum e natural - a despeito da construção cultural e da naturalização da maternidade -, tendo em vista o estigma da mulher como responsável pelo pecado inicial, acreditava-se que as dificuldades do parto

¹⁴ Pacotilha, São Luís, 15/03/1911.

constituíam uma oportunidade de remissão de seus pecados, assim, este não devia ter interferência no trabalho de parto no sentido de amenizar o sofrimento das parturientes.

Diante desses fatores, observamos que a entrada do homem na prática do parto foi desfavorável em relação à experiência das parteiras tradicionais que há muito tempo dominavam os conhecimentos sobre o corpo e a sexualidade feminina. Entretanto a participação masculina nesse processo era extremamente limitada.

Alguns homens tinham certo contato com as parturientes, como os maridos que em certas situações ajudavam as esposas; os castradores de animais que na ausência de um cirurgião acabavam socorrendo mulheres agonizantes; ou os cirurgiões, chamados nos momentos em que o parto transformava-se num caso que exigia sua intervenção (MARTINS, 2004: 71).

Apesar desses casos extremos, a demora da entrada dos homens no parto, foi provocada também pelos pudores e a ofensa moral que representava a presença masculina em um momento tão íntimo. O ato de tocar a mulher era carregado de preconceitos mesmo em casos de urgência onde um cirurgião era a única alternativa de intervenção. Diante desses aspectos, a presença de um homem nesse evento só era requisitada com a autorização do marido, e em situações onde todas as possibilidades já haviam sido experimentadas pela parteira no sentido de ajudar a mãe e o filho. Assim, as dificuldades das parteiras em resolver determinadas situações, como no caso dos partos anormais, e o alto índice de mortalidade de mulheres e de crianças durante o parto e ou no puerpério, constituíram os principal incentivo para o aperfeiçoamento e a prática dos cirurgiões em relação ao parto. Ou seja, os cirurgiões utilizaram-se da ausência da parteira tradicional e de suas falhas para adentrar esse espaço essencialmente feminino.

Diante forma, os homens, efetivamente, só adentraram na arte do parto vaginal no século XII, porém de forma lenta e gradual. Por outro lado esse desenvolvimento só foi possível com as transformações científicas favorecidas pelos estudos anatômicos do corpo da mulher. A partir de então, houve o crescimento na produção de conhecimento e uma nova perspectiva sobre os órgãos reprodutores femininos, até então pouco conhecidos, o que serviu para impulsionar a atuação do cirurgião parteiro.

Entre os motivos que contribuíram para a presença masculina no parto, estão os conhecimentos compartilhados, sejam eles através de manuais de partos produzidos a partir dos conhecimentos anatômicos, ou com a troca de experiências entre as parteiras e os cirurgiões parteiros, e ainda a criação de instrumentos que pudessem auxiliar esses homens em partos críticos quando, anteriormente, tinha que optar pela vida da mãe ou da criança.

Sobre a importância dos instrumentos para a supremacia dos médicos parteiros Ana Paula Martins diz:

Os cirurgiões acabaram por desenvolver uma verdadeira obstetrícia patológica para a qual criaram todo um arsenal cirúrgico que muito contribuiu para a supremacia dos médicos-parteiros sobre as parteiras. Além das pinças, tesouras, dos fórceps, ganchos e perfuradores, também faziam parte da prática intervencionista as manobras obstétricas e as operações, como a embriotomia e a cesariana (MARTINS, 2004: 72).

Os instrumentos criados pelos cirurgiões parteiros foram um símbolo do domínio dos homens sobre o parto, um distintor. “O fórceps inaugura uma era em que o cirurgião consegue ampliar as chances de salvar a criança, fazendo dele uma presença mais humana” (ROHDEN, 2001: 61). A partir da implantação destas ferramentas no momento do parto, os homens inauguram um novo modo de partejar, diferente do desenvolvido pelas parteiras tradicionais. Atribuiu-se a ele o tom científico, maior valorização profissional e melhores possibilidades para os partos complicados, substituindo práticas dolorosas como a embriotomia¹⁵, fornecendo novas condições para a mãe e a criança.

A partir da criação de ferramentas auxiliaadoras na prática cirúrgica dos partos, segundo Rohden (2001: 61) houve o favorecimento da criação de cursos de formação de parteiros, o primeiro teria sido criado em 1726, mas logo foram espalhados pela Europa. Vale ressaltar que essa formação de parteiros foi também impulsionada pelo surgimento dos hospitais, assim, além do ensino, também era possível observar e aplicar os conhecimentos na prática, pois, enquanto as parteiras tradicionais tinham muita experiência e quase nenhum conhecimento teórico, os parteiros pouco vivenciavam os seus conhecimentos adquiridos nos cursos.

Além das novas condições que favoreceram a entrada dos homens no parto, o novo perfil médico de neutralidade ao exercer o seu ofício, permitiu que os receios sobre o toque e o exame do corpo das mulheres fossem diminuídos, pois diferente de outrora, que o médico era visto primeiro a partir da sua condição masculina, passa a ser percebido como o profissional responsável em restabelecer a saúde e bem estar.

A partir desse novo cenário dominado pelo médico-parteiro, o desenvolvimento científico e anatômico, no advento do século XIX, unido à nova postura médica em relação ao corpo da mulher, favoreceu o surgimento de especialidades médicas dedicadas à saúde da

¹⁵A embriotomia consistia na prática de fragmentar o corpo da criança dentro do útero materno. Essa medida extrema era realizada pelo cirurgião parteiro em casos de risco de morte para a mãe e o filho, ou quando a criança morria no ventre da mãe. O procedimento iniciava com a perfuração do crânio da criança, quando era possível, e a partir de então, o seu corpo era fragmentado para que pudesse ser retirado do ventre da mãe.

mulher como a ginecologia. A obstetrícia, por sua vez, passa a responder somente sobre pela gravidez, o parto e o puerpério, ou seja, se antes o médico era responsável por dominar todos os males do corpo e o parto, agora o saber médico passava a ser dividido em especialidades, criando o médico obstetra que volta a sua atenção somente para a gravidez, o parto e os seus desdobramentos. Concomitante a isso, surge também, a figura do médico moderno paciente, cuidadoso, preocupado não só em tratar as doenças, mas também em preveni-lás proporcionando bem estar.

Contudo, essa virada no perfil do médico e a divisão da medicina em especialidades para que o conhecimento fosse aprofundado e os problemas melhor solucionados, não aconteceram por acaso. “Todos esses desenvolvimentos estão relacionados de maneira íntima com o progresso do movimento hospitalar e com a criação de novas cadeiras de obstetrícia e ginecologia das faculdades de medicina” (ROHDEN, 2001: 64), ademais, para que houvesse novos estudos, também era necessário praticar e vivenciar esses conhecimentos em hospitais.

Com a criação de especialidades médicas, o médico obstetra passa a se considerar autoridade absoluta sobre o assunto, por representar através da sua profissão as marcas do cientificismo, do progresso e da modernidade, combatendo qualquer manifestação que pudesse colocar a sua supremacia em perigo, à exemplo do reiterado apelo pelos serviços das parteiras tradicionais, que nesse contexto além de representar o atraso, colocava o médico obstetra em vulnerabilidade em consequência dos seus longos séculos de poder sobre os partos.

O ingresso dos homens na arte dos partos no Brasil, durante muitos anos, caminhou com passos lentos em meio às muitas barreiras e dificuldades. Enquanto nos grandes centros os médicos eram os principais produtores de conhecimento sobre o corpo e a saúde dos indivíduos, no Brasil, a formação de parteiros só foi incentivada e financiada a partir da chegada da coroa portuguesa ao território brasileiro. Antes desse fato, a saúde e os cuidados com as mulheres sofreram com o descaso e o abandono no sentido de não serem incentivadas em territórios coloniais, onde os principais interesses da metrópole portuguesa estavam predominantemente voltados para o lucro e a exploração. Dessa forma, haviam poucas iniciativas de investir em mudanças significativas no cenário urbano e no bem estar social.

Diante disso, os poucos médicos que havia no Brasil foram importados dos grandes centros europeus ou eram filhos da terra que foram estudar na Europa. Ademais, ainda eram profissionais curativos e não preventivos, o que marginalizava atendimentos como partos por ser considerados comuns, atuando somente em casos emergenciais quando era necessário uma intervenção cirúrgica. Dado que não significa que as mulheres não precisassem de assistência,

mas sim, que essa nem sempre vinham dos médicos, afinal, era culturalmente concebido que as parteiras tradicionais eram as autoridades nos assuntos relacionados às mulheres e principalmente sobre os partos.

Não muito diferente do quadro de assistência médica que se praticava no continente europeu no início do domínio dos homens sobre o parto, no Brasil, a prática médica também era realizada individualmente de forma liberal, ou seja, o médico era agente da saúde que trabalhava de forma independente, sem ajuda ou interferência de outros no desenvolvimento de sua atividade. O seu conhecimento deveria abranger todo o corpo humano e suas doenças e ainda casos especiais como as cirurgias e partos quando era requisitado em situações graves.

Nesse contexto em que a participação do médico se restringia ao momento da doença, todos os outros cuidados ficavam a cargo de mulheres, fossem elas religiosas, responsáveis por grande parte dos cuidados oferecidos nos hospitais, que ainda não possuíam variedade de profissionais da saúde; ou mulheres pobres, que cuidavam de seus doentes dentro de suas possibilidades, entre as quais estavam as parteiras tradicionais, que através dos seus conhecimentos cuidavam da saúde das mulheres, do parto e também das crianças. Todavia, esse preconceito quanto ao ato de cuidar por parte dos homens, estava estreitamente relacionado ao construto cultural em torno da mulher e da naturalização do seu comportamento por associação do cuidado à função materna, portanto à natureza feminina.

Como já dito esse cenário só começa a ser modificado depois da chegada da família real e instalação da corte no Rio de Janeiro. Com esse movimento, surgiu a necessidade de remodelar e estruturar a cidade e exercer cuidados com o ambiente urbano e os indivíduos, inclusive as mulheres. Dessa maneira, podemos perceber os primeiros passos de uma medicina que dividia a atenção entre a saúde dos corpos, a doença, e sua prevenção. A partir desses novos cuidados por parte coroa em relação aos seus súditos, o médico passa a ser mais requisitado e se torna a principal autoridade sobre ações de saúde pública, seja para o controle de práticas que passam a serem consideradas delituosas, como as das parteiras tradicionais, ou seja, e implementação de medidas sanitárias nos processos de remodelação das cidades onde toda marca do atraso deveria ser combatida.

Contudo, devemos considerar que nesse contexto o número de médicos e ausência de formação em território brasileiro prejudicava a entrada dos médicos na arte dos partos, o que proporcionou a tomada de algumas medidas.

D. João cria, por exemplo, a provedoria da saúde, a Escola de Anatomia e Cirurgia da Bahia, e manda instituir no Hospital Real e Militar uma Escola de Anatomia Cirurgia e Medicina. As Escolas foram transformadas nas Academias Médico-

Cirúrgicas. No Rio de Janeiro isso ocorreu em 1813 e na Bahia em 1815 (ROHDEN, 2001: 67).

Esse dado mostra o empenho da coroa em estabelecer a criação do ensino superior, voltado para o desenvolvimento das capacidades médicas, o que favoreceu a formação de cirurgiões com habilitação em partos. Para que isso acontecesse, a obstetrícia foi adicionada à Escola de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro e também da Bahia, com o ensino de técnicas cirúrgicas obstétricas no último ano do curso para que os novos médicos pudessem melhor atender as mulheres.

Entretanto, há de se observar, que além das dificuldades da implantação do ensino de obstetrícia, este sofreu com a precariedade e o descaso do Estado em relação à falta de investimento na formação desta competência.

O ensino da obstetrícia era bastante precário tendo em vista a falta de instalações adequadas, livros e material didático, o que tornava as aulas uma monocórdia leitura de tratados e compêndios, não tendo os alunos nenhum aprendizado prático, pois as aulas, que deveriam funcionar nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia de Salvador e do Rio de Janeiro, não ocorreram devido à ausência de enfermarias para grávidas e puérperas (MARTINS, 2004: 145).

Esse cenário mostra o tamanho da discrepância do ensino da obstetrícia que acontecia no Brasil em relação aos grandes centros de formação científica, ainda assim, dentro das poucas possibilidades, tentava-se acompanhar os avanços de outros países. Essa ausência de prática refletiu diretamente na formação dos cirurgiões obstetras no Brasil, pois quase todos recebiam a sua habilitação com toda a teoria sobre o parto, mas sem nenhuma prática, o que os desfavoreciam em relação à disputa com as parteiras tradicionais com vasta experiência.

Porém, a precariedade do ensino da obstetrícia não estava, somente, relacionada à falta de investimentos por parte do Estado nessas instituições de ensino e de prática dos alunos. De acordo com Martins (2004:145) havia também a falta de instrumentos médicos-cirúrgicos e de materiais didáticos que auxiliavam no ensino. Dessa forma, essa falta revela o tamanho da fragilidade com que os cursos de obstetrícia formavam os seus alunos.

É interessante notar ainda que diante dessas dificuldades, o diferencial estava na excelente formação dos professores que dirigiam os cursos, pois respaldados em uma formação em renomados centros como França e Inglaterra, tentavam amenizar os problemas da instrução dos profissionais brasileiros. Diante disso, esse cirurgião obstetra destinado a assistir as mulheres em partos difíceis, tem formação precária e quase nenhuma experiência, ou seja, representa um concorrente frágil, para parteiras tradicionais de amplo tirocínio.

De acordo com Martins (2004: 142) até 1880 as faculdades brasileiras ofereciam só o ensino da obstetrícia, que englobava todos os assuntos referentes à saúde da mulher à

gravidez, ao parto, e ao puerpério. Apesar do estudo mais aprofundado proporcionado pela divisão da medicina em especialidade, a melhora no ensino só foi possível a partir da segunda metade do século XIX, quando o Estado reconheceu na medicina os atributos necessários para defender os seus interesses. Para isso, seria necessário investir na formação médica para que estivessem aptos a atuarem na sociedade. Com o despertar desse novo olhar direcionado para a medicina, de acordo com Pereira Neto (2001: 112), entre os anos de 1808 e 1898 as faculdades de medicina se concentravam somente na Bahia e no Rio de Janeiro, enquanto entre os anos de 1898 e 1920 foram criadas instituições oficiais em seis estados diferentes (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Pará e Pernambuco), descentralizando a formação de novos médicos e consequentemente também os seus atendimentos.

Essa configuração na distribuição das faculdades de medicina e de cursos de obstetria refletia o quanto o acesso a formação era limitada, o que contribuiu para o elitismo desta atividade. Como podemos perceber a partir do que foi dito, nas regiões norte e nordeste até ano de 1920, só três estados apresentavam centros oficiais de formação médica. Diante dessa distribuição de faculdades reconhecidas, ser médico na cidade de São Luís era oportunidade para poucos, pois para realizar os estudos, os interessados precisavam se deslocar para a Bahia ou para o Rio de Janeiro, o que demandava muito dinheiro, uma vez que a distribuição de cursos oficiais realizadas pelo Estado “não guarda qualquer relação com a gratuidade do ensino e que a cobrança de taxas estava prevista na legislação em vigor” (PEREIRA NETO, 2001: 115).

Diante maneira, fica evidente que estudar para ser médico exigia uma boa condição financeira para arcar com manutenção da vida em outra cidade, e de ter acesso à formação. Todavia, isso nem sempre significava um ensino de qualidade, pois a maioria das faculdades não possuía hospital para que os seus alunos pudessem exercer os seus conhecimentos e obter a prática tão necessária para ser um bom profissional. De acordo com Pereira Neto (2001: 114) o hospital no ambiente formador poderia ser um distintivo em relação às faculdades não oficiais, porém, se a instalação de hospitais não fosse viável, os hospitais como as Santas Casas de Misericórdia passaram a ser alternativas para o aprendizado, mas nem sempre obrigatório.

Em termos dos serviços ofertados pelos médicos em São Luís, “no que respeita ao acesso que a eles teriam as mulheres pobres, era lhes quase impossível, se não vedados o atendimento aos mais diferentes problemas de saúde, como também nos partos” (CORREIA, 2006: 280). Apesar de nos primeiros anos do século XX a cidade contar com a Maternidade

Benedito Leite, essa não era acessível a todas as mulheres, considerando a distância da maternidade em relação as habitações espalhadas pela cidade.

Dessa forma além de serem poucos os médicos existentes na cidade de São Luís, o atendimento aos mais pobres era bastante limitado, pela falta de políticas públicas e pela precariedade de suas condições de pagarem seus serviços. Além disso, alguns deles ainda deixavam o exercício da medicina para se ocupar com cargos administrativos e se dedicar a carreira política. Assim, pouco era os profissionais que de fato voltavam a sua atenção aos males da população simples.

Os homens da ciência e do progresso não se contentaram em somente adentrar um universo por muito tempo dominado pelas mulheres. Para se firmar enquanto autoridade absoluta sobre aqueles que eram considerados os métodos corretos a serem empregados nos partos, precisou de um aliado para alcançar o seu objetivo e para isso, o encontrou no Estado.

Isto por que, enquanto a medicina buscava independência e espaço na sociedade, firmando-se enquanto autoridade, o Estado necessitava fortalecer-se no território brasileiro, além de levar as pessoas a aceitarem um novo padrão de sociedade, para o que necessitava de agentes que pudessem sustentar os seus objetivos. Com essa aliança, “o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas” (COSTA, 1979: 28)

A medicina se tornou a aliada perfeita para o Estado, pois não era uma completa desconhecida da sociedade e já possuía liberdade de entrar em residências e orientar as famílias, mesmo em momentos íntimos como os partos, “e pelo fato de possuir métodos, objetivos e técnicas mais aprimoradas suplantou, dentro em breve, a inoperância da burocracia” (COSTA: 1979: 29). Diante desses aspectos, despertou o interesse e a preocupação do indivíduo com a própria saúde, embora nem sempre essa preocupação pudessem se transformar em cuidados práticos por falta de condições de atendimento.

Apesar dessa parceria médico-estatal na virada do século XIX para o XX ter favorecido o domínio dos homens sobre os partos, também trouxe consequências para a classe médica. A partir disso, houve maior disputa entre os três perfis médicos, o generalista, o especialista, e o higienista ¹⁶. Ademais, podemos ressaltar que essa divisão também causou uma hierarquia de maior ou menor importância em relação às especialidades, atribuindo prestígio ao profissional de acordo com a doença tratada. Assim, entre as especialidades, a mais prestigiosa estava o

¹⁶ O médico higienista também pode ser considerado um especialista em medicina social, contudo, é classificado como um perfil independente, por que os seus interesses não coincidiam com os dos demais especialistas, que em sua maioria, eram profissionais liberais.

perfil higienista, porém, diferente do generalista, ele não exercia exclusivamente o caráter liberal. Isso implica que os profissionais desta especialidade, em sua maioria, estavam associados a cargos públicos e políticos, assim, possuíam grandes aliados na elite política e econômica.

Os conflitos entre os médicos quase sempre estavam relacionados ao campo de atuação e à clientela. A notificação do diagnóstico de doenças contagiosas por parte de higienistas em prol da saúde pública, por exemplo, não era visto com bons olhos pelos generalistas e especialistas, uma vez que estes dependiam do sigilo profissional para manter a sua clientela fiel. Dessa maneira, condenavam qualquer prática que pudessem colocar o seu poder e prestígio em perigo. Apesar desses conflitos, os médicos pertenciam a mesma categoria e eram dotados da mesma formação acadêmica, enquanto as parteiras tinham o seu conhecimento respaldado apenas na sua experiência.

Em meio a esse cenário é que se intensificam os conflitos entre médicos e parteiras tradicionais sobre quem possuía os melhores métodos e conhecimento sobre o parto. A desqualificação foi a principal estratégia utilizada pelos médicos para convencer o Estado e a sociedade de que eles eram autoridade absoluta quando se tratava de saúde, seja ela pública ou individual. Segundo Pereira Neto (2001:88) mais de cem anos após a abertura da primeira faculdade de medicina, o médico ainda concorria com práticas não reconhecidas pela ciência. Esse fator não seria relevante, se ainda, na virada do século, não houvesse desconfiança sobre a eficácia dos métodos empregados pela medicina.

3. A MARGINALIZAÇÃO DE UMA ARTE PELA CIÊNCIA: Tensões entre médicos e parteiras tradicionais.

Para compreender a tensão estabelecida entre os médicos e as parteiras tradicionais, na cidade de São Luís na virada do século XIX para o XX, devemos considerar as mudanças em consequência dos discursos de modernidade, progresso e civilização difundidos pela elite intelectual composta principalmente por médicos. Desse modo, através do emprego de um discurso normalizador, buscava-se adequar a cidade e principalmente os costumes da população, desde os mais pobres até os mais abastados, aos ideais de civilização nos moldes europeus. Para isso, todo e qualquer comportamento ou prática que fugisse a esse princípio, remetendo ao passado, deveria ser combatido.

Entre esses comportamentos entendidos como inadequados pela perspectiva médico higienista em voga, estavam principalmente as manifestações religiosas e as medidas usuais de cura e assistência, que remetiam aos tempos passados, sendo representadas como marcas do atraso por essa elite que defendia suas interesses de forma preconceituosa, desqualificando as atividades exercidas por outros agentes com o objetivo de manter a sua supremacia.

Diante disso, entre esses maus costumes a serem combatidos estavam as parteiras tradicionais, que burlavam esse ideais duplamente. Primeiro, porque mesmo sendo uma prática tão antiga quanto à própria humanidade suas agentes continuavam a exercê-la a despeito desse ideal, significavam o atraso em meio à lógica do progresso que São Luís pretendia instaurar. Segundo, porque apesar do emprego dos métodos naturais e recursos mágicos/religiosos estarem sendo desqualificados, tratados como indignos de credibilidade, continuavam a não seguir a lógica da ciência. Além do mais, ainda devemos lembrar que durante muitos séculos as parteiras tradicionais já eram vistas com desconfianças por parte dos médicos, por cuidarem do corpo das mulheres, muito antes destes manifestarem o interesse sobre o parto.

Contudo, a insatisfação dos médicos não se restringia somente a esses motivos. Afinal, havia ainda uma grande resistência pela maioria da população sobre os métodos utilizados pela medicina, o que comprometia a sua autoridade enquanto profissionais responsáveis pela cura, além de haver uma desconfiança de sua clientela em relação aos atendimentos prestados. A partir disso, notamos que essa era uma das principais preocupações, pois como a grande maioria da população não tinha condições de pagar pela atenção médica, as práticas costumeiras continuavam a ser alimentadas. Por outro lado, é importante lembrar que mesmo

a minoria abastada, que usufruía do privilégio de poder pagar pelo atendimento médico, também via os métodos da medicina moderna com desconfiança.

Podemos perceber nitidamente essa desconfiança por meio de matérias jornalísticas cujos redatores, reproduzindo o discurso de uma fração da elite, criticavam a preferência da maioria por essa “prática delictuosa”, que a seu juízo revelava a “ignorância dessa gente”, ao menosprezar o conhecimento médico e todo o seu esforço em zelar pela saúde pública. Para isso, o jornal O Diário de São Luiz, denuncia informando:

E quanta gente boa, essa do alto coturno, não vão crédula embair-se dos embustes e mentiras de toda ordem de que lançam mãos esses indivíduos, em regra geral ignorantaços, mas cheios de artimanhas, useiros e veseiros na prática de iludir o próximo.

E a gente pobre e inculta, essa é que leva a fama de freqüentadora dessas pagelanças!

[...]

E tão obcecadas se acham que os remédios fornecidos pelos médicos não são tomados por medo!

Contaram-nos até o seguinte: O dr. Attico Seabra, quando em comissão de combate ao impaludismo e as verminoses, fornecendo azul de methylenio aos residentes nessas localidades, estava crente de que o remédio ía sendo applicado. Qual foi porém a sua surpresa quando começaram a surgir as camisas e os demais vestuários tintos de azul, mas azul do methylenio!¹⁷

Nesse contexto em que as medidas empregadas pela medicina quase não surtiam efeito, o que poderia ser feito para a obtenção de resultados era a prevenção através da higiene e a vacinação, evitando o contágio de doenças ou de infecções, num cenário em que as instituições médico-hospitalares (o que engloba edificações, equipamentos, medicamentos, e até profissionais) eram insuficientes para viabilizar a efetivação do discurso higienista.

Outro fator que contribuiu para a condenação das atividades exercidas pelas parteiras tradicionais estava a permanência de estereótipos construídos ao longo do processo histórico, mas que nesse contexto, foram utilizados para justificar ideologicamente a supremacia do conhecimento científico sobre as práticas de cura e assistência ofertadas por essas mulheres.

Considerando essa desqualificação, os jornais não poupavam expressões que cristalizavam a imagem das parteiras como “bruxas”, “aborteiras”, “feiticeiras”, “ignorantes”, “charlatãs” com o objetivo de desprestigiar e convencer os leitores de que as parteiras, por serem a expressão do atraso, em meio a essa sociedade que tentava se firmar como moderna, não se encaixavam nessa nova lógica de civilização e progresso, portanto, dignas de serem abandonadas pela sua clientela.

O Instituto de Assistência à Infância, também denunciou a prática das parteiras em um dos seus relatórios em consequência do alto índice de mortalidade dos recém nascidos

¹⁷ **Diário de São Luiz**, São Luís, 13 /03 /1922.

ocorrido dentro da Maternidade Benedito Leite, no ano de 1918. Para mostrar essa tragédia, o relatório informa:

Das 140 parturientes, resultaram 60 crianças do sexo masculino e 48 crianças do feminino, acuzando os náticos a terrível cifra de 31, facto nunca visto no Instituto. Mas explica-se. Avolumando-se a procura, e a pesar disso, muitas só vêm descansar aqui no derradeiro extremo, ou seja, depois de esgotadas as bruxarias das pretas-minas e quejandas. Esta pecha tremenda alastra-se, aliás, por toda a capital.¹⁸

Como se percebe nos termos desse relatório, apesar desses óbitos terem acontecido dentro da Maternidade Benedito Leite, contraditoriamente, a responsabilidade dessa tragédia não foi atribuído ao corpo profissional desta instituição, mas às parteiras tradicionais, numa reiterada tentativa de sua desqualificação.

O interesse do Instituto de Assistência a Infância em denunciar essas práticas realizadas pelas parteiras tradicionais é facilmente compreendido, no sentido que por ser uma instituição que entre as suas atribuições consistia em dar atenção especial às mulheres grávidas, com o objetivo de fornecer atenção médica desde a gestação até o momento do parto na Maternidade Benedito Leite. Na verdade, aquele era um contexto em que a medicalização do parto ainda era vista com maus olhos pela maioria das mulheres, que, por continuar preferindo dar a luz em casa era considerada atrasada, postura que em nada as diferenciava de mulheres consideradas civilizadas, pois aos olhos de uma francesa/francês comum, na mesma época, “é indecente, inconcebível que uma criança nasça fora do lar paterno” (KNIBIERHLER, 1991: 359).

Assim, as parteiras tradicionais, além de terem sido um obstáculo para a medicalização da gravidez, do parto e do tratamento dos recém nascidos, também foram uma alternativa para aquelas que não tinham outra opção, a não ser dar a luz na casa da própria parteira, tendo em vista, dentre outras, a distância e falta de transporte para elas se deslocarem até onde a parturiente, como no caso de Esmeralda, que levava mulheres conhecidas para a sua casa e dividia o pouco que tinha. Realidade que a filha dessa parteira reconstitui dizendo: “ela pegava as próprias criações dela e fazia comida” para a parturiente e os seus acompanhantes por aproximadamente “uma semana, oito dias”, alimentando e cuidando de todos até a mulher ter condições de retornar ao seu lar.

Todavia, apesar das tentativas de sufocamento e de desqualificação das parteiras, essas continuam a atuar na cidade de São Luís, só que diferentemente da virada do século XIX para o XX, quando suas medidas usuais de cura e assistência eram requisitadas por mulheres dos

¹⁸ INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA. **Relatório de 1918**. Maranhão: J. Pires, 1920.

diferentes extratos sociais, percebemos que essas solicitações são menores, embora os seus serviços continuem sendo demandados e elas dignas de respeito. Hoje, exercem o seu saber fazer, sobretudo, em bairros populares e zona rural, atendendo mulheres, que, seja pela falta de assistência médica, pela dificuldade de acesso a cidade ou mesmo por preferência recorrem a essas senhoras como alternativa na assistência ao parto.

Mesmo com a lenta instalação dos serviços e da modernidade almejada pelas elites, houve, ainda que precário, um avanço nas políticas públicas para a gravidez e o parto, ainda que insuficientes para a demanda da cidade. Assim, essas senhoras, que no seu conjunto apresentam com idade superior a 75 anos, revelam que tanto Rubi como Ametista, iniciaram a partejar num cenário após a intensificação dos conflitos entre médicos e parteiras tradicionais, Enquanto Esmeralda ainda desenvolveu o seu ofício em meio às tensões e viu a sua prática ser combatida. Essas mulheres refletem a realidade das poucas parteiras que ainda exercem atualmente na cidade o seu ofício de forma tradicional mesmo após o treinamento idealizado pelo Ministério da Saúde, na tentativa de adequar sua prática aos padrões aceitáveis para o exercício de sua função.

Apesar dessas medidas, a arte de partejar das parteiras tradicionais apresenta poucas mudanças em relação ao modo como exerciam seu ofício em tempos passados, além do que seu perfil social pouco se alterou. Elas ainda pertencem e atuam nas camadas menos favorecidas da sociedade, e resistiram para que a sua atividade não fosse sufocada pela lógica moderna, fenômeno que vem acontecendo com as parteiras mais novas que já partejam amparadas pelo cientificismo, distanciando-se das características que anteriormente resultaram na estereotipização e no preconceito das parteiras tradicionais.

Quanto a essa estereotipização, não deve ser esquecido, que o perfil étnico e a origem social da maioria das parteiras tradicionais foram fatores importantes para respaldar o desmerecimento de seus costumes e comportamentos, considerados imorais e tratados de forma extremamente preconceituosa. Essa construção negativa está estreitamente relacionada à diversidade cultural reinante, e o não enquadramento absoluto de suas crenças religiosas na visão de mundo que pretendia ser hegemônica. Assim, não é difícil perceber que se essas mulheres já sofriam preconceito por suas práticas, este era duplicado pela sua condição étnica num período muito próximo a escravidão.

Quanto à complexidade cultural que era evidente nessas senhoras, apesar de Ametista, assim como Rubi e Esmerada, se declarar católica, seu catolicismo é marcado por forte sincretismo religioso, pois ao mesmo tempo em que são devotas de Nossa Senhora do Bom Parto, pedem proteção a entidades de outros credos. Ametista, por exemplo, diz que em

momentos de necessidade pede proteção aos “companheiros de luz” que a acompanham “desde criança”, acrescentando que se tornou “companheira deles” mesmo muito antes de frequentar terreiros de mina.

Da mesma forma como Ametista, Rubi também tem uma trajetória marcada por seu envolvimento com terreiros ainda na infância, mas, diferentemente daquela, porém, mesmo tendo começado “a dançar em negócio de macumba, depois que eu cresci, eu não quis mais”, de acordo com suas próprias palavras. Apesar de ter frequentado o terreiro de mina, a fala de Rubi demonstra a marca do preconceito e da permanência do discurso normalizador que classifica as manifestações de gente simples como falsas, em meio a uma concepção de crença verdadeira da religião dominante. Esse quadro serve para mostrar que as mudanças sofridas, almejadas e processadas não foram imediatas e nem absoluta, sendo lenta e gradual, discriminando as pessoas de acordo com o seu perfil de classe, de gênero e de credo.

Todavia, foram os jornais de época os principais disseminadores da representação das elites sobre as parteiras, pois em defesa de seus interesses condenavam aqueles comportamentos que iam de encontro ao padrão médico higienista que tentavam construir. Para isso, não foram poucas as mortes, tanto de parturientes quanto de recém nascidos, que noticiaram como sendo consequência da “imperícia da parteira”, ou por “deficiência de conhecimento” sobre o parto.

Tratando dessas práticas que iam de encontro aos “costumes de povo civilizado” na visão daquele que escreve, foi a vez da Pacotilha denunciar “o óbito de um recém-nascido, no Viramundo, nos baixos do sobrado 8, esquina com a rua da Palma”. De acordo com o inspetor sanitário Alarico Pacheco, em pronunciamento ao referido jornal, após realizar a averiguação sobre o caso, “o óbito se havia dado devido a imperícia da parteira que depois de fazer o parto, seguiu para Alcantara”¹⁹. Diante disso, a matéria se encerra anunciando a abertura de um inquérito policial para investigar o suposto crime.

Outro “horroroso caso” envolvendo uma parteira aconteceu no ano de 1930, chamando a atenção das autoridades e da população ludovicense, que mais uma vez condenou os velhos usos e costumes que na sua compreensão impediam a instalação do progresso. O “impressionante drama” foi publicado pelo recém fundado jornal O Imparcial, divulgando a “tragédia que termina no sacrifício de duas vidas”, de uma parturiente e uma criança, devido a imperícia de uma parteira tradicional que estava “exercendo impune e criminosamente uma profissão que requer estudo e conhecimento especializado”.

¹⁹ Pacotilha, São Luís, 09/05/1913.

O caso noticiado explica que D. Rosa Vitelbor Gomes fora vítima de uma “barbara intervenção” realizada pela parteira Maria Thereza que, “applicando-lhe um semicupio terrível, de agua quente”, que segundo o médico legista dr. Alarico Pacheco, causara na vítima “queimaduras de 2º grau, generalizadas, nas mãos e parte inferior do antebraço direito e esquerdo, nos pés e na parte média de ambas as pernas”²⁰. Essa notícia foi publicada com o objetivo de alertar e “comprovar o prestígio enorme que tem as parteiras amadoras” e a necessidade de se tratar com maior rigor a atuação dessas “parteiras sem diplomas, ignorantes”, que, “ainda mesmo após a fundação da Assistência a Infância”, que formava “profissionais competentes” não deixavam de exercer ilegalmente a sua arte.

Inseridos num cenário onde as transformações recentes tentavam sufocar permanências entendidas como atraso, ainda era comum as pessoas que defendiam a importância da assistência das parteiras tradicionais e a manutenção desta atividade tão antiga. Porém, essas pessoas, possivelmente bem posicionadas socialmente, por expressarem as suas insatisfações em relação à perseguição sofridas pelas parteiras, num contexto em que as principais autoridades mantinham estreitas relações com a medicina, não se calaram ao perceber as frequentes acusações e denúncias de parteiras tradicionais em jornais por autoridades médicas que utilizavam a desqualificação destas para promover a prática médica como a verdadeira arte de curar.

Exemplo disso pode ser o caso da parteira que havia sido acusada pela morte de um recém nascido, que depois de ter feito o parto, seguiu para Alcantara. Por conta disso, o seu filho, o senhor José Pedro da Silva, diante da denúncia publicada pelo jornal Pacotilha, não se calou alegando “tratando-se [...] de minha mãe, que, por não saber escrever não pode vir defender-se de uma tal accusação, que além de offensiva, repousa sobre o equívico”²¹. José Pedro ainda afirma aos leitores do jornal, que a sua mãe não fora “a parteira da creança de que se trata, nem essa creança teve parteira”, esclarecendo que quando ela “já ia embarcar, foi chamada por alguém do seu conhecimento que lhe pedira o obsequio de ir cortar, alli perto o umbigo de uma creança”.

Ainda no âmbito das tensões entre médicos e parteiras tradicionais, em defesa de sua mãe, José Pedro ironicamente questiona a eficiência da assistência médica e a sua contribuição para a diminuição da mortalidade, dizendo:

²⁰ **O Imparcial**, São Luís, 02/05/1930.

²¹ **Pacotilha**, São Luís, 21/05/1913.

[...] com efeito, não vemos, todos os dias, o obituário cheio de casos de tétano infantil e outras moléstias próprias dos primeiros dias da infância, observados em crianças, cuja maioria, às vezes é partejada por médicos illustres
E, demais, os Paes da criança em questão não atribuem o seu óbito a um caso de imperícia de quem lhe cortou o cordão umbilical...

Como podemos perceber, as condições sanitárias de São Luís na virada do século em nada se moldavam a ordem dos discursos que a medicina tentava estabelecer. Dessa forma, a medicalização do parto não significava segurança e nem garantia da diminuição da mortalidade neonatal tão criticada pelos médicos. As condições de assepsia e das ferramentas que pudessem auxiliar os médicos no momento do parto eram precárias, revelando o quanto, era fantasioso o sentimento de modernidade que a elite médica tentava implantar em São Luís.

Vale ressaltar ainda que o filho da parteira acusada, além de ser alfabetizado e ousar de ir ao jornal criticar as autoridades, era possivelmente alguém que pertencia a extratos medianos ou ainda quando não, revela uma atitude de não submissão às desigualdades de uma sociedade profundamente hierarquizada por critérios os mais diversos, notadamente o perfil étnico e de classe.

Através da justificativa deste caso, também podemos melhor visualizar o uso dos acontecimentos envolvendo parteiras tradicionais, pelas autoridades médicas, que atribuíam à elas a responsabilidade pelo óbito dos recém nascidos. Porém, vale ressaltar que isso não significa que não acontecessem descuidos e negligencia por parte dessas profissionais, mas o fundamental é compreender como os médicos serviam-se desses acontecimentos trágicos em favor da afirmação do seu poder na sociedade.

Apesar disso, nem todos acreditavam fielmente nas notícias publicados nos jornais. Desta vez, foi o jornal O combate quem publicou uma nota de revolta contra a matéria publicada pelo jornal O Imparcial sobre a morte da parturiente Rosa Vitelbor Gomes em consequência de queimaduras no corpo, enviada de São Bento por alguém que assinou como Bem-ti-vi, por meio da qual dizia que aquela era “uma acusação tremenda contra uma pobre parteira, dessas, Sr. Redator, que viu nascer todos nós, que não somos meninos”. Enfim, o dono das duras críticas contestava a versão publicada pelo jornal O Imparcial sobre o óbito da parturiente, supostamente provocado pela imperícia da parteira, dizendo ainda em sua defesa que o “semicúpio é banho da cintura para baixo, e isto sendo, como é que a infeliz não tinha queimaduras nessa região e sim nas pernas e braços”.

Para melhor compreender essa crítica, é importante acrescentar que o semicúpio é um banho relaxante e estimulante das funções orgânicas, servindo-se da aplicação de água morna na parte inferior do corpo, e neste caso, utilizado pela parteira Maria Tereza na parturiente

para aliviar as dores no trabalho de parto. Dessa maneira, essa publicação dá indício de que o autor da nota era uma pessoa instruída, com plenos domínios da escrita e com vasto conhecimento cultural, que apesar de se manter distante da capital, acompanhava do seu retiro os acontecimentos veiculados pelos jornais, mantendo-se informado.

De tal modo, percebemos que a insatisfação que o levou a redigir uma resposta sobre o suposto crime, partiu mais do seu incomodo em relação ao enaltecimento das parteiras diplomadas por parte do jornal O imparcial, do que pela acusação de imperícia atribuída a parteira que prestou assistência a senhora Rosa Vitelbor Gomes. Sobre isso, o autor da matéria diz que:

isso parece-me a mim um reclame em favor das melindrosas que exercem legalmente a difficil tarefa de parteiras, afim de serem afastadas da concorrência as pobres mulheres que não tem diploma, embora donas de uma pratica e longa experiência de muitos annos.

Esse negocio de parteira diplomada é invenção moderna, contemporânea da vitrola, na nossa terra, onde, desde os seus princípios as mulheres têm parido sempre, precedidas por suas parteiras analphabetas sem estudos de obstetrícia, como as novas doutoras que fazem lembrar as sabichonas de molière.

As nossas velhas parteiras se prestam para a acudir as pobres parturientes, sem pagamento prévio, e as vezes gratuitamente, porque as exigencias das melindrosas que pedem uma fortuna para o seu luxo e vaidade, assim como não podem chamar um medico especialista com o respectivo ‘chauffeur’ pois, muitas delas não tem nem mesmo como comprar os medicamentos prescriptos pelos doutores

[...]

Todo esse povo, homens e mulheres, velhos e novos, que vemos no Maranhão, quando nasceram foi nas mãos dessas pobres parteiras contra quaes tanto insultam as sabichonas e sem metores.²²

Essa longa citação serve para mostrar a crítica publicada pelo jornal O Combate, sobre a supervalorização das parteiras diplomadas em oposição às parteiras tradicionais, tratadas de forma estereotipada e preconceituosa. Também percebemos o reconhecimento das parteiras “analphabetas”, pelo autor da matéria, enquanto mulheres que utilizavam da solidariedade, transgredindo as regras e o ideal de submissão atribuído as mulheres, para ajudar aquelas que não tinham condições de serem assistidas pelas parteiras diplomadas ou pelos médicos.

Considerando que todo discurso nasce de um contexto, é interessante ressaltar que diferente do idealizado pelos médicos, as parteiras tradicionais reinavam como autoridade sobre os partos, e ainda respondiam pela maior fração destes, enquanto os métodos científicos possuíam quase nenhuma credibilidade em meio a população. Assim, por empregarem em sua prática os princípios do cientificismo, e também por sua condição feminina, as parteiras diplomadas foram representadas através do emprego de termos desqualificativos como “melindrosas”, “sabichonas de Molière” para se referir a essas profissionais que possuíam a

²² O combate, São Luís, 28/05/1930.

conduta do que era repudiado para uma mulher da época como valorização do conhecimento e o desenvolvimento profissional, ou seja, não seguiam o ideal de mulher devota, submissa, com atributos considerados necessários para o casamento.

A partir do que foi dito, é importante ressaltar que o preconceito e a negatização não aconteceram somente por parte dos médicos em relação à atividade das parteiras tradicionais, estas também construíram um olhar preconceituoso sobre esses profissionais. Contudo, diferente dos jornais, que veiculavam os ideais que a elite médica tentava instaurar, as pessoas comuns pouco deixaram testemunhos dessa recíproca insatisfação.

Dessa forma, o desconhecimento dos métodos, a desconfiança em relação ao diagnóstico e o tratamento, além da precariedade de como alguns procedimentos eram realizados pela medicina, causavam desconforto e aversão à figura médica. Ametista se recorda que sua filha, quando era jovem, vivenciou um parto difícil por não desenvolver “passagem para a criança”, e apesar dos riscos se recusou de ir ao médico dizendo: “vou ficar aqui mais a senhora, lá eles vão me judiar”. O relato desse acontecimento serve para mostrar a permanência da desconfiança em relação à prática médica num contexto mais recente onde, apesar da assistência ainda ser precária, já estava mais acessível às mulheres.

Isso reflete que as parteiras não atendiam somente parturientes que não tinham acesso a assistência médica, como no caso de Safira, que mesmo podendo dar a luz numa maternidade, preferiu ter o seu primeiro filho “aparado” por sua mãe Esmeralda, relatando que, “se tivesse dez filhos [...], queria ter com ela”. Essa escolha pelas parteiras tradicionais revela que elas não se tornaram somente uma alternativa para as mulheres sem acesso ao atendimento médico, mas uma opção de ter um parto mais humano e natural.

Num contexto onde a ciência e a fé não dividem os mesmos ideais, qualquer marca relacionada ao sobrenatural é associada ao atraso e a ignorância. O uso de métodos não comprovados cientificamente, associados à fé e a religiosidade que marcam a prática das parteiras tradicionais, foi o fator mais condenado pelos médicos.

Por outro lado, as parteiras leigas percebem a sua prática como um dom inato concedido por Deus, aflorado em uma emergência quando elas são a única opção de socorro, como no caso de Esmeralda que tinha quinze anos de idade quando realizou o parto de um irmão que não esperou, a chegada uma parteira experiente, para nascer. Ao recordar de sua mãe Esmeralda, Safira conta que quando alguém perguntava como ela havia adquirido os conhecimentos necessários para partejar, ela sempre dizia: “foi um dom que não aprendi de médico, foi um dom que eu já nasci com ele”. Não muito diferente de Esmeralda, Rubi diz que nem “sonhava ainda de ser mulher, era uma criança”, quando “aparou” a primeira criança

com doze anos de idade, revelando que o conhecimento necessário para ser parteira “é coisa que Deus dá, e a gente não pode se negar”.

Diferente de Rubi e Esmeralda, o primeiro parto realizado por Ametista foi o seu. Ela foi sua própria parteira dos onze filhos que colocou no mundo, dizendo que paria “sozinha e com a licença de Deus”, pois como o seu trabalho de parto era rápido, os seus filhos nasciam antes das parteiras chegarem. A partir dessa necessidade de conduzir seus partos, ela diz que tudo aconteceu com “a permissão de Deus, de Nossa Senhora do Bom parto e seus Companheiros de Luz”.

Assim, o conhecimento sobre os partos, entendido por essas mulheres como um presente divino, não permitia a cobrança pela assistência. A ajuda ao próximo servia como uma forma de agradecimento pelo privilégio de ter sido escolhida por Deus. Sobre isso, Safira se recorda que a sua mãe não recebia pagamento pelo seu trabalho como parteira e benzedeira, mas ganhava “agradinhos” como, “café, açúcar....Quando ela ia pro interior eles davam saca de farinha pra ela, arroz”. Diante disso, num cenário de tantas dificuldades, onde todas essas senhoras pertencem aos extratos menos desfavorecidos da sociedade, os laços de solidariedade também se davam através de ajudas que pudessem aliviar as dificuldades.

Contudo, essa ligação com o sagrado não estava restrita somente ao agradecimento pelo dom fornecido por Deus, mas se manifestava em todo cuidado realizado durante o pré-parto, parto e pós-parto, por meio dos pedidos de ajuda e de proteção daquele que lhes concedera aquela dádiva. Dessa maneira, para que a graça de um bom parto fosse alcançada, eram requisitados entidades religiosas de acordo com os credos da parteira, contudo, entre os mais populares estão Nossa Senhora do Bom Parto e São Raimundo Nonato.

A busca maternal por Nossa Senhora do Bom Parto, uma das representações da Virgem Maria, é facilmente compreendida no sentido de que Maria, isenta do pecado original, teria tido o seu filho Jesus sem as dificuldades do parto. Por isso, Nossa Senhora do Bom Parto é constantemente requisitada pelas parteiras e gestantes, que pedem proteção contra os males que podem acometer a mãe e a criança durante o parto. Enquanto São Raimundo Nonato, santo espanhol bastante popular, é considerado o protetor das parturientes e das parteiras. Essa atribuição está relacionada ao seu nascimento, pois São Raimundo nasceu após a morte de sua mãe devido às dificuldades sofridas no parto, por isso recebeu o nome de “‘Nonato’ que significa ‘não nascido’”, (GRAVIERS; JACOMET, 2008:169).

A devoção por esses santos demonstram, além da identificação pelas causas que eles intercedem, as permanências da cultura ibérica nas práticas culturais, sobretudo, na arte de partejar. Rubi se lembra toda orgulhosa que é devota de São Raimundo Nonato desde criança,

dizendo: “minha mãe dizia que o meu protetor era ele, inclusive eu tenho ele aqui na minha casa. E gosto e rezo pra ele toda noite, porque o problema da parteira leiga ²³ [...] é de Deus”, assim, a parteira ao ajudar outras pessoas em dificuldades, precisa constantemente renovar a sua proximidade à Deus. Safira também rememora que a sua mãe também tinha um oratório dedicado à Nossa Senhora do Bom Parto, e que mesmo após a morte de Esmeralda, ela ainda o mantém em sua casa em memória dela.

Dessa forma, as orações eram frequentemente realizadas com o objetivo de que a parturiente e a parteira pudessem ser agraciadas com o sucesso dos partos. Safira, ao se lembrar do parto seu primeiro filho, diz que quando sua mãe “fazia o parto sempre, tinha a reza”. Sobre esse recurso mágico/religioso ela descreve:

Era feita, assim, com um pano. As rezas eram colocadas dentro de um panozinho com um fio amarrada juntinho. E ela, na hora da oração do parto, que eu diga, ela colocava em cima da barriga e ela começava as orações dela. Só que eu nunca gravei, nunca nem perguntei pra ela como eram essas orações.

Ametista ao falar sobre o seu ofício conta que também faz suas orações no parto para receber as bênçãos de Deus, principalmente na hora de tirar a placenta, que segundo ela é a parte mais difícil do parto, porque “a gente não pode puxar, se não rebenta o imbrigo. Tem que procurar jeito e rezar e pedir força pra Deus, pra virgem Maria do Bom Parto”. Dessa maneira, as rezas se apresentam como uma intervenção espiritual para o sucesso do procedimento. Nesses casos em que a placenta não sai com facilidade, ela conta que coloca a mão sobre a barriga e faz a seguinte reza pedindo intercessão: “Quando Jesus andou no mundo, vós fez um parto e a placenta vós tirou, ajude a atirar essa placenta dessa filha de Deus, meu Bom Pastor”.

Sobre a assistência nesse cenário onde o atendimento médico era quase inacessível para as pessoas dos extratos menos favorecidos, Rubi diz que naquele tempo as mulheres “não procuravam muito esse negócio de médico, não tinha médico pra essas coisas. Tinha médico era pra negócio de operar” de doenças e outros males. Diante desse cenário onde as parteiras eram uma das poucas opções de socorro, Safira conta que sua mãe cuidava de males do corpo e do espírito, por que além de parteira, também era benzedeira. Esmeralda dizia que quando era jovem

²³ Apesar das parteiras entrevistadas se identificarem como parteiras leigas, ao longo da construção deste trabalho, procurei utilizar parteiras tradicionais para me referir a essas mulheres, pois o termo leiga remete a uma pessoa com pouco ou sem nenhum conhecimento. A despeito disso, é importante ressaltar que essa nomenclatura foi atribuída às parteiras tradicionais, de forma pejorativa, para distingui-las das parteiras diplomadas no processo de medicalização do parto.

Era só as benzeadeira, as parteira, ao mesmo tempo que elas eram uma coisa só. Não tinha esse negócio de médico. Se não me engano naquele tempo só tinha a Santa Casa. [...] em mil novecentos e trinta e quarenta era só elas que faziam parto benziam, faziam garrafada, era só o atendimento. Era só as parteiras e as benzeadeiras.

Ela ainda ressalta que Esmeralda curava vários males, “benzia de quebranto ²⁴”, mau-olhado”, “de espinhela, de arca caída ²⁵”, tratando adultos, mas principalmente crianças, “não cobrando pra aquele quebrante [...] dar certo”. Para o tratamento das doenças ela “fazia lambedor com casca de vários tipos de erva” para as crianças, e fazia “garrafada pra mulheres que tavam com inflamação” no útero ou incomodo nos órgãos reprodutores. Dessa forma, como não tinha “negócio de ciência”, as pessoas chegavam e diziam: “eu acho que eu tô com o útero fraco”, e a partir disso, a sua mãe providenciava um tratamento natural.

Ademais, percebemos que essas características da atividade das parteiras não eram homogêneas, cada uma utilizava o método de acordo com o sucesso do procedimento em decorrência das repetições. Assim, diferente de Esmeralda, Rubi diz que nunca gostou de benzer, “esse negócio de benzimento acaba com a pessoa, é pior do que a parteira. Porque o benzimento, aquela coisa passa pra gente, ela disgroteira”.

Nesse quadro de extrema vulnerabilidade, as alternativas de tratamentos aprendidos e compartilhados no cotidiano das pessoas com poucas condições, era uma forma de amenizar as dificuldades nos momentos em que o médico não estava presente, assim, em meio as poucas opções, todas as soluções encaminhadas que pudesse garantir o mínimo de alívio ao sofrimento eram válidas. Os elementos naturais que estavam ao alcance, eram utilizados no preparo de chás, garrafadas, entre outros preparos que buscavam restabelecer a saúde da mulher.

É interessante ressaltar que o uso desses elementos naturais pelas parteiras era realizado de acordo com a necessidade da mulher e do seu estado de saúde. Safira observa que em seu parto, sua mãe, Esmeralda fez “café pra colocar manteiga [...] pra mulher ter bastante força e também, o chá da pimenta do reino, o caroço, não precisava negocio de socar não, pra poder a mulher ter mais força” diante das dores do parto.

Ametista também relata as receitas naturais que utilizava para ajudar a parturiente no parto, sobre o que ela diz:

²⁴ O quebranto ou “mau-olhado”, de acordo com a crença popular, é o resultado do olhar negativo de algumas pessoas sobre outras que manifesta-se no corpo por meio de doenças.

²⁵ “arca caída” ou “espinhela caída” são nomes populares para o deslocamento da cartilagem da caixa torácica. Em crianças é popularmente chamado de “vento virado”.

O chá que eu faço, eu boto aquele... pimenta do reino. A gente bate um pouquinho, não é muito, e faz o chá. Quando tem azeite doce a gente bota, mas eu nunca tive pra botar, né? Aí cõa e dá. Faz um mingau bem ralinho de farinha seca, bota a pimenta e dá, a pimenta bate e bota. E passo o azeite assim na barriga, nos quartos.

Notamos que tanto Esmeralda quanto Ametista utilizavam a pimenta do reino em grãos para acelerar as contrações do parto, conseqüentemente, para que este acontecesse mais depressa, diminuindo o sofrimento, enquanto a farinha utilizada por Ametista servia para dar forças para a mulher em meio ao desgaste físico do parto vaginal. Já o azeite de “carrapato”²⁶, diferente da pimenta e da farinha, era utilizado para massagear a barriga e o quadril da parturiente, aliviando as tensões provocadas pelas contrações, e posteriormente para massagear a barriga auxiliando a retirada da placenta.

Ametista contou orgulhosa que, certa vez, fez o parto de uma jumenta “que já tava pedindo pra morrer, já tava passando o braço por cima da cabeça”. Assim, vendo a inquietude do animal, “preocupada com ela desde de manhã”, por que sabia que o “jumentinho estava atravessado”, Ametista com muita esforço, massageando a barriga da jumenta com “azeite de carrapato”, conseguiu posicionar o jumentinho dentro do ventre de sua mãe e conduzi-lo ao nascimento. Depois de grande esforço realizado, ela diz que ao se ajoelhar só olhava mato, e não via ninguém para ajudá-la, então resolveu pedir intercessão divina: “Oh meu bom Jesus me dê licença, esse animalzinho tá relutando... Oh minha Virgem do Bom Parto. Oh meus Companheiros de Luz me ajudem!”. E foi a partir de sua intervenção que o animal nasceu.

Ametista é natural da cidade de São João Batista, veio morar na zona rural de São Luís ainda jovem onde “arranjou” família e criou os seus filhos. Ela se recorda, que os seus primeiros conhecimentos como parteira foram adquiridos através do seu pai, que também era parteiro, mas que assim como ela, exercia outras atividades. E a partir dos conhecimentos adquiridos por meio do manejo de animais, e por associação, o seu pai desenvolveu uma experiência necessária para realizar partos. Ametista diz que além de “pegar menino”, ele “fazia parto de vaca, de jumenta, de tudo em quanto ele era parteiro”, porém, ela só se tornou parteira após ter “pegado” todos os seus onze filhos. E foi somente com “uns quarenta anos” que começou a assistir o parto de outras mulheres diante das necessidades.

Ao falar de sua experiência, ela conta que foi conseqüência das dificuldades dos partos que já realizou. Sobre o trabalho de parto de um dos seus filhos, Ametista conta que após chegar da pesca e iniciar o preparo do almoço, “quebrando um coco pra fazer um vinho [...] pra botar no cumê”, de repente sentiu as dores do parto e logo pariu no chão do seu quarto enquanto tentava chegar em sua rede. Impossibilitada de levantar, e preocupada com a

²⁶ Azeite de carrapato é a forma como é popularmente conhecido o azeite extraído da semente da mamona.

placenta que estava com dificuldades de descolar do interior do ventre, chamou sua mãe e disse: “me dê um dente de alho. Ela me deu o dente de alho eu passei na placenta, no cordão. Eu rezei, eu mesma” e foi a partir desse procedimento que a placenta saiu.

Quanto ao uso de plantas medicinais no processo de reabilitação das “paridas”, Ametista diz que faz um preparo em que “bota a folha de algodão pra cozinhar e [...] espreme pra sair àquela água, a gente bate alfazema e bota e dá com o sumo do algodão pra limpar a barriga”. É importante observar que essas medidas eram utilizadas com base num conhecimento compartilhado por mulheres, durante muito tempo, com o objetivo de que a mulher se restabelecesse, impedindo que alguma mal pudesse acometê-la no resguardo.

Diferente de Ametista, Rubi não revelou quais plantas utilizava para auxiliar no seu exercício como parteira. Sobre isso, ela se limitou em dizer que “a gente agarrava remédio do mato, [...] fazia o chá e dava pra mulher. Aí ela tomava e não demorava muito e o negócio pegava. Tudo a gente fazia, isso era um fortificante também”. Talvez em sua concepção as rezas e o uso das ervas e plantas deveriam ser mantidas em segredo, ministradas somente por quem estava habilitada a fazê-lo.

Diante disso, não nos interessa discutir se esses métodos eram eficazes ou não, o que importa é enfatizar que essas medidas usuais de tratamento, baseados na natureza e elementos mágicos/religiosos, era a única opção no momento de desespero de uma grande parte de pessoas que não possuíam condições de pagar um médico, ou mesmo quando esses profissionais não eram acessíveis para socorrê-las.

Dessa forma, como o conhecimento dessas mulheres na maioria das vezes eram a única alternativa de socorro, devido à constante requisição, a vida como parteira representava renúncia e solidariedade ao ajudar outras mulheres. Sobre o ofício de sua mãe, Safira diz que tinha nove anos quando teve “entendimento que ela era parteira”, ao lembrar-se das pessoas chegando a sua casa a procura de sua mãe para fazer parto, e dos avisos que ela sempre deixava ao sair, dizendo: “fica em casa. Minha filha fica cuidando da casa direitinho que eu vou fazer um parto”. Safira informa que “ela ia pra os lugares, eram bastante longe, sempre ia de bicicleta às vezes até amontada em animais, até jumento e em carroça”. Assim, mesmo pequena, nas ausências de sua mãe, que lhe pegou pra criar quando tinha apenas nove meses, era ela quem assumia as responsabilidades domésticas. E foi com essas dificuldades que Esmeralda realizou partos em várias regiões de São Luís, inclusive no interior do estado.

Ao descrever a sua atuação como parteira, Rubi recorda que fazia tantos partos que “as vezes chegava em casa, só pra vir”, mas que apesar das dificuldades, orgulhosa diz: “pra mim, foi o melhor trabalho que já fiz, eu tinha aquele prazer, pra mim agarrar e fazer aquele

trabalho [...] mas eu gostava da minha profissão, vou dizer que gostava, gostava demais. Quantas noites eu perdi de sono com mulher, mas só saía depois que a mulher paria”. Ametista também fala com muito amor de sua “profissão”, mostrando-se sempre disposta a ajudar todos que procuravam os seus serviços, mesmo que fosse para atender animais que se encontravam em dificuldades para parir, mas diz que “é ruim fazer parto de animal, porque eles não entendem nada, não sabem de nada.”

Diante disso, é interessante notar que a atividade da parteira também transpassava pela condição feminina, impedindo que as mulheres cumprissem alguns deveres atribuídos a elas, como se dedicar aos cuidados da casa e dos filhos, pois como recorrentemente apareciam mulheres necessitando de ajuda, logo tratavam de deixar os seus lares e outros trabalhos que desempenhavam para atender os chamados.

Além disso, para exercer a arte dos partos, a parteira tradicional precisava ter o corpo treinado e saudável. Esses atributos eram fundamentais para garantir o sucesso das manobras necessárias, como “sacudir a barriga”, o que em longo prazo trazia consequências para os seus corpos. Rubi ao perceber as marcas dessa profissão em seu corpo, diz que deixou de partejar por causa dos problemas na “vista”, que, segundo ela, foi prejudicada em razão de fazer partos que “deixa uma serie de problema”, causados principalmente pelo rompimento da “dianteira ²⁷”, que quando “arrebentava, a gente não usava proteção na vista”. Outro procedimento frequentemente realizado pelas parteiras e que necessitavam de um corpo treinado era “mexer” ou “sacudir a barriga”. Esse procedimento era realizado desde os primeiros meses da gravidez para posicionar a barriga e acompanhar o desenvolvimento do feto e/ou para saber quantas crianças estavam sendo geradas. Contudo, por esse procedimento ser realizado várias vezes durante a gravidez, principalmente nos últimos meses de gestação, as parteiras recorrentemente estavam realizando essas manobras que tanto necessitavam de esforço físico.

Ao lembrar as suas experiências com a gestação, Safira diz que Esmeralda “mexeu” a sua barriga várias vezes, tanto na primeira gestação, em que ela fez o seu parto, quanto na segunda, quando ficou grávida de gêmeos. Ela relata que esse procedimento foi realizado “quatro vezes, só que ela não chegou a fazer essas posições, porque já tava bem debilitada” e mexer a barriga necessitava de muito esforço. Sobre esse procedimento a que tanto se submeteu, ela conta que

²⁷ Para as parteiras a “dianteira” é o mesmo que bolsa das águas, ou bolsa amniótica. Recebe este nome, pois segundo elas, é um dos primeiros sinais do trabalho de parto.

ela mandava a mulher deitar na posição, aí ela colocava as mãos por debaixo e sempre dava três sacudidas. E às vezes, quando ela ainda era um pouco mais nova ela ficava em cima da cama com as pernas abertas, em posição aberta, pra poder colocar as mãos por debaixo da mulher pra poder levantar três vezes, até quatro, aí depois ela descia e pegava o pé da mulher e dava três balançada.

Rubi também conta que uma vez ao adentrar em uma maternidade e ver o sofrimento de uma parturiente, se comoveu com os gritos da mulher que estava em trabalho de parto, e questionou: “meu Deus do céu, será possível que esses médicos não estão vendo essa mulher gritar, meu Deus”. Diante disso, ao perceber que a parturiente estava sozinha, logo tratou de entrar na sala e deu “uma disfarçada”, questionando a parturiente sobre o que os médicos haviam diagnosticado e logo se encarregou de ajudar a amenizar o sofrimento, “sacudindo a barriga” da parturiente, “posicionando a criança agarrando e ajeitando” quando “a dianteira, pá!”. E foi aí que a enfermeira apareceu para examinar a parturiente logo após a “dianteira” estourar.

Outro traço marcante da atuação das parteiras é a sensibilidade e a forte intuição com o período da gestação. Rubi relata que conhece a condição da mulher pela barriga, sempre que observa uma gestante fica “olhando pras barriga das mulher”, analisando a gravidez, se a “barriga tá certa”, ou se a criança tá bem posicionada”. Segundo ela, quando percebe que algo não está certo, aí ela diz: “Oh meu Deus, dá um bom parto pra essa mulher, porque o negócio é serio, do que eu já vi, o que eu já assisti”.

Sobre o sexo do bebê, Safira conta que a sua mãe Esmeralda “tinha algum dom que ela sabia, no toque, assim, das costas [...], não sei se era no movimento dela tocar, ela dizia se era homem ou se era mulher”, ou então ela dava um palpite considerando a idade gestacional que a mãe sentiu o primeiro movimento do feto, se “mexeu com dois meses, aí ela dizia: ah então é homem. Se mexesse com cinco meses, de cinco pra seis, aí então é menina”. De acordo com Anayansi Brenes (2005:53), isso está relacionado a uma concepção sobre a formação das almas das crianças, criada do século XVIII pela Igreja Católica para orientar o sacrifício do feto quando este representava perigo para a mãe, uma vez que defendia que, no ventre da mãe, os meninos recebiam a alma com quarenta dias e as meninas somente com oitenta, por isso estas mexiam mais tarde.

Quanto aos procedimentos realizados no parto, Ametista conta que o toque é realizado para saber se a mulher tem dilatação e a criança tem “passagem” para nascer. Para medir a dilatação do útero, ela diz que “dá o toque [...] se o dedo da gente abrir, ela tem passagem pra ter a criança, e se não abrir, ela não tem passagem”. Ainda sobre o toque, Safira se recorda

que Esmeralda “só dava o toque no último recurso”, pois segundo ela essa era uma forma de evitar contaminações, além de ser uma forma de preservar o corpo da mulher.

Nesse contexto onde as condições eram precárias, as mínimas atitudes na busca de garantir a higiene faziam a diferença na tentativa de amenizar as consequências como infecção ou a morte da parturiente por febre puerperal. Como forma de garantir a saúde e melhores condições no parto, Rubi lembra que quando era parteira “não usava luva, [...] Primeiramente lavava com água e com sabão, com essas coisas. Depois lavava com o álcool pra enxugar” e a partir daí, estaria pronta para realizar procedimentos como o toque vaginal, que necessita estar com as mãos bem higienizadas.

É interessante observar que a precariedade de como a higiene era conduzida, não se restringia às parteiras tradicionais. As medidas que tentavam amenizar as péssimas condições de higiene de São Luís, na virada do século, em nada se moldavam a ordem dos discursos que a medicina tentava estabelecer. Segundo Correia (2006: 69), a grande maioria vivia de acordo com suas possibilidades, em condições impróprias e indignas para a sobrevivência, enquanto as autoridades municipais omitiam-se diante da realidade, o que era somado à falta de cuidados dos moradores.

Quanto à perspectiva higienista sobre essas questões, a pobreza e a doença passam a ser classificadas como sinônimos, conseqüentemente, as práticas populares além de ser um perigo moral, em razão dos comportamentos considerados inadequados, tornavam-se também, um perigo para a saúde pública, como no caso das parteiras, que estavam vulneráveis a todo tipo de denuncia que buscavam a condenação da sua atividade.

Diante dessas considerações, após lavar as mãos e secá-las, por meio do toque era constatado se a mulher estava dilatando e o parto evoluindo, ou se seriam necessários outros tipos de intervenções possíveis como o estímulo do períneo. Porém, como os corpos não se comportam de forma uniforme, algumas mulheres não conseguem dilatar o necessário para a passagem do bebê, dessa forma, hoje o que pede intervenção médica, quando a assistência medicalizada não era acessível, as parteiras contornavam essa situação dentro das suas possibilidades. Rubi diz que “parteira sempre tem que procurar um jeito pra poder tirar” a criança, pois quando a mulher não desenvolve a “passagem” ela interfere “metendo a mão”, “massageando divagarinho, conversando” com a parturiente “pra poder tirar o menino”.

Entretanto, devemos salientar que os procedimentos não se limitavam ao momento do parto. Ametista recomenda que após dar a luz, a mulher não pode ficar com as pernas abertas com o ventre para cima, ela “tem que ficar de banda [...] pra depois limpar, pra não ficar aberta”, porque a mulher fica com o corpo aberto e suscetível a vários males que podem trazer

consequências para toda a vida. Em meio a tantos detalhes na realização do parto, a placenta recebia atenção especial, porque diferente da criança que é expulsa da barriga pelas contrações, a placenta precisa de cuidado para desprender-se do corpo da mãe. Após a retirada, Ametista diz que “mede, amarra, dá três nós de linha forte e aí corta” e pós todos os cuidados do parto, a placenta é enterrada.

Após os cuidados com o parto, as parteiras faziam recomendações para o “resguardo”, vislumbrando o retorno da mulher aos seus afazeres. Safira lembra que o resguardo não havia um tempo definido. Sua mãe Esmeralda recomendava que “não poderia pegar sol, não pegar chuva, não comer limão, comer galinha, peixe, e não peixe reimoso”, além disso, o resguardo significava se resguardar de uma série de atividades que pudessem comprometer a recuperação do parto. Ametista também fazia recomendações para as mulheres a quem assistia o parto, dizendo-lhes: “não pode passar por cima de batente alto, não pode se misturar com o marido, [...] quando você for sentar num banquinho baixo, você senta com cuidado, em cima de um pano, [...] que a mulher fica toda ferida, toda aberta”. Segundo elas, as recomendações deveriam ser seguidas fielmente, porque se fossem burladas, poderiam trazer consequências futuramente.

É válido ressaltar, ainda, que não era só a mãe que precisava de cuidados, a criança recém nascida, que era o centro desse evento social, também recebia os cuidados da parteira durante o trabalho de parto, desde o preparo das ferramentas, como a tesoura, o fio, e o banho que a criança tomava após o nascimento. Ametista diz que o umbigo precisava ser medido para cortar “a gente corta três dedo, mede e corta” e é amarrado “com três nó” para que não ocorressem problemas na queda e cicatrização do umbigo. Safira observa que sua mãe amarrava o umbigo “era com um fio, não tinha, assim, um fio específico”, ou seja, tudo era realizado de acordo com as possibilidades.

Ametista observa que após o nascimento “banhava a criança, limpava tudo bonitim, direitim, ajeitava o imbigio, tudim. Quer dizer, isso tudo pra evitar a doença”, assim, o banho era uma forma de higienizar a criança após o parto para evitar possíveis contaminações que pudessem levar a criança ao óbito. Contudo, o banho que Ametista dava nos recém nascidos tinha algo a mais, segundo ela, botar cachaça no banho, era uma forma de “tirar aquelas coisas ruim” após o nascimento, para isso, havia a necessidade de benzer e pedir “força pra Jesus” para que os males fossem afastados. Ela revela ainda que no momento do banho ela levanta o “goto²⁸”, colocando o polegar na boquinha da criança”, levantando “três vezes pra

²⁸ O “goto” ou “sino da garganta” é como a úvula é popularmente conhecida.

não ficar com aquele problema de garganta”. Esses procedimentos, e também o benzimento, explicam por que a pediatria, através puericultura, tentava normalizar a conduta das mães quanto aos cuidados com os filhos, e condenava a prática das parteiras por considerar um atraso por meio do emprego dos seus métodos.

Além da preocupação com o físico dos recém nascidos, havia também a preocupação espiritual. Safira se recorda que, há algum tempo, sua mãe Esmeralda foi solicitada a ajudar uma mulher que havia sentido as dores do parto no sexto mês de gestação, e “teve no chão, acocada esperando o ônibus” enquanto tentava ir à uma maternidade. Porém a criança nasceu prematura e sem vida, e Esmeralda por ser uma parteira muito experiente, foi requisitada a ajudar realizando os primeiros procedimentos necessários após o parto, como o corte do umbigo e a retirada da placenta. Após prestar os primeiros cuidados com a mãe, ela colocou o corpo do recém nascido “dentro numa caixinha de sapato e pegou a vassourinha com água benta para batizar, porque a criança não poderia ser enterrada sem batizar”. Essa prática demonstra uma clara permanência da realização do sacramento do batismo pelas parteiras sem autorização da Igreja, em casos emergenciais quando estas eram a única opção para batizar a criança.

Em face desses aspectos, notamos que Esmeralda, que morreu com 81 anos de experiência com partos, desenvolveu o seu saber fazer ainda num contexto de tensões entre médicos e parteiras e marcado por forte preconceito contra o seu trabalho. Sua filha Safira se recorda que após escolher ter o seu primeiro filho “aparado” pela sua mãe, foi duramente criticada por uma pessoa que “nasceu em casa de parteira no interior”, mas que lhe questionava sobre a sua decisão dizendo: “tu vai ter o teu filho com uma pessoa parteira, [...] tu nem sabe se ela vai conseguir”. Ademais, apesar dessa desconfiança por parte de algumas pessoas, Safira que já conhecia a atuação de sua mãe, relata que foi tratada com muito carinho e paciência e que é uma “experiência em tanto, quanto da pessoa que ta fazendo o parto, como da mãe” que está vivendo um momento único.

Rubi conta que foi reconhecida principalmente pela a sua coragem em conduzir o parto, principalmente “na hora de cortar o imbigó”, isto porque enquanto a maioria das mulheres tinha medo, ela se encorajou em ajudar aquelas que necessitavam da sua intervenção. Porém, dizia que “tudo isso foi Deus que me ensinou que deu a teoria de agarrar e fazer”. Não muito diferente dessa, Ametista conta que já fez o parto de “muito, muito menino, que tem gente que eu nem sei mais o tanto”, mas que o reconhecimento vem por meio do pedido de benção por parte daqueles que ajudou a colocar no mundo, como uma forma de respeito e reverencia, ou através do tratamento de comadre que recebia após o estreitamento dos laços na condução do

parto. Esmeralda, por possuir muita experiência sobre partos, foi muito requisitada para ensinar outras mulheres “dando algumas explicações de como era o parto” para aquelas que também queriam ser parteiras.

A partir desse reconhecimento sobre a importância das parteiras para as pessoas mais simples, notamos que o processo de estereotipização por parte dos médicos, e principalmente através de notícias veiculadas por jornais de São Luís na virada do século XIX para o XX, não tirou o reconhecimento das parteiras que atuavam na cidade como a “antiga parteira Veridiana Joanna Chaves”²⁹, que residia na Madre de Deus, e da senhora “Floribella Rosa Cyrilla, antiga parteira, maior de oitenta anos”³⁰, que tiveram os seus falecimentos anunciados no jornal Diário do Maranhão, demonstrando o reconhecimento sobre a vida dedicada aos cuidados, num cenário onde a tensão sobre quem deveria conduzir o parto se intensificou, o que revela que as opiniões em relação à atuação das parteiras não foram homogêneas e nem conseguiram extirpar a prática dessas mulheres que permanecem até os dias atuais.

²⁹ **Diário do Maranhão**, São Luís, 21/06/1899.

³⁰ **Diário do Maranhão**, São Luís, 25/07/1906.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao fim deste trabalho, na esperança de que ele tenha contribuído para melhor compreender como o discurso médico, ao longo do processo histórico, construiu um ideal de comportamento feminino, principalmente na virada do século XIX para o XX, visando normalizar as atividades femininas em função dos seus interesses e do Estado. Além de mostrar como se deu a dominação e a medicalização do parto, o que era uma atividade tradicionalmente feminina, que por meio da ciência, passou a ser dominada por homens que expressavam os seus conceitos e preconceitos em prol da manutenção do seu poder e monopólio do verdadeiro conhecimento – o científico –, fator determinante para estabelecer os conflitos e as representações estereotipadas e preconceituosas em torno das parteiras tradicionais e sua arte.

Através do uso do gênero como categoria relacional e das representações em torno das mulheres, pudemos chegar a conclusões difíceis de serem alcançadas sem essa base teórica, pois uma coisa é entender as práticas das parteiras e outra é compreender como essa atividade foi negativada e estereotipada pelos médicos. Notamos que esse movimento se deu em consequência da ameaça que as parteiras representavam ao monopólio dos médicos, pretensos portadores do verdadeiro conhecimento, em todas as camadas sociais. E ainda, como os médicos tentavam combater toda forma de conhecimento que não fosse norteadada pelo cientificismo, na crença de que a presença dessas práticas retardaria o progresso e a civilização. Para isso, o discurso normalizador, foi fundamental para tentar disciplinar os alegados maus comportamentos da população de São Luís.

Porém, também percebemos que esse não é um movimento único, há um preconceito e uma visão desconfiada por parte das parteiras tradicionais a partir do crescimento da atuação médica, classificando esses como impacientes, incompetentes e indiferentes ao sofrimento das mulheres no momento do parto e até pela dificuldade de compreender o “novo”, fatores que contribuíram para que esses profissionais fossem vistos com desconfiança e medo pela população.

Do ponto de vista historiográfico, encontramos algumas dificuldades na construção deste trabalho tendo em vista a carências de fontes e as poucas produções que abordam a visão das parteiras tradicionais nesse embate. Algumas pesquisas, a despeito de serem bastante interessantes, abordam em suas análises os discursos em torno do corpo e da sexualidade feminina, mas não tratam com a mesma amplitude a importância das parteiras

tradicionais que se dedicaram à reprodução e a maternidade, principais funções atribuída às mulheres na virada do século XIX para o XX.

Diante desse problema historiográfico, através da oralidade, tentamos compreender a atuação das parteiras tradicionais e a sua importância para algumas mulheres que tiveram seus filhos “aparados”, mesmo num contexto de normalização de comportamentos, na tentativa de podermos chegar a conclusões impossíveis de serem alcançadas sem os seus testemunhos. É evidente que a mentalidade de uma parteira tradicional, por mais idosa e experiente que seja, não é a mesma de uma que atuava no início do século XX residindo no centro de São Luís. Por isso, os relatos precisaram ser analisados com todo cuidado para melhor compreender as mudanças e as permanências deste conflito.

Notamos que as características desse embate não desapareceram por completo, as práticas socialmente consideradas inconvenientes continuam sendo representadas de forma pejorativa e preconceituosa, daí precisarem ser adequadas aos ditames da nova ordem. Razão pela qual houve a criação de políticas públicas no fim do século passado, na tentativa de fornecer treinamento que buscavam medicalizar as atividades das parteiras, buscando instruir sobre melhores práticas de higiene e assepsia na assistência de mulheres grávidas e crianças, tentando prevenir ou capacitá-las para melhor desempenhar sua atividade, contribuindo para a diminuição da mortalidade neonatal, ou seja, um treinamento que buscou ensinar mulheres com vasta experiência em partos a fazerem partos que se adéquem aos princípios do cientificismo.

Contudo, essa instrução das parteiras tradicionais, idealizada pelo grupo feminista “mulheres da ilha”³¹ também favoreceu a consciência dessa categoria sobre a importância da sua prática, tanto para a cultura quanto para a sociedade, para que pudessem criar formas de resistência conservando as principais características da sua atividade, como o uso medicinal de elementos naturais e a sua relação com o sagrado. Ademais, essa preocupação com a formação técnicas de primeiros socorros e de higiene das parteiras não possibilitou que elas tivessem maior reconhecimento social.

A partir da valorização do parto humanizado recomendado pela Organização Mundial de Saúde, ficou mais perceptível que o problema não está relacionado somente com os profissionais que conduzem os partos, tanto que no início do século XX as parteiras diplomadas partejavam sem problemas, mas a preocupação está voltada para os métodos e os princípios utilizados. Diferentes das parteiras tradicionais que assistem quase exclusivamente

³¹ Para mais informações sobre as ações organizadas e desenvolvidas por grupos feministas maranhense, ver o livro de Mary Ferreira, “As Caetanas vão à luta: feminismos e políticas públicas no Maranhão.”

mulheres pobres atualmente têm as doulas, mulheres que prestam assistência física e emocional no pré-parto, parto e pós-parto, se restringindo as camadas mais abastadas que podem pagar pelos seus serviços, o que torna a sua participação limitada na sociedade. Diferente das doulas que possuem formação relacionada à área da saúde, as parteiras tradicionais que sempre realizaram quase a mesma função, algumas vezes até mais abrangente, mas por utilizarem recursos que vão de encontro aos preceitos do cientificismo, permanecem sem o real reconhecimento da sua atividade.

A partir do que vemos, não temos o objetivo de julgar sobre qual é a melhor, ou menos favorável forma de trazer os filhos ao mundo, mas de compreender ao longo do processo histórico, como se deram os embates em torno da dominação do corpo feminino e dos discursos produzidos para facilitar essa dominação e manter o monopólio do conhecimento científico como verdadeiro. Dessa maneira, esse trabalho termina na esperança de que tenha proporcionado reflexões sobre como as representações podem trazer consequências, por um longo período, contribuindo para uma visão estereotipada e equivocada.

FONTES UTILIZADAS

1. Fontes impressas

CASTRO, Francisco de Paula. **Da alimentação nas primeiras idades: estudo crítico sobre os diferentes métodos de aleitamento**. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1883.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA. **Relatório de 1918**. Maranhão: J. Pires, 1920.

2. Fontes orais

Depoimentos que foram me concedidos, entre outubro e novembro de 2017, por dona Simone, filha da parteira Conceição já falecida, que reside na Vila Esperança. Dona Munda, parteira que reside no Maracanã. E dona Luzia, também parteira, moradora do Coqueiro.

3. Jornais de São Luís (1890-1935).

Diário de São Luiz.

Diário do Maranhão.

O Imparcial.

O Combate.

Pacotilha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BERRIOT-SALVADORE, Évelyne. **O discurso da medicina e da ciência**. In: DAVIS, Natalie Zemon e FARGE, Arlette (orgs.). **História das mulheres no Ocidente**. Porto: Ed. Afrontamento, 1991, v.3, p. 409-455.
- BÍBLIA, A. T. Gênesis. In Bíblia. Português. **Bíblia Sagrada**, Antigo e Novo Testamento, Reina-Valera. 1ª edição. Rio de Janeiro: 2011.
- BLOCH, Mac. **Apologia da história, ou, O ofício de historiador**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BRENES, Anayansi Correa. **Bruxas comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e da ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses**. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.
- BURKE, Peter. **O que é história cultural**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- BYINGTON, Carlos Amadeu B..Prefácio. **O martelo das feiticeiras- Malleus Maleficarum à luz de uma teoria simbólica da História**. In: Kramer, Heinrich e SPRENGER, James, **O martelo das feiticeiras**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos tempos Ltda. Edição, 1991, p. 19-41.
- CORREIA, Maria da Glória Guimarães. **Nos fios da trama: quem é essa mulher Cotidiano e trabalho do operariado feminino em São Luís na virada do século XIX**. São Luís: EDUFMA, 2006.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2º Ed., 1986.
- FERREIRA, Maria Mary. **As Caetanas vão à luta: feminismos e políticas públicas no Maranhão**. São Luís: EDUFMA, 2007.
- FERREIRA, Marieta M.; AMADO, Janaina; (Org.) **Usos & abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- GRAVIERS, B. des; JACOMET, T.. **Os santos e os seus símbolos**. [S.1.], :FA Editoração, 2008.
- KNIBIEHLER, Yvonne. **O discurso da medicina e da ciência**. In: DAVIS, Natalie Zemon e FARGE, Arlette (orgs.). **História das mulheres no Ocidente**. Porto: Ed. Afrontamento, 1991, v.3, p. 351-401.

KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. introdução histórica, Rose Marie Muraro. Prefácio, Carlos Byington. **Malleus Maleficarum O martelo das feiticeiras**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos tempos, 1997.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

PEREIRA NETO. André de Faria. **Ser médico no Brasil: O presente no passado**. Editora Fiocruz, 2001.

PERRONE-MOISÉS, Leyla. **Para que servem as humanidades?** Folha de S. Paulo, 20 de jun. 2002: 9-10. (Caderno Mais!).

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

MURARO, Rose Marie. Introdução histórica. **O martelo das feiticeiras- Malleus Maleficarum à luz de uma teoria simbólica da História**. In: Kramer, Heinrich e SPRENGER, James, **O martelo das feiticeiras**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos tempos Ltda. Edição, 1991, p. 05-17.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: uma categoria de útil de análise histórica**. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. ,1995, p.71-99.

ANEXOS

Anexo A – Relação das alunas matriculadas no Curso de Enfermagem e Partos do Instituto de Assistência à Infância no ano de 1922.

Regime	Ano	Nome da Aluna	Cidade de origem
Interno	3º ano	Sylvia Araujo Ribeiro	Alcantara
		Margarida Oliveira Costa	São Bento
		Eliza da Silva Vieira	Cururupu
		Floripes de Souza Rodrigues	Miritiba
		Hilda Costa Moraes	Alcantara
		Demetria Guimarães Miranda	Guimarães
	2º ano	Feliciana Belleza Braga	Guimarães
		Anna Duarte Noleto	Pastos Bons
		Maria de Lourdes Bogéa Mendes	Baixo-Mearim
		Maria José Santos	Rosario
		Hilda Ferreira Costa	Arayoses
1º ano	Jovelina Victa Coelho	Rosario	
Externo	2º ano	Maria do Carmo Almeida	São Luiz
		Amelia Ewerton	São Luiz
		Candida Ursula Bogéa	Baixo-Mearim
	1º ano	Maria Seraphina Costa	São Luiz
		Maria Britto	São Luiz
		Artemisa Lopes	São Luiz