



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO,
FILOSOFIA E HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS**



**CIÊNCIA E VIOLÊNCIA NA HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA NA
BAHIA (1850-1940)**

SHAYANA BUSSON DOS SANTOS

Salvador
2024

SHAYANA BUSSON DOS SANTOS

**CIÊNCIA E VIOLÊNCIA NA HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA NA
BAHIA (1850-1940)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História da Ciência da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em História da Ciência.

Orientadores:

Profª. Dra. Fernanda Rabelo Pinto (*In memoriam*)

Profº Drº Luiz Carlos Soares

Coorientadora: Profª Drª Indianara Lima Silva

Salvador
2024

Santos, Shayana Busson dos.
Ciência e violência na história da obstetria na Bahia (1850-1940)
[recurso eletrônico] / Shayana Busson dos Santos. - Dados eletrônicos. - 2024.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Rabelo Pinto (*In memoriam*)

Orientador: Prof.^o Dr.^o Luiz Carlos Soares.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Indianara Lima Silva.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação.
Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências,
Salvador, 2024.

Programa de Pós-Graduação em convênio com a Universidade Estadual de
Feira de Santana.

Disponível em formato digital.

Modo de acesso: <https://repositorio.ufba.br/>

1. História da ciência. 2. Medicina. 3. Corpo. 4. Gênero. 6. Violência
obstétrica. 7. Obstetria. I. Pinto, Fernanda Rabelo (*In memoriam*). II. Silva,
Indianara Lima. III. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação.
Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências. IV.
Universidade Estadual de Feira de Santana. V. Título.

CDD 509 - 23. ed.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO,
FILOSOFIA E HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS



SHAYANA BUSSON DOS SANTOS

**CIÊNCIA E VIOLÊNCIA NA HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA
BAHIA (1850-1940)**

Tese para obtenção do grau de Doutora em Ensino, Filosofia e História das Ciências
– UFBA/UEFS

Salvador, 02 de julho de 2024

Banca Examinadora:

Prof Dr. Luiz Carlos Soares
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profª Dra. Gisele Porto Sanglard
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profª Dra. Indianara Lima Silva
Universidade Federal da Bahia

Profª Dra. Maria Renilza Barreto
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Edson O'dwyer Junior
Universidade Federal da Bahia

Dedico essa tese a todas as mulheres que compõem os movimentos sociais pelo parto humanizado na Bahia.

AGRADECIMENTOS

À minha primeira orientadora Prof^ª. Dra. Fernanda Rebelo Pinto (*in memoriam*) pela construção-reconstrução deste trabalho. Sua memória é viva a cada escrita; e a saudade está presente todo o tempo.

À meu orientador Luiz Carlos Soares, por toda escuta, paciência e incentivo.

À minha amiga sindicalista Raquel Souza, pela extrema perseverança no incentivo à conclusão dos estudos.

Ao movimento Roda de Gestantes de Maceió, que foi a célula primeira a alertar-me quanto à violência obstétrica de mulheres gestantes e que me influenciou a realizar o nascimento humanizado do meu filho Áyron Busson Soares.

Às minhas amigas Jane Oliver, Milena Dutra, Jaque Sarmento, Juanita, Ludmilla Teixeira e Dani Viana que articulam comigo constantes reflexões sobre a relação social de gênero e violência.

À minha professora recente Cláudia Sepúlveda e Indianara pelo ímpeto político feminista, inspirador na resolução e denúncia sobre a questão da mulher na ciência.

Às funcionárias da Biblioteca Gonçalo Muniz e do Instituto Histórico e Geográfico da Bahia pelo acolhimento na oferta de documentos necessários a essa tese, senhora Ana Lúcia Albano e senhora Lindinalva.

À gerente de pesquisa da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Arquivo Jorge Calmon, senhora Adriana Bastos.

Ao meu “coach” do doutorado, colega de sala, Francisco, por me resgatar intelectualmente quando eu já estava prestes a desistir.

Ao meu excelente professor Olival Freire pelas provocações assertivas no debate sobre história da ciência.

À CAPES por sobreviver em meio ao caos de governos desastrosos como o governo Bolsonaro e possibilitar a minha permanência como bolsista na continuidade desta pesquisa.

À Ric Jones, obstetra humanizado, pelas incansáveis conversas sobre violência obstétrica nas redes sociais.

À Melânia Amorim, professora e obstetra humanizada, pelo seu incrível trabalho de conscientização de mulheres sobre violência obstétrica nas redes sociais.

À Mary Garcia Castro minha eterna orientadora, pelo constante debate sobre matrilinearidades.

É tratar-se a gente com um tapuia do sertão, que observa com mais desembaraço instinto, do que com um médico de Lisboa.”

D. Frei Caetano Brandão, séc.XVIII

RESUMO

Esta tese dedica-se ao estudo da violência obstétrica a partir da trajetória da ciência médica na Bahia, de meados do século XIX à meados do século XX. Nos aproximamos de diferentes narrativas pontuadas por estudiosos de áreas e saberes diversos como médicos/as, historiadores/as, sociólogos/as e antropólogos/as, para discutir protocolos e transformações dos modelos de partos. Tal assunto remete a investigações sob recorte de gênero, violência institucional, biopoder, tecnocracia, práticas médicas e patriarcado. Buscamos sinalizar, através do resgate da história do parto na Bahia, as dinâmicas iniciais que impulsionaram o Brasil na liderança mundial de violências obstétricas (em 2021 a República Dominicana ultrapassou o Brasil nos dados de violência obstétrica). Este trabalho, portanto, realiza um mapeamento histórico do surgimento da obstetrícia e seus procedimentos “científicos” com as mulheres, desde meados do século XIX até meados do século XX no Brasil, com foco na Bahia. Através de análise bibliográfica e fontes primárias (Teses da Faculdade de Medicina da Bahia, Relatórios da Santa Casa, Revista Gazeta Médica, Jornais da Bahia e Memorial Anual da Faculdade de Medicina da Bahia), discutimos o cenário de cura no Ocidente até a Bahia, as diferentes doutrinas medicinais, os agentes populares de cura médica, as dificuldades do processo de institucionalização da obstetrícia moderna e sua posterior alavancada, a chegada do “doutor” nas cenas de parto, a relação de disputa entre homens médicos e parteiras, a ausência e exclusão de mulheres na ciência e na medicina feminina, os procedimentos cirúrgicos e intervencionistas contra mulheres, a chegada da maternidade, o discurso biomédico sobre o corpo feminino e epistemologias de gênero. Constatamos que o advento da ciência obstétrica moderna, diferente do que sugere o triunfalismo da história oficial da medicina, tem relação direta com o aparecimento de movimentos de resistência feminina contra violência obstétrica, a partir da metade do século XX, justamente pela configuração de mudanças que, sob a égide do discurso científico, provocaram mais insatisfações e sofrimentos do que proteção e saúde às mulheres e seus corpos. Elabora-se, desse modo, um resgate crítico da trajetória da ciência médica feminina, a fim de que não se minimizem ou simplifiquem a questão do sofrimento humano e para que possamos colaborar na mudança positiva do exercício e da prática científica.

Palavras-chave: História da ciência; medicina; corpo; gênero; violência obstétrica.

ABSTRACT

This thesis is dedicated to the study of obstetric violence intertwined with the trajectory of medical science in Bahia, from the mid-19th century to the mid-20th century. We approached different narratives by scholars from different areas of knowledge, such as doctors, historians, sociologists and anthropologists, to discuss protocols and transformations in childbirth models. This subject has been investigated in terms of gender, institutional violence, biopower, technocracy, medical practices and patriarchy. By rescuing the history of childbirth in Bahia, we sought to highlight the initial dynamics that propelled Brazil into the world leader in obstetric violence (in 2021, the Dominican Republic overtook Brazil in obstetric violence data). This work therefore maps out the history of the emergence of obstetrics and its "scientific" procedures with women, from the mid-19th century to the mid-20th century in Brazil, with a focus on Bahia. Through bibliographical analysis and primary sources (Theses from the Bahia School of Medicine, Santa Casa Reports, Gazeta Médica Magazine, Bahia Newspapers and the Annual Memorial of the Bahia School of Medicine), we discuss the healing scenario in the West up to Bahia, the different medicinal doctrines, the popular agents of medical healing, the difficulties in the process of institutionalising modern obstetrics and its subsequent rise, the arrival of the "doctor" at the scenes of childbirth, the relationship of dispute between male doctors and midwives, the absence and exclusion of women in science and female medicine, surgical and interventionist procedures against women, the arrival of motherhood, the biomedical discourse on the female body and gender epistemologies. We found that the advent of modern obstetric science, contrary to what the triumphalism of the official history of medicine suggests, is directly related to the emergence of women's resistance movements against obstetric violence from the mid-twentieth century onwards, precisely because of the configuration of changes that, under the aegis of scientific discourse, caused more dissatisfaction and suffering than protection and health for women and their bodies. A critical review of the history of female medical science is thus drawn up, so that the issue of human suffering is not minimised or simplified, and so that we can collaborate in positively changing scientific exercise and practice.

Keywords: History of science; medicine; body; gender; obstetric violence.

FIGURA 1 BUSTO DO MÉDICO CIENTISTA OSWALDO CRUZ, LOCALIZADO EM FRENTE A ENTRADA FRONTAL DO CASTELO MOURISCO, CAMPUS MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO.....	40
FIGURA 2 LOJA DE BARBEIRO, JEAN-BAPTISTE DEBRET, RIO DE JANEIRO, 1821.....	60
FIGURA 3 ANÚNCIO DE REMÉDIO COM PUBLICIDADE DE AUTORIZAÇÃO DE DECRETO IMPERIAL E DEPARTAMENTO DE HIGIENE.	634
FIGURA 4 O INSPETOR DA PROVÍNCIA ALERTA A TODOS OS PROFISSIONAIS DEDICADOS À CURA À RETIRADA DO TÍTULO.	645
FIGURA 5 ANÚNCIO DAS PÍLULAS FOSTER, INDICADA PARA MULHERES (SEM CITAÇÃO DO MÉDICO).....	667
FIGURA 6 ANÚNCIO DAS GOTAS SALVADORAS, INDICADA PARA PARTURIENTES (COM CITAÇÃO DO MÉDICO).	678
FIGURA 7 CARTA RÉGIA	72
FIGURA 8 MATERNIDADE, ARTISTA RENOIR, 1886.....	878
FIGURA 9 MATERNIDADE, ARTISTA TARSILA DO AMARAL, 1938 (BRASIL).....	88
FIGURA 10 TRECHO DE ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA GAZETA MÉDICA, EM 1867.....	98
FIGURA 11 MOVIMENTO DA SALA DE BANCO DO HOSPITAL SANTA IZABEL 1925.....	96
FIGURA 12 CAPA DA TESE DA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO 1841.....	1088
FIGURA 13 CAPA DA TESE DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA 1866.....	1098
FIGURA 14 LIVRO DE ANOTAÇÃO DE MULHER ENTRANDO NO HOSPITAL DA SANTA CASA PARA PARIR.	1111
FIGURA 15 FOTO DA MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA	1154
FIGURA 16 CARICATURA IRONIZANDO A CONDIÇÃO DO HOMEM PARTEIRO E DA MULHER PARTEIRA, SIMBOLIZANDO A DISPUTA OBSTÉTRICA. PINTURA DE S.W. FORES, LONDRES 1793.....	12322
FIGURA 17 CONVITE PÚBLICO PARA INAUGURAÇÃO DA MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA, NA BAHIA.	1264
FIGURA 18 NOVOS INSTRUMENTOS PARA PARTEJAR, SÉCULO XIX.	14442
FIGURA 19 DISCIPLINAS DO CURSO DE PARTEIRA/O/ OBSTETRÍCIA DA FMB, 1924.....	149
FIGURA 20 ANÚNCIO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS DA MÉDICA PARTEIRA DR ^a FRANCISCA PRAGUER FRÓES.....	156
FIGURA 21 FOTO ILUSTRATIVA DE EPISIOTOMIA	1618
FIGURA 22 MÉDICO AUSTRIACO GABRIEL SCHLATTER, QUE VEIO AO BRASIL EM FINAIS DO SÉCULO XIX OFERECER CURSOS DE PARTOS ÀS MULHERES. ASSIM COMO ELE, VIERAM MÉDICOS DA ALEMANHA, ÁUSTRIA E ITÁLIA.	16865

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – Estado da arte sobre corpo, medicina e ciência	31
1.1 Estado da arte sobre medicina	32
1.2 Estado da arte sobre ciência	36
1.3 Estado da arte sobre o corpo	40
CAPÍTULO 2 – Breve contexto histórico da medicina	45
2.1 Questões gerais da epistemologia médica.....	46
2.2 A medicina no Brasil, contexto e chegada.....	55
2.3 Controle da medicina popular no Brasil.	62
2.4 Escola e Faculdade de Medicina na Bahia.....	69
2.5 Ciência e política no Brasil do século XIX.....	75
CAPÍTULO 3 – Contexto nacional e internacional da medicina da mulher	81
3.1 O olhar das novas instituições médicas sobre o corpo feminino	82
3.2 Cirurgias obstétricas e controle da sexualidade	95
3.3 Implantação da Maternidade Climério de Oliveira.....	109
3.4 Cassação das parteiras e hospitalização do parto.....	117
3.4 A cesariana.....	134
CAPÍTULO 4 - A inserção das mulheres na nova ciência.....	146
4.1 Exclusão das mulheres na medicina	146
4.2 Mulheres na ciência	172
4.3 Epistemologias feministas	182
CONCLUSÃO	190
MARCOS HISTÓRICOS	200
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	203
ANEXOS	217
ANEXO 1	217
ANEXO 2	218
ANEXO 3	219
ANEXO 4	220
ANEXO 5	221
ANEXO 6	222
ANEXO 7	224
ANEXO 8	226

ANEXO 9	228
ANEXO 10	230

INTRODUÇÃO

O texto de nossa tese tem como objetivo principal apresentar o cenário histórico de consolidação da ciência obstétrica na Bahia, de meados do século XIX até meados do século XX. Analisamos as várias transformações da assistência ao parto ao longo do tempo, com destaque para a introdução de novas tecnologias, novos personagens e procedimentos médicos. O uso da litotomia, o emprego da episiotomia, da amniotomia, da manobra Kristeller, cesarianas desnecessárias, aplicação de medicamentos e instrumentos cirúrgicos, ausência de pessoas do vínculo da parturiente no momento do parto, enfim, novas formas de atuação implantadas e defendidas no decorrer do século XIX, que atualmente são consideradas, apesar de não haver consenso sobre a terminologia, violência obstétrica; também conhecida como “maus-tratos à mulher na hora do parto”, “violência institucional de gênero no parto” ou “assistência desumana/desumanizada”. O termo violência obstétrica foi consolidado no século XX, porém, suas práticas remontam ao século XIX (Souza, 2022).

Para compreender as transformações do parto e a introdução dessas novas tecnologias, protocolos e sistemas de parturição, incluímos em nossa pesquisa o debate associado a respeito do desenvolvimento da ciência obstétrica.

Traçamos um caminho delineado por revisão bibliográfica como livros, capítulos de livros, artigos científicos, banco de dados virtuais Scielo e Biblioteca Virtual da Saúde. Além disso, foram pesquisadas fontes primárias como documentos do Hospital Santa Casa da Misericórdia da Bahia, jornais de época, teses doutorais da Faculdade de Medicina da Bahia-FMB, Revista Gazeta Médica e Memoriais da FMB.

Em linhas gerais, adentra-se ao panorama teórico sobre aspectos históricos da ciência do parto (séc. XIX), identificando processos que consolidaram o cenário de violências, que ainda hoje atacam os direitos reprodutivos das mulheres (séc. XXI). A medicina obstétrica foi se desenvolvendo a partir do século XIX como uma prática propalada como científica, porém, um século mais tarde, diversos movimentos de mulheres e de grupos dissidentes da obstetria tradicional, foram deflagrados através de denúncias quanto à agressões e abusos em corpos grávidos. Comprovou-se, com o tempo,

que as práticas propaladas como “científicas”, provocavam muito mais dores, mortes e traumas do que benefícios.

A tese de Souza (2022) investigou as mudanças na percepção sobre o nascimento a partir da historicidade do termo “violência obstétrica” no Brasil, da década de 70 do século XX até o ano de 2015, e problematizou como as práticas de partejo, a princípio consideradas legítimas, passaram a não mais serem toleradas, assim reinterpretadas como violentas. Mas para a autora, desde o século XIX “o processo de medicalização do parto e nascimento e sua roteirização hospitalar passaram a fazer parte do percurso da maioria das pessoas que vivem uma gravidez em todo o mundo” (SOUZA, 2022, p. 2). Assim, pretendemos em nossa tese, investigar, desde o século XIX, com foco na institucionalização da ciência obstétrica, não somente a aceitação e/ou rejeição das práticas violentas ao longo dos anos, como também a introdução delas, o discurso normativo que as consolidaram, e no geral, o processo de transformação do parto a partir do surgimento da ciência moderna. Segundo Martins (2004):

O período que começa nas últimas décadas do século XIX marca o início de uma campanha médica de transformação do parto num evento controlado pelos médicos e circunscrito ao espaço hospitalar; transformação esta que se efetivou somente na segunda metade do século XX, com a hospitalização do parto nos centros urbanos (MARTINS, 2004, p. 66).

Desse modo, ainda que as mulheres grávidas pouco procurassem os serviços obstétricos de homens médicos no século XIX, almejamos investigar o cenário científico da medicina obstétrica deste período, para compreender no próprio nascimento dessa ciência, movimentos que acenassem para contextos posteriores de violência. A gravidez, o parto e a maternidade eram experiências controladas apenas por mulheres, e a medida em que a medicina obstétrica oficial surge (séc XIX), ela se centraliza nas mãos dos cirurgiões e médicos, daí buscarmos nessa mudança de controle, mudanças de práticas e comportamentos perante o parto também.

Práticas como cortar vagina (episiotomia), aplicar hormônio sintético (ocitocina) rotineiramente, pressionar a barriga da mulher (manobra de Kristeller), realizar lavagem intestinal durante o trabalho de parto, amarrar a mulher ou impedi-la de se movimentar, não permitir que a mulher escolha sua posição de parir, obrigando-a a parir deitada com

a barriga para cima e pernas levantadas (litotomia), estourar artificialmente a bolsa (amniotomia), impedir a mulher de se alimentar e beber água durante o trabalho de parto, negar anestesia, tocar intravaginalmente muitas vezes, realizar cirurgia cesariana desnecessária, enfim, são procedimentos que se tornaram rotineiros e normalizados pela cultura médica brasileira, e muito recentemente têm sido rejeitados pelos movimentos sociais de mulheres, pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério de Saúde do Brasil. Almejamos, portanto, identificar os fatores científicos históricos originários responsáveis por esse cenário de violências, focalizando a Bahia.

O estado da arte sobre temas relacionados ao panorama da violência obstétrica adquiriu reconhecimento no Brasil com alguns trabalhos científicos publicados no final da década de 80 e 90 do século XX e certa expansão no decorrer do século XXI. Porém, movimentos sociais de mulheres, congressos, conferências e cursos nacionais de medicina obstétrica já disseminavam o assunto desde a década de 50 do século XX.

Na Europa e nos Estados Unidos, a produção teórica a respeito da violência obstétrica (não usada por este termo exatamente) vinha dando sinais desde a década de 30 do século XX, quando grupos de obstetras dissidentes buscaram levar às mulheres novas práticas de parto, com menos intervenções. Preocupações iniciais com a assistência ao parto traziam o alerta sobre os prejuízos da intensa medicalização do parto e nascimento.

Alguns movimentos sociais na Europa e EUA surgiram na década de 30 a 60 do século XX, como o movimento *Parto Sem Dor* (França e URSS¹), os(as) ativistas do movimento *Parto sem Temor* (método Grantly DickRead- obstetra inglês²), movimento

¹ Exponente russo no assunto foi o fisiologista Ivan Pavlov. Escreveu sobre a importância dos exercícios, da respiração e do relaxamento como forma de atenuar as dores e o desconforto do parto. Reforça a importância de cursos para as mulheres se prepararem para o parto.

² Grantly Dick-Read- obstetra inglês. Na década de 30, elaborou uma teoria de preparação para o parto, então denominada “parto natural”. Ele afirmava que o sofrimento podia ser eliminado por um novo tipo de treinamento e educação para o parto. Seu primeiro livro foi *Natural childbirth* (1933), e o segundo foi *Childbirth without fear*, publicado em 1942 (AYRES, 2019).

Parto Sem Medo e movimento *Parto Sem Violência* (método Lamaze³ e Leboyer⁴-obstetras franceses).

O movimento *Parto sem Dor* teve repercussões no Brasil a partir da publicação do livro de Hirsch Schor, intitulado *O que é o parto sem dor: método psicofilático*, em 1956, e do livro de Pierre Vellay, membro da equipe de Lamaze em Paris, intitulado *Parto sem Dor*, publicado em português em 1961.

Destacam-se também no período da década de 50 e 60, dois livros iniciais difundidos no país, o livro *Parto natural: guia para os futuros pais*, escrito pelo médico americano Frederick Goodrich Jr., traduzido e publicado no Brasil em 1955, e o livro *Parto natural sem dor*, escrito pelo ginecologista brasileiro George Beutner (1962). (AYRES *et al*, 2019).

Além disso, Arnaldo de Moraes (1953), diretor e proprietário da revista *Anais Brasileiros de Ginecologia* (RJ), um dos principais jornais de ginecologia e obstetrícia do país, fez seu aporte descrevendo alguns fragmentos do livro de Grantly Dick-Read, publicado em 1951: “ele ressaltou que a compreensão dos fenômenos fisiológicos da gestação e do parto, por meio de ensinamentos de médicos e enfermeiras, reduzia a ansiedade e aumentava a confiança da mulher” (AYRES *et al*, 2019, p. 57).

Relata-se em geral que a imprensa humanista, o movimento comunista, teólogos progressistas e os intercâmbios dentro de congressos médicos, formataram correntes de um legítimo movimento social a respeito do tema na década de 50-60 no Brasil (TORNQUIST; SPINELLI, 2010).

Para Ayres *et al* (2019), a década de 1950 foi marcada pela ampliação de importação dos EUA e Europa de muitos materiais bibliográficos no campo da medicina

³ Fernand Lamaze- obstetra francês. Na década de 50, criou um método de preparação para o parto que assenta o uso de técnicas de relaxamento e de respiração pela grávida, a par do apoio emocional do companheiro e de uma enfermeira com formação para permitir uma experiência mais natural do parto (AYRES, 2019).

⁴ Frédérik Leboyer- obstetra francês. Na década de 50, pregou o “parto sem violência” atentando para não estressar/irritar o bebê, tornando sua primeira experiência fora do útero menos traumática, que preconizava os seguintes procedimentos: parto feito com pouca luz, silêncio, massagens nas costas do bebê, banho do bebê perto da mãe, ambiente quente, amamentação imediata e cordão umbilical somente cortado quando parar de pulsar. Esse tipo de parto sugere bebês seguros, autônomos e emocionalmente equilibrados (AYRES, 2019).

obstétrica, a difusão de novas ideias de parto entre as camadas urbanas brasileiras ocorreu pela tradução e importação de livros, manuais, revistas, jornais etc.

Parto sem dor, escrito pelo médico francês Fernand Lamaze e equipe (1956); *O que é parto sem dor: método psicoprofilático baseado na teoria dos reflexos condicionados de Pavlov*, produzido por Schor, Lamaze e Petrovich (1958); *Parto sem dor*, elaborado pelo obstetra espanhol Adrian Vander (1974); e *O parto sem dor*, do obstetra francês Achille Economides (1977), foram algumas dessas obras traduzidas e publicadas no Brasil. Os obstetras brasileiros também se voltaram para o tema: em 1958, Gerson de Barros Mascarenhas publicou *Parto sem dor pelo método psicoprofilático*, e, em 1962, George Beutner publicou *Parto natural sem dor*, pela Editora Fundo de Cultura (AYRES, 2019, p. 64).

Mas, as principais defesas e alegações a respeito da “nova” tendência na obstetrícia nesse período estavam marcadas pelo questionamento das dores e medos na hora do parto, do despreparo corporal da mulher, da ideia de preparação emocional e física da gestante, da crença em um parto confortável, prazeroso e natural.

Ayres *et al* (2019) alegam que as primeiras publicações sobre parto no Brasil, assinaladas como “guias” para gestantes leigas, apesar de inovarem em alguns campos, como no apelo ao parto “normal”, acabaram também reforçando o papel do médico no protagonismo do parto, o que diferencia das narrativas mais atuais que buscam autonomia da mulher no processo. A legitimação da figura médica aparece com muita frequência no decorrer dos primeiros textos, “revelando mecanismos que objetivam tornar aceitáveis às mulheres as representações e os modos de conduzir o processo produzido por eles” (p. 61), homens médicos.

Nas primeiras bibliografias (50-60), era comum que as mulheres parteiras fossem desqualificadas, e havia um reforço da autoridade médica em relação ao corpo da mulher grávida. Ademais, o natural nessas narrativas também foi convencer mulheres a aceitarem alguns métodos invasivos, como a episiotomia (corte no períneo). De acordo com Teixeira (2020), no Brasil dos anos 1950, apesar de já surgirem críticas ao modelo medicalizado, somente em 1980 as reivindicações por mudanças profundas se intensificariam.

Nos EUA, contestações mais detalhadas e “radicais” quanto à assistência nas maternidades já começavam a aparecer na década de 50. Uma revista feminista

denominada *Ladies Home Journal*, publicou matéria cujo título foi denominado “Crueldade nas Maternidades” - 1958, ali denunciando o tratamento a que eram submetidas as parturientes (sedação profunda, amarração de mulheres nas camas, hematomas, lesões, uso de fórceps de rotina). “Esse movimento resultou, de acordo com Diniz (2015), na criação da *Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia*⁵” (SOUZA, 2022. p. 44). No Reino Unido, as críticas quanto aos maus tratos em hospitais na hora de parir deram início à criação, em 1958, da *Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas*, e no Peru, também como resultado dessas denúncias, foi fundado, em 1998, o *Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher* (SOUZA, 2022).

Um Comitê Europeu específico sobre métodos adequados de parturição, organizado dentro da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde, constituiu-se mais tarde, no ano de 1985, representando uma iniciativa de marco e referência sobre a questão específica do parto e da violência obstétrica. As conclusões desse Comitê de Estudos propiciaram a publicação, em 1996, pela OMS, de um manual de práticas comuns na condução do parto, que orientava sobre o que deve e o que não deve ser realizado no processo de nascimento:

As propostas dos grupos pela “humanização do parto” foram debatidas em uma conferência internacional de consenso sobre o uso apropriado de tecnologia no pré-natal, no parto e no nascimento, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), em Fortaleza, em 1985. A conferência reconheceu o parto como um evento natural e normal, afirmando que não havia justificativas para taxas de cesárea acima de 10 a 15%. Além do incentivo ao parto vaginal, a OMS recomendou mudanças nas rotinas marcadas por intervenções técnicas e tecnológicas, alertando que quando utilizadas de forma desnecessária e excessiva elas poderiam causar danos tanto para a mãe quanto para o bebê (TEIXEIRA, 2020, p. 4.532).

Por esse documento (manual de práticas comuns na condução do parto), denominado *Assistência ao Parto Normal: um guia prático* (OMS, 1996), vemos o reconhecimento da necessidade de promoção do parto normal, de humanização do atendimento, de redução das intervenções, de diminuição de cesarianas e de respeito ao processo fisiológico. E a partir do ano 2000, a OMS se uniu aos setores críticos à violência

⁵ American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics, hoje chamada de Lamaze International.

obstétrica e enviou a cada ginecologista-obstetra e enfermeiro(a) obstetrix brasileiro(a), essa publicação. Outros países também passaram por esse processo de divulgação⁶.

Tanto no exterior quanto no Brasil, um crescente acervo acadêmico foi produzido no final do século XX, com intenção de demonstrar as minúcias de abusos relacionados a determinadas rotinas e protocolos da assistência obstétrica. Em resumo questiona-se: a perda de autonomia da parturiente como sujeita ativa e protagonista de sua experiência na hora de parir; a ausência de consentimento e conscientização sobre a via de parto; o uso de excessivos utensílios mecânicos, cirúrgicos e químicos; a epidemia de cesarianas; a construção das noções de risco, dor e medo no parto; a disputa por hegemonia do conhecimento médico; as condições penosas e nocivas para o corpo feminino; e ainda debate-se o contraponto de todo esse processo crítico, que são os inúmeros movimentos de mulheres pela humanização do parto.

Devemos notar que o desrespeito e/ou abuso na hora do parto é considerado atualmente uma grave violação dos direitos humanos e afeta milhares de mulheres no mundo, resultando em consequências físicas e psicológicas negativas e maior probabilidade de complicações maternas e neonatais, traumas, maior risco de problemas de saúde mental, depressão pós-parto etc.

As abordagens atuais que levantam a bandeira do parto “humanizado” questionam e se opõem justamente ao roteiro de violências vividas pelas mulheres que se desenrolou no transcorrer da expansão da obstetrícia acadêmica (a partir de meados do século XIX e XX). Pesquisa da Fundação Perseu Abramo, denominada “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, divulgada em 2010⁷, mostrou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. A bandeira por um “parto humanizado”, nesse contexto, é uma abordagem que tem como foco reivindicar momentos mais “humanizados” e menos medicalizados, sempre que possível.

⁶ Na Itália estas recomendações foram traduzidas, publicadas e distribuídas por mais de 20 organizações feministas. Grupos e organizações preocupadas com as questões relacionadas ao ciclo grávido-puerperal na França, EUA, Brasil, Austrália, Finlândia, Reino Unido, dentre outros, traduziram e distribuíram milhares de cópias em seus países. Poucas recomendações oficiais causaram tanto impacto sobre a população em geral (SANTOS, 2002, p. 28).

⁷ Fundação Perseu Abramo- Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado- Agosto 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf

A partir das novas tendências formuladas por feministas, pesquisadores(as) e por médicos(as) dissidentes da obstetrícia tradicional, as mulheres são incentivadas a participar ativamente na tomada de decisões relacionadas com nascimento de seus filhos, isto não significa renunciar a cuidados médicos necessários. Trata-se antes de personalizar o cuidado, evitar intervenções desnecessárias e respeitar as decisões e desejos da mulher. Atualmente, dezenas de movimentos sociais se dedicam a iniciativas como: ações formadoras, manifestações de protesto, judicialização, que visam reduzir a violência obstétrica no Brasil.

Quanto a produção científica, os(as) primeiros(as) intelectuais brasileiros(as) que, apesar de muitos não discutirem diretamente a violência obstétrica, trouxeram à tona abordagens relacionadas ao parto no Brasil na década de 80 e 90, foram os(as) seguintes autores(as): Juan Stuardo Yazlle Rocha (1985), Pabla Clotilde Ortiz (1985), Yang Tai Fung (1985), Anayasi Brenes (1991), Maria Lúcia Mott (1994), Daphne Rattner (1996), Mariene Jaeger Riffel (1997), entre outras (os).

Após o ano 2000, o número de autores(as) brasileiros(as) só aumentou, vejamos: Marcos Leite dos Santos (2002), Carmen Tornquist (2004), Dionice Furlani (2004), Marivaldo Amaral (2005), Carmen Diniz (2005), Renilda Barreto (2007), Karla de Pádua (2008), Natália Mandarino (2009); Maria Chein (2009), Francisco das Chagas Junior (2009), Luciane Brito (2009), Mirian Zanetti (2009), Carla Petricelli (2009), Zeni Lamy (2009), Vinicius Nina (2009); Elba Mochel (2009), José Albuquerque Neto (2009), Nathalie Leister (2011), Tabi Thuler (2011), Tatiana Miranda (2012), Sara Mendonça (2013), Greice de Matos (2013), Ana Paula Escobal (2013), Marilu Soares (2013), Jenifer Harter (2013), Roxana Gonzales (2013), Camila Pimentel (2014), Alessandra Marcolin (2014), Andreza Nakano (2016), Luciana Barboza (2016), Alesivânia Mota (2016), Luiz Antônio Teixeira (2019), entre outros (as).

Há que se dizer que a dinâmica acadêmica de produção intelectual a respeito do modelo dominante de parto na modernidade, acompanhou o ativismo político organizado pela sociedade civil, por mulheres feministas, profissionais da saúde, médicos(as) e enfermeiros(as), com vistas a defender/proteger as gestantes. Segundo Martins (2004):

A historiografia feminista muito contribuiu para uma visão política dos conflitos envolvendo médicos e parteiras; também revelou fontes desconhecidas, como documentos escritos pelas parteiras, que são evidências

das experiências femininas com seus corpos e de suas relações com os médicos. Ao reequacionar os termos dessa relação conflituosa, a história feminista do parto e da maternidade retirou de cena a oposição ideológica entre saber e superstição, para colocá-la no campo das disputas profissionais e da constituição de novos saberes sobre o corpo feminino que tiveram lugar a partir do século XVIII. Dessa forma, mostrou como a entrada dos médicos na cena do parto foi muito mais o resultado de uma relação de forças do que simplesmente a superação do obscurantismo pelo progresso do conhecimento médico (MARTINS, 2004, p. 70-71).

O panorama político e acadêmico de “revisão do parto” no Brasil, na Europa e EUA é, portanto, de todo modo salutar para esta tese, no sentido de compreender a história, em sua dimensão global e local, baiana, identificando épocas, fronteiras, ambientes interconectados e fazendo emergir contextos que discutam o papel da ciência, do corpo feminino e da medicina, para então aprofundarmos nosso campo de estudo sobre parto e violência obstétrica.

A proposta inicial ao estudar a história do parto na Bahia foi refletir as raízes antepassadas da violência obstétrica, através de experiências locais - micro e globais – mas, para isso, se mostrou necessário adentrar territórios outros, de saberes arraigados por influências, desde os tempos remotos, depreendendo-se em um conjunto interdisciplinar de componentes de análise.

Neste sentido, o decorrer de nossa pesquisa procurou focalizar o debate sobre parto, de meados do século XIX até meados do século XX na Bahia, porém, mergulhou em contextos anteriores, posteriores e diversos, situados na ciência, na medicina e no corpo, a fim de enunciarmos as causas e as consequências do padrão médico e científico no estabelecimento das relações sociais e culturais dentro do parto.

Utilizamos uma metodologia que pretende empregar temáticas já apresentadas por outros(as) autores(as), mas, inovando por meio da interdisciplinaridade, almejando desnudar um fenômeno biológico natural (o parto) pela lente dos diversos ângulos historiográficos e sociológicos, com objetivo de entender aportes científicos da história da obstetrícia no contexto social de relações médicas, bem como compreender as dinâmicas de desenvolvimento da medicina, os condicionantes hierárquicos, econômicos e epistêmicos da ciência moderna, a concepção de corpo, mulher e saúde, as disputas, avanços, assujeitamentos femininos e suas consequências políticas.

Em linhas gerais, a partir dessas discussões propostas, assevera-se que nossa pesquisa abarca um amplo recorte no qual destacamos, resumidamente, que o processo de cientificização da medicina obstétrica na Bahia do século XIX, contribuiu para um panorama de violências na hora do parto, que foi se revelando ao longo dos anos até então com o contraponto da bandeira pelo parto humanizado no século XX e XXI.

Buscamos os primórdios da assistência ao parto para entender o cenário atual representado pelo elevado número de cirurgias cesarianas e excessivo uso de intervenções no parto normal na Bahia. Ele é fruto de um longo processo de medicalização das práticas de parto, de exclusão das mulheres da medicina, de epistemologias machistas, de uniformização da medicina nacional, de defesa sistemática de conhecimentos unilateralizados das faculdades, de tecnificação da assistência, que trazem profundas transformações nas formas de nascer até hoje.

O roteiro de nosso trabalho se inicia (capítulo I) sintetizando o estado da arte dos recortes principais (medicina, corpo e ciência) com vistas a perceber elaborações e construções que originariamente lançaram luzes a nosso tema. De certa forma, primamos por identificar o vínculo estabelecido entre tais assuntos e a dimensão histórica em que a violência na hora do parto está fundada.

Através do estado da arte da medicina no Brasil, notamos, por exemplo, que as concepções iniciais dos historiadores da medicina, formuladas na década de 50-60, se traduziram na ideia de que todo conhecimento médico que estivesse fora das instituições acadêmicas era considerado atrasado e menor. Portanto, hegemonicamente, os(as) estudantes do curso de medicina no Brasil, das décadas de 60 e 70 do século XX, não veriam relevância nas técnicas e procedimentos de profissionais como as parteiras, pois elas, em sua maioria, não se encontravam no ambiente científico legitimado (faculdades e universidades). E para reforçar o desprezo aos que não alcançassem as cadeiras universitárias de saúde, as parteiras foram as maiores vítimas de descaracterizações públicas relacionadas a seus ensinamentos remanescentes.

Os primeiros teóricos da história da medicina construíram uma história linear e evolutiva deste campo, voltada à indiferença das que não estavam institucionalizadas pela ciência oficial (academia) e, por consequência, silenciaram e reduziram o conhecimento tradicional das mulheres parteiras.

Já através do estado da arte relacionado à temática do corpo, notamos que o corpo passou por dificuldades para ser reconhecido, potencializado e anunciado como objeto de reflexão e apropriação sociológica. O seu momento de abertura epistêmica (década de 60) contribuiu diretamente para que a gravidez e o parto se estabelecessem como um evento não restrito à anátomo-fisiologia, e sim amplo, a ser compreendido na emergência de aspectos como dores, sentimentos, cultura e linguagem, desigualdade e violência de gênero. Os(as) intelectuais e ativistas desse período deram um forte impulso para o surgimento de um novo feminismo, questionador da estrutura patriarcal desde a questão econômica e educacional, à sexual e corporal da mulher, buscando denunciar dezenas de estruturas formais do poder social.

Essa tendência mostrou-se acentuada em quase todos os países, no Brasil ela assumiu uma maior força a partir das eleições de 1978, ainda sob a ditadura militar. Com tal abertura, os assuntos do corpo, antes restritos aos círculos médicos e aos ambientes íntimos e familiares das casas, passaram a ser debatidos em ambientes públicos como parlamentos, universidades e jornais. Nessas condições, o estudo social sobre o corpo foi mais um fio condutor, um caminho metodológico que, nessa tese, ampliou perspectivas e pistas problematizadoras da medicina científica e do parto.

Nossa pesquisa abarca esse conjunto de diálogos que traz a ciência como eixo central de significações e relações para com o corpo feminino. No estado da arte sobre ciência no Brasil, por exemplo, é importante suscitar que a ascensão da ideia universalista e padronizada dos parâmetros e medições científicas, cunhada e defendida por historiadores da ciência da década de 70, contribuiu significativamente para naturalizar, objetificar e fragilizar o corpo da mulher, especialmente o corpo grávido. Pois, se o método científico institucionalizado, por si, era visto como o quê validava uma pesquisa e um conhecimento verdadeiro, se a ciência acadêmica foi entendida como um conjunto universal e único de regras, todos os questionamentos vindos de quem estivesse de fora do circuito (ativistas, gestantes, feministas e parteiras, por exemplo), seriam invalidados, portanto, tornou mais difícil interrogar a investida e o gerenciamento obstétrico masculino em sua crescente cascata de intervenções técnicas e farmacêuticas na hora do nascimento, visto advirem de um “método científico” propalado universal.

Em contraposição, outros historiadores e sociólogos da ciência, mais tarde (década de 90), indagaram acerca do projeto de método científico aceito, considerando-o, posteriormente, estático e eurocêntrico.

Esses novos intelectuais da ciência assim dinamizaram o debate e converteram planos globais de apropriação e padronização científica, além de desafiar o próprio conceito de ciência, tendo como base os pragmatismos locais e o ponto de vista de disputas discursivas em meio à diversidade de saberes. Tais desdobramentos são extremamente salutares para nosso roteiro de pesquisa quanto à preeminência da “ciência de partos” na Bahia, à medida em que vimos sua consolidação estruturada sob um panorama de imposições e contendas de conhecimentos locais das parteiras e dos saberes acadêmicos. A grande batalha travada no setor da saúde feminina é o conflito, quase caricatural, entre médicos, parteiras, parlamentares e jornalistas, ocorrida durante grande parte do século XIX e século XX. Para compreender as amarras e posturas do conceito biomédico dentro da parturição, é, portanto, indispensável debruçar-se sobre os discursos de ciência.

Já no capítulo segundo de nossa tese, trazemos as contribuições e o legado da medicina grega e egípcia, suas compreensões de corpo, cura, doença, a formação e origem das primeiras escolas médicas, as principais especialidades e procedimentos medicinais. Nesses primórdios da civilização, identifica-se, com o tempo, a passagem da concepção mágica, mística e religiosa de medicina para o desenvolvimento de sentidos mais materiais e lógicos.

O aparecimento da concepção hipocrática de *physis* (noção grega de natureza) se tornou um marco de diferenciação entre medicina grega e egípcia, um primeiro afastamento entre medicina e religião e o início do que virá a se tornar um aspecto importante da medicina europeia ocidental trazida para a colônia brasileira.

Foi na herança Egípcia e na Grécia Antiga que a medicina se especializou em luxações, fraturas e rudimentos de cirurgia. A supremacia militar masculina, adepta do culto à guerra, engajou grande parte dos saberes médicos naquilo que era cotidiano e necessário tratar: os ferimentos de batalhas. Desse modo, a atenção ao parto e nascimento permaneceu com as parteiras mulheres e manteve seu status à margem da prática médica, não se equiparando à medicina hegemônica e à cirurgia em geral. Além disso, não foi

facultado o ingresso das mulheres nas primeiras escolas médicas gregas (SANTOS, 2002).

Já na passagem da medicina medieval, sobretudo com o início das crises e rupturas religiosas cristãs, na Baixa Idade Média, o trabalho das parteiras, se antes desprezado, passou a ser visto com interesse e desconfiança pela igreja católica, pois elas, além de ocuparem o centro de uma rede de solidariedade no seio de aldeias e comunidades, colecionavam estudos medicinais para a cura de doenças femininas, o que indiretamente estaria a “contestar” o poder da cura de Deus (SANTOS, 2002).

Na Bahia do século XVI, o modelo embrionário da medicina, herança egípcia-grega-medieval europeia, pôde ser sentido no cotidiano de nossas relações locais. Ainda que os tratados médicos portugueses já chegassem ao Brasil com carga de objetividade (noções práticas e lógicas), a cura estava ainda embricada ao misticismo. Havia, dentro do mundo colonial (português, indígena, africano), uma assistência ao parto que misturava conhecimentos empíricos, ancestrais e expressões religiosas. Mas os portugueses especialmente, instituíram o olhar centrado sobre a autoridade e responsabilidade do médico (físico) homem.

A estrutura portuguesa governamental e jesuítica, a medida em que foi se expandindo, veio regulamentando o exercício profissional dos(as) agentes de cura, incluindo as parteiras, que aos poucos serão cerceados(as), malvistas(as) e substituídos(as) por homens da academia.

É essa a parte do legado que compõe nossa história e trajetória de assistência médica na Bahia e no Brasil. O preconceito, o distanciamento e a posterior proibição da atividade das parteiras irão influenciar futuramente na posição do médico na hora do parto, constituindo-se como uma das razões determinantes da construção do saber hegemônico masculino e acadêmico na assistência ao nascimento e quiçá da violência obstétrica .

Também traçamos nesta tese a historicidade de aspectos da medicina ocidental, onde vimos surgir, no pós-Renascimento, uma diversidade de escolas terapêuticas e um fomento à especialização médica. A medicina europeia adentra à Idade Moderna sem unidade, permeada por diferentes doutrinas, mas com novas compreensões, por exemplo,

a respeito do hospital, que passou a ser o local preferido para centralizar doentes. As premissas médicas da modernidade determinaram com maior ênfase o distanciamento da religião e dos dogmas fundamentais da igreja, apesar de, em muitos casos, aliarem-se à igreja para combater os populares da cura (MENEZES, 2015). Tornou-se necessário empreender uma didática do controle, que incluía levantamento de dados estatísticos, métodos de observação, dissecação de corpos, análise e descoberta da circulação do sangue, cálculos matemáticos na avaliação de sistemas biológicos, uso da química, etc.

O pensamento predominante renascentista foi o de tentar transpor as ciências exatas para o cotidiano, conquistar a precisão com um sistema de medidas traduzidas por números; e é sob tais parâmetros que a ciência médica chega na Bahia tempos depois, institucionalizada pelas Escolas Médicas em 1808, com status de conhecimento científico e com habilidades centradas na ideia de corpos patológicos.

Neste sentido, os horizontes dos meandros que irão se consagrar no campo da parturição, passarão a envolver controle e concepção de corpo-doença, “esta ciência, em sua origem, não obteve nenhum conhecimento do mecanismo fisiológico do parto, conhecia muito pouco da anatomia feminina e da função da placenta, e foi fundamentada sobre a patologia” (SANTOS, 2002, p. 55).

Além dos físicos trazidos de Portugal nos séculos XVI e XVII, uma diversidade de terapeutas da cura, incluindo as mulheres parteiras (indígenas e africanas) integraram o cenário de orientação médica na colônia. Muitos intercâmbios entre físicos portugueses e terapeutas brasileiros são reconhecidos dentro da própria literatura médica (portuguesa e nativa) nesse período, mas com o tempo, Portugal estabeleceu condicionantes para atuação dos(as) populares da cura, inclusive contratando autoridades sanitárias fiscalizadoras e exigindo cartas de autorização para o exercício da assistência médica.

Com o processo de colonização política, econômica e cultural brasileira, houve uma intrínseca relação Brasil-Portugal no que diz respeito às doutrinas e conhecimentos científicos (BARRETO, 2005). Muitos saberes da terra foram apropriados e desenvolvidos em consonância com os europeus, porém, os conhecimentos relacionados à medicina da mulher demonstraram ter seguido outra trilha. A obstetrícia baiana (acadêmica - europeia), em grande medida, além de rechaçar os saberes das parteiras locais (considerados não científicos ou pré-científicos), absorveu a prática estrangeira,

geralmente calcada em outras especialidades médicas, que pressupunham a lógica do corpo patológico. E como eram especialidades femininas, o conhecimento ainda irá se constituir a partir de preconceitos como a ideia de corpos frágeis.

Observa-se que a gênese do desenvolvimento científico e acadêmico baiano sobre o parto, alicerçou-se tanto na discriminação contra os saberes obstétricos regionais e “primitivos” de mulheres parteiras, quanto nos pressupostos gerais da cultura medicinal europeia.

As perseguições desmoralizantes por parte dos novos médicos e da igreja se tornaram uma realidade para parteiras, curandeiros(as), barbeiros e boticários, desde os meados da época colonial. O processo inicial de permuta de conhecimento foi substituído pela gradativa segregação e separatismo médico, principalmente com a chegada da Escola de Cirurgia da Bahia (1808), manifestando os primórdios do monopólio e controle da assistência médica pela elite na colônia brasileira.

Veremos como a regulamentação da medicina popular, desde o século XVI no Brasil, se deflagrou ao modo autoritário, impondo medidas insustentáveis aos(as) terapeutas locais, medidas essas, ainda mais legitimadoras da centralização do conhecimento em torno dos cursos médicos advindos ao país no século XIX.

Mas, para além das tendências políticas (força estatal) de regulamentação aos terapeutas populares da cura, irão se manifestar também, em nível mais teórico, filosofias científicas-sociais de exclusão e inferiorização dos sujeitos sociais, como eugenismo, sanitarismo, positivismo e racismo, que interferiram dialeticamente no comportamento e na prática médica, incrementando ações sociais moralizadoras e fundando estigmas que reforçavam um discurso de condição “submissa”, “patológica”, “frágil” e “perigosa” às mulheres; daí é que a síntese do que viria a ser um novo modelo de atenção ao parto, perpassou o pensamento sistêmico da ideia de “outra”, “outro”, presente no próprio paradigma da ciência biológica daquele século.

Nesse capítulo 2 de nossa tese, nos referimos também às dificuldades no estabelecimento das estruturas e funcionamento da primeira Escola Médica na Bahia e suas reformas de ensino, lições, instalações, tempo de curso, cursos, perfil do alunado, etc. Essas referências são fundamentais para evidenciar o percurso que trilhou a ciência

obstétrica baiana, pois, sua trajetória interfere no desenvolvimento de focos e olhares sobre nosso objeto de pesquisa. As imensas dificuldades encontradas para o financiamento dos suportes técnicos científicos da obstetrícia na Bahia do século XIX, por exemplo, revelam que sua constituição e existência não foram encaradas, tanto pelo Estado quanto pelas mulheres, com o mesmo valor social das outras especialidades médicas, o que pode ter implicado em consequências violentas para parturição.

Mergulhamos para o capítulo 3 numa abordagem de transição, quando a “arte obstétrica” se torna “ciência obstétrica”, justamente com a introdução de estudos universitários sobre anatomia, fisiologia, química e biologia. O campo do parto, no interior da Escola Médica da Bahia, ganhou status de ciência obstétrica, e o espaço de conhecimento legitimado passou a ser a academia, sendo o médico personagem central.

Salientamos, por esse caminho, as primeiras obras/teses científicas escritas em referência à anatomia da mulher, comentando quanto às narrativas sobre corpos femininos, julgados defeituosos, mentes femininas tidas degeneradas, sexualidades potencialmente imorais e propostas cirúrgicas corretivas.

Se por um lado, no século XIX na Bahia, o esforço médico em mapear o corpo das mulheres teve consequências discriminatórias da biologia (físicas e mentais) contra as mulheres, por outro, exaltava um suposto papel nobre e único da mulher na sociedade: a procriação. Apresentamos, através de fontes primárias (teses e Memoriais da Faculdade de Medicina da Bahia do século XIX e XX), inúmeros documentos que indicam o discurso normativo da medicina baiana, suas tentativas apriorísticas de consolidar “erros e defeitos” naturais no corpo feminino; discurso que contribuiu no impulsionamento de intervenções cirúrgicas, mecânicas e químicas desnecessárias no momento da parturição.

Na literatura médica baiana do período do século XIX e início do século XX, ainda houve intensa associação entre corpo feminino “defeituoso” e loucura psicológica da mulher, daí trazermos nesta tese fontes primárias ensejando dados hospitalares, argumentos e defesas médicas que corroboravam com a investida médica sobre os partos, pois colocavam a mulher em condição mais frágil e vulnerável. A história do parto portanto, perpassa a história da ciência, da medicina, do corpo, da mulher, do patriarcado, e salienta que tais intercessões são fundamentais para o aprofundamento das origens, causas e consequências do que hoje se denomina violência obstétrica.

Ademais, versamos sobre a aproximação da obstetrícia com as recentes ciências do século XIX, a antropologia e a ginecologia. No caso da antropologia (positivista) reforçou-se o lugar inferiorizado da mulher na evolução humana a partir de medidas comparativas do crânio (craniometria), enquanto a ginecologia robusteceu tendências supostamente deletérias do corpo feminino, convertendo o parto à categoria de cirurgia.

Todo um arcabouço teórico médico de inferiorização das mulheres acompanhou o nascimento da ciência obstétrica, e a exclusão das parteiras em novos ambientes hospitalares de assistência também foi a tônica desse movimento. Trazemos, portanto, no capítulo terceiro, o cenário de ascensão do hospital, a desapropriação de saberes femininos ancestrais, a disputa entre médicos e parteiras e a proeminência de operações cesarianas, que por hora consolidaram o parto como um evento não mais natural e, sim, anatomopatológico e tecnocrático.

Apreendemos que o andamento e criação da ciência obstétrica, como um todo, perpassou por climas de baixo intercâmbio, prevalecendo a exclusão, rivalidade, subserviência e o imperialismo de um conhecimento e uma prática sobre a outra. As elites detinham estrutura capaz de impor poder, espaço, voz, escrita, estudos, suporte em geral, e assim desenvolveram-se como referências “superiores”, “científicas”, sob situação muito mais vantajosa em relação as classes populares, que muito antes já se dedicavam ao parto e ao nascimento.

Já no capítulo 4, investigamos a abertura do curso de parteiro(a), ou curso obstétrico, ofertado dentro da Faculdade de Medicina da Bahia- FMB. E fazemos referência ao baixíssimo número de alunas que conseguiram acessá-lo devido às exigências impostas. Esse curso, criado em 1832, será um marco no estabelecimento da ciência obstétrica no Estado e vai influenciar diretamente na concepção “moderna” de assistência ao parto, mas o afunilamento das condições para ingressá-lo, além de desprezar sobremaneira os saberes ancestrais das parteiras, reduziu as chances de permutas e trocas de conhecimentos.

Com o curso de graduação em medicina instaurado na Bahia, a proibição das mulheres em frequentarem a faculdade reforçou uma ausência de gênero por 71 anos dentro do conhecimento formal acadêmico em obstetrícia. Esse contexto é alegórico para identificar barreiras objetivas ao acesso feminino em qualquer tentativa de retomada de

“seu lugar” na ciência ou na arte do parto. Os embasamentos científicos criados ao longo do tempo no interior da FMB não tiveram participação feminina por longos anos, podendo supor que o enviesamento epistemológico de gênero, próprio do separatismo implantado, também cooperou para um roteiro de violências na hora do parto.

Apesar de uma das primeiras universidades do mundo, Universidade de Paris (séc. XIII), sob influência cristã e escolástica, ter proibido a presença feminina em seus cursos, o que alijou as mulheres de qualquer valorização formal de suas práticas de cura, evidenciamos, *en passant*, que importantes tratados médicos do ocidente já tinham sido escritos com participação feminina, apesar do silenciamento histórico bibliográfico. Esse remoto cenário nos ajuda a compreender, como um todo, o passado das mulheres na esfera do conhecimento.

Somente na década de 70 do século XX é que as primeiras historiadoras da ciência iriam resgatar o valor e os saberes dessas mulheres “excluídas”, além de denunciarem as invisibilidades bibliográficas, suas formas de exceção nos espaços da universidade e da ciência. É de salutar relevância tais discussões por demonstrarem a disputa de poderes de gênero e toda sua consequência para a vida das mulheres, especialmente na hora do parto.

Para tratar do ambiente em que se desenvolveu a ciência e a medicina da mulher na parturição baiana, ainda continuamos por nossa tese ressaltando o quantitativo de estudos médicos produzidos na FMB. Pelo recorte de gênero, compreendemos a diferença de interesses temáticos e os principais objetos de discussão das teses doutorais produzidas.

Constatamos que grande maioria das mulheres, novas médicas formadas na FMB a partir de 1879, demonstraram interesse nas questões femininas, dedicando-se diretamente ao campo da obstetrícia, e deflagrando a titulação, em nível superior, das primeiras médicas-parteiros no início do século XX. Das 15 teses escritas por mulheres na FMB (de 1879 a 1928), 7 se referem à temas da obstetrícia e 12 à temas femininos em geral. Esse dado é relevante à medida em que se compreende uma retomada das mulheres ao campo de conhecimento, outrora negado.

Com a chegada das primeiras médicas baianas na FMB, alguns assuntos sobre o corpo feminino passaram a ser abordados de outra forma. Citamos que a partir das teses

das primeiras médicas formadas na Bahia, como a Dr^a Rita Lobato e a Dr^a Francisca Fróes, concepções menos intervencionistas relacionadas a parto e aborto foram propostas.

Na conclusão de nossa tese, por fim, discutimos os índices atuais das insatisfações femininas na hora do parto, representados por dados recentes da violência obstétrica, que nos remetem a reflexões históricas quanto ao papel da mulher na ciência e do roteiro médico-científico masculinizado. Concluímos acerca da necessidade de uma ciência democrática que mais abstraia seu papel de anfitriã, para que mais incorpore a co-construção de saberes, menos superestimados e superiorizados. Ponderamos, tal como Stengers (1997) propôs, sobre a conveniência de uma ecologia de práticas que agreguem todos(as) os(as) personagens envolvidos(as) na ciência (médico e paciente), numa transversalização de conhecimentos, como Boaventura (*apud* Nunes; 2006) afirmou. O conhecimento-regulação deve ser substituído pelo conhecimento-emancipação.

É preciso adentrar à codificação epistemológica que produza uma “ciência sucessora”, como citou Donna Haraway (1995), na qual mulheres e minorias não apenas sejam ouvidas, mas recriem seus contextos de interesses e modos de produção de recursos científicos.

A ciência, o corpo e a medicina da mulher se entrelaçaram na história do parto, entre os finais do século XIX e XX, de maneira conjugada e com experiências parecidas na Bahia e no restante do ocidente. Muitas experiências se mostraram equivocadas e desvantajosas para os corpos das mulheres, daí a necessidade de uma reconfiguração dos liames científicos da medicina, com novas centralidades, considerando “experiências do conhecimento” (SANTOS, 2008), fugindo de modelos totalitários, determinismos mecanicistas, tecnocráticos, e regras metodológicas de paradigmas dominantes.

CAPÍTULO 1 – Estado da arte sobre corpo, medicina e ciência

A compreensão da atividade de partear na Bahia e no Brasil, como dissemos na introdução desta tese, pressupõe a investigação de diversos terrenos analíticos como campos correspondentes, que para nós estão assinalados no interior dos estudos sobre história da ciência, da mulher, do corpo e da medicina. Somente a partir do

entrelaçamento e da multidisciplinaridade dessas temáticas, poderemos melhor nos aproximar da estrutura ontológica que envolve o manejo e as relações do parto, e assim apreender a questão da violência obstétrica que acomete milhares de mulheres gestantes.

Verificamos que o horizonte que delineou o estado da arte a respeito do corpo e da mulher, foram lançados na década de 60 do século XX, bem como, é nesse período aproximado que as abordagens a respeito da história da medicina começam a ser traçadas. Já a constituição da ciência como objeto de estudos sociológico e historiográfico terá propulsão na década de 50 do século XX.

Muitas dessas novidades teóricas (estudo sobre corpo, mulher, medicina, ciência) nasceram por inspiração dos movimentos feministas da década 60, e se fortaleceram na terceira geração da Escola dos Annales, na França, conduzida sobretudo pelo historiador Jacques Le Goff. De acordo com as premissas da Escola dos Annales ou Nova História, toda atividade humana é considerada história; a Escola dos Annales renovou e ampliou o quadro das pesquisas até então pouco investigadas e privilegiou os métodos pluridisciplinares.

Ao lado dos intelectuais da Nova História, as reivindicações feministas do período, que culminaram na revolução sexual, também marcaram para sempre o contexto crítico da condição corpórea das mulheres no interior da medicina científica-oficial e, hoje, nos oferece subsídios elementares para um aprofundamento sobre a questão da violência na hora do parto. Vejamos.

1.1 Estado da arte sobre medicina

Os(as) primeiros(as) intelectuais da produção acadêmica dedicada à história da medicina no Brasil (décadas de 50 e 60), ensejaram suas concepções iniciais sobre o ambiente médico da colônia. Para esses intelectuais, no Brasil até 1889, predominava uma medicina atrasada, de especulações retóricas e anticientificismos, tal como podemos ver na demarcação e abordagem defendida pelo médico Antônio Carlos Coni (1952). Este autor afirma que na Bahia, as principais correntes do exercício da medicina se dividiram

em 3 fases: **1ª) empírica** (1500-1808), medicina de origem indígena, africana e jesuítica; **2ª) pré-científica** (1808-1866), fase baseada em teorias médico-filosóficas; e **3ª) científica** (1866), fase da escola tropicalista (FIOCRUZ s/d (1832-1930).

Nessa linha de abordagem, citada por Antônio Carlos Coni (1952), somente após a segunda metade do século XIX, com o protagonismo das faculdades de medicina, haveria uma ascensão do racionalismo e do espírito científico no Brasil. Muitas abordagens historiográficas da década de 50 à 60 tentaram imputar aos terapeutas populares (parteiras, por exemplo) e às instituições médicas do império (1822/1889), um certo atraso e antagonismo em relação às novidades técnicas, racionais e científicas advindas da segunda metade do século XIX e/ou na República. De acordo com Martins (2004):

Quando a história da medicina começou a ser escrita no século XIX, as práticas médicas antigas eram vistas com a mesma negatividade que as práticas populares da Antiguidade, principalmente da Idade Média, quando foram tratadas como **representativas da ignorância e do obscurantismo**. **Nessa interpretação evolutiva da história**, há o reconhecimento da ignorância dos médicos antigos sobre os assuntos relativos ao parto, mas a maior reação crítica fica para os leigos, especialmente para as parteiras das classes populares (MARTINS, 2004, p. 69).

Na década de 1970, estes modelos historiográficos de abordagens da história social da medicina foram considerados evolucionistas, e assim substituídos aos poucos por genealogias estruturadas em matizes foucaultianas, que passaram a acusar as instituições oficiais médicas do século XIX de funcionarem como aparelhos ideológicos do Estado, através de suas políticas sanitárias. Roberto Machado *et al*, no livro *A (da)nação da norma*, que se tornou um clássico dos anos 1970 no Brasil, inauguraram uma virada epistemológica ao considerar, por exemplo, que o nascimento da psiquiatria, apesar de travestido na ideia racional, científica, salvacionista, progressista e humanitária, gerou um modo de operação disciplinar e moralizadora que iria se espalhar por toda a sociedade para além do seu lugar de cura, no caso, o hospício. A medicina estaria, por essas abordagens, balizada num projeto de controlar a sociedade por meio da medicalização e da disciplina, que são funcionais ao capitalismo.

No entanto, na década de 90, novos pesquisadores da medicina (como Flávio Édler, 1998) passarão a analisar/julgar as obras de foucaultianos como Roberto Machado

et al (1978) como totalitárias, pré-moldadas, ausentes de aprofundamentos que considerassem a multiplicidade de projetos, lutas e contingências na história da medicina. Para os novos pesquisadores, as abordagens foucaultianas acreditavam haver uma mão invisível da disciplinarização, enquanto lógica necessária. Édler (1998) afirmou que as abordagens enviesadas por Foucault, apesar de resguardarem sua importância epistêmica no estado da arte da história da medicina no Brasil, estariam renunciando a pesquisas, documentações e estudos mais detalhados, para dar lugar à modelos apriorísticos de explicações sociológicas totalizadoras.

De certa forma, as análises foucaultianas realizadas por estudiosos da medicina das décadas de 70, já demonstravam distância da autoimagem triunfalista que a medicina criara nos anos iniciais da construção de uma historiografia médica no Brasil. Assim, os estudos desse período também contribuíram para um diagnóstico que auxiliou na denúncia de poderes e nexos políticos, econômicos, epistemológicos e de saúde. O conceito de medicalização social a partir de trabalhos sobre história da psiquiatria, por exemplo, permitiram ampla discussão sobre fenômenos como o da “disciplinarização da sociedade”, do “progresso civilizador”, da “sociedade disciplinar”, da “polícia médica”, da “medicina social”, das “tecnologias de controle do corpo”, do “biopoder”, etc.

Há que se dizer que ainda hoje muitos(as) autores(as) se utilizam de prerrogativas foucaultianas para analisar as práticas em saúde pública e privada no Brasil, como é o caso da autora Priscilla Batista (2015). Para ela, a atual medicina da mulher, ao invés de oferecer ampliação da autonomia feminina, atua produzindo corpos dóceis, no sentido utilizado pelo filósofo Michel Foucault⁸, visto que os discursos médico-hospitalares estão marcados pela lógica da máxima produção de lucros no mínimo de tempo possível e embutidas do valor de verdade científica, reforçando a desapropriação das gestações e dos partos pelas mulheres. Para a autora, seria esse o principal paradigma que sustenta a violência obstétrica: a apropriação pelo saber-poder médico-científico dos corpos e dos processos reprodutivos e sexuais das mulheres durante suas gestações e partos. De fato, para Michel Foucault (2019), a ciência está enraizada profundamente nas estruturas

⁸ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 40ª edição. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Machado, R. (organizador e editor). 9ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

sociais e econômicas, e “o controle sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo e com o corpo” (p.144), nesse sentido, a medicina se manifesta como uma realidade e uma estratégia biopolítica.

Com a entrada de novos(as) historiadores(as) e sociólogos(as) no debate sobre estado da arte da medicina nos anos 1990, no Brasil, promoveu-se a construção de vertentes teóricas inéditas, para além das foucautianas. Por exemplo, Édler (1998) cita o trabalho realizado por Peard (1990) sobre os tropicalistas baianos (escritores da *Revista Gazeta Médica*⁹) que destoava, em parte, das ideias hegemônicas europeias sobre doenças tropicais e empregava certo otimismo ao relatar que “apesar” do clima e do povo brasileiro miscigenado, era possível a adaptabilidade ao clima local. A medicina tropical, nesse caso, orientada a partir do ponto de vista baiano, e não europeu, engendrou uma concepção de natureza humana distinta, com vistas a reabilitar a imagem insalubre do Brasil frente às nações europeias. Nesse sentido, as prerrogativas teóricas foucautianas nem sempre demonstravam eficácia, pois pelo exemplo da abordagem de Peard (1990), os conteúdos estrangeiros “civilizadores da modernidade”, não foram aceitos por médicos baianos tropicalistas, o que desconfigura a ideia totalitária de ciência e medicina.

Édler (1998) ainda investiga o momento em que as oligarquias políticas brasileiras têm suas estratégias de poder estabelecidas diante do surgimento de uma classe social autônoma, liberal, portadora de status ético e meritocrático: os médicos. As nuances das reformas do ensino de 1870 nas faculdades de medicina do Brasil iriam demonstrar o ambiente de disputas internas, trazendo à tona o papel de outro personagem de persuasão e transformação política desse período: a imprensa médica. Muitos debates científicos no século XIX passariam a ser atualizados pela imprensa médica e não apenas pela academia, forçando assim o confronto de ideias entre credos científicos rivais. Quando, por exemplo, os defensores acadêmicos de teorias parasitológicas foram confrontados com as teorias climáticas dos idealizadores da *Revista Gazeta Médica*, as teorias parasitológicas foram mais tarde reconhecidas e assimiladas pela cátedra e demonstraram que instituições

⁹ Fundada em 1866 por 3 doutores estrangeiros: John Paterson, Otto Wücherer e José Francisco da Silva Lima. Nenhum deles pertencera à Faculdade de Medicina da Bahia, devido ao decreto de 12/03/1881 que restringia a atuação de médicos estrangeiros no país, mas mantinham relação estreita com esta instituição de ensino. É considerado o periódico fundador da “Escola Tropicalista Baiana” ou “Escola Parasitológica Tropicalista da Bahia”. Os médicos Antônio José Alves, Januário de Faria, Virgílio Damásio, e um estudante, Pacífico Pereira, integravam a Faculdade de Medicina como docentes e eram também redatores da revista.

formalmente destinadas ao controle da medicina poderiam ser irrompidas externamente e forçadas a reconstruir conceitos e modelos teóricos.

O cruzamento racial, as descobertas de doenças tropicais, a eugenia, a febre amarela e o higienismo foram temas preponderantes no contexto de constituição das faculdades, hospitais e academias médicas no século XIX, no Brasil, e esse foco teórico mudou a tradição e “previsão” sociológica anterior, colocando não somente o Estado como protagonista na promoção da ciência do país, mas também a imprensa, as sociedades de medicina e os demais agentes de cura.

O final da década de 1990 também será responsável pelo aparecimento de diversas feministas intelectuais interessadas pelo tema da invisibilidade da mulher na ciência e por toda uma crítica epistemológica sobre as raízes do patriarcado no interior de grande parte da estrutura do conhecimento biológico e científico. Esses novos paradigmas reestruturarão o contexto da historiografia da medicina no Brasil, e sobretudo, abrirão os caminhos necessários para repensar o modelo de parto construído sob a égide da medicina científica masculinizada.

Nosso trabalho, portanto, aproxima-se das tendências mais atuais da historiografia médica, buscando compreender as origens remotas da violência obstétrica e o lugar do desenvolvimento científico no contexto patriarcal e médico.

1.2 Estado da arte sobre ciência

Diferente da medicina, que de início foi dominada pela narrativa dos próprios médicos (autobiografias), a construção de uma história da ciência brasileira foi organizada por diversos(as) especialistas como físicos(as), historiadores(as) e químicos(as), que se debruçaram sobre este campo do conhecimento.

O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, bem como a Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP, no final da década de 1970, patrocinaram produções numa linha de abordagem que tinha o objetivo de atrair

historiadores(as) e sociólogos(as) para refletirem sobre a ciência no Brasil. Segundo Édler (2019), as primeiras incursões tinham como foco questões relacionadas à forma com que a ciência se disseminara no país, discutindo-se a aclimatação das universidades, a adaptação das entidades científicas europeias, a chegada da ciência moderna e as dificuldades inerentes à difusão do conhecimento científico no país. Nessa época (década de 70/80), a ciência era vista como progresso, consenso em torno da verdade, propulsora da paz social, da libertação e instrumento de mudança civilizadora.

Esse caminho tinha como aspecto basilar a filosofia kuntiana, a ideia de que a ciência se define pelo método, ciência com “C” maiúsculo, com pressupostos metodológicos que podem ser aplicados em vastas áreas do conhecimento.

A pergunta que os historiadores da ciência desse período passaram a fazer, portanto, foi: se o conjunto de valores metodológicos científicos eram estranhos às sociedades periféricas como o Brasil, como essas sociedades os absorveram e os aprimoraram? Como o médico e cientista Osvaldo Cruz conseguiu fazer a ciência dar certo? Emergir em uma sociedade tão “religiosa”, “deletéria”, “pragmática”, tendo resultados tão satisfatórios? Era o tipo de questão que interessava para esses historiadores kuntianos da ciência. E a categoria de análise utilizada foi o processo de difusão da ciência (práticas e técnicas), conhecido com difusionismo cultural, de Franz Boas (EUA). Nesse momento, a visão de ciência estava muito articulada com filosofia, epistemologia, metafísica, lógica e conceitos sobre métodos universais.

Já nos anos 1970 e 80, a visão linear começava a ser criticada. O novo referencial de análise da historiografia científica passou a ser o aspecto do recebimento e da adequação criativa e não da expansão e da passividade dos receptores da ciência no Brasil. Assim, passaram a se perguntar sobre o espaço de autonomia do cientista. Além disso, qual seria o sentido de desenvolver uma história da ciência no Brasil se nem tínhamos prêmio Nobel de ciência? Quais grandes descobertas os brasileiros haviam realizado?

As principais obras estudadas na área da história da ciência em 1970 foram: *A estrutura das revoluções científicas*, de Thomas Kuhn (EUA-1970), *A Formação da comunidade científica no Brasil*, de Simon Schwartzman (BRASIL - 1979), *História da escola da Minas e Ouro Preto no Império*, de José Murilo de Carvalho (BRASIL- 1978), *Gênese e evolução na ciência no Brasil*, de Nancy Stepan (BRASIL- 1976), e *Ciência e*

Estado: a política científica no Brasil, de Regina Lúcia de Moraes Morel (BRASIL-1979).

Desse modo, a ciência passou a ser encarada como atividade articulada de conhecimentos incomuns, onde nem todo cientista comungaria dos mesmos imperativos e sistemas de valores padrões. E se começou a desconfiar, nas décadas seguintes, já em 1990, dos marcos anteriores expressos na historiografia da ciência, e refletir sobre um possível apagamento de “outras ciências”.

As reflexões focalizaram-se na dinâmica do conhecimento e dos saberes construídos antes da chegada dos portugueses, ponderando a existência de produção científica na colônia, no império e ausente das instituições científicas portuguesas. Esta nova geração de historiadores da ciência na década de 1990, expandiu fronteiras e revisou as categorias pré-definidas do conceito de ciência, ampliando sua definição para além da ciência universitária, de laboratórios, feita sob condições teóricas padronizadas. Os modelos positivistas deram lugar aos processos históricos; exames sob a perspectiva de Bruno Latour e Michel Foucault levantavam categorias relacionadas a relações entre saber, poder e práticas discursivas; sociólogos da ciência entram em cena e também as microanálises.

Esta crítica à normatização do pensamento científico geraria uma crise de modelos teóricos, experimentando-se verdadeiras reviravoltas, inclusive no campo marxista; teorias funcionalistas e totalitárias estavam sendo minadas, revisadas, e o racionalismo era posto em questão; a marca dessa virada foi a recusa da ideia de verdade científica absoluta.

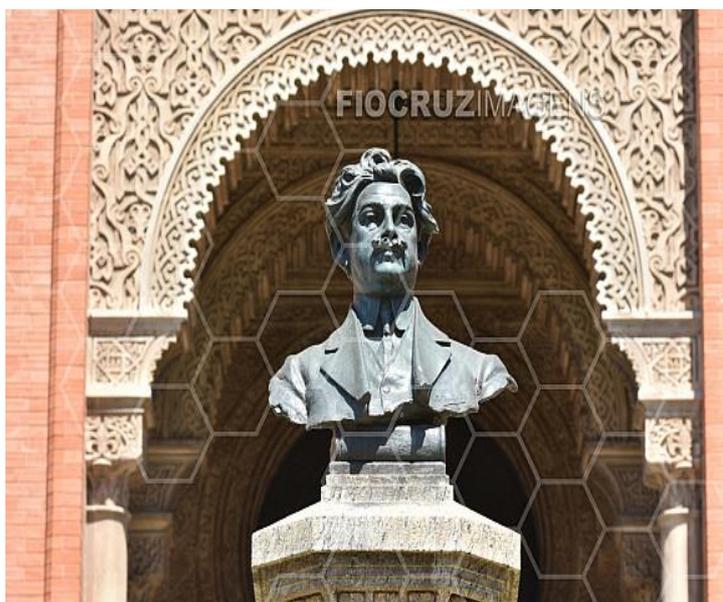
Outros horizontes foram investigados, a ciência chinesa foi um deles, e fez ruir concepções universalistas de ciência como conhecimento imanente, sendo substituída por perguntas sobre o contexto de avanço de uma universalidade científica no ocidente. Passou-se a falar em etnografia, ciência como negociação e não ciência unificada. Reduziram e em muitos casos mesmo suprimiram a tônica de que o método científico é único, consolidando a ideia de que outros métodos são possíveis, e tais métodos significavam a luta de uma comunidade pelo seu meio de vida, pois, se um conceito era considerado científico e outro não, na verdade estava-se legitimando uma prática em detrimento da outra, quer dizer, um campo de disputa política e social.

Na conclusão da tese de Barreto (2005) enfatiza-se que “o que precisa ser considerado é que os ‘avanços’ da ciência são mediados por contextos políticos e interesses de grupos. Assim, é preciso contextualizar as demandas intelectuais no cenário político e institucional” (p. 230). Na atualidade, esses questionamentos e paradigmas científicos, como o da unidade, da universalidade, da verdade, do progresso etc., foram tomando corpo e buscando substitutos em epistemologias locais.

Ícones como os médicos e cientistas Carlos Chagas e Oswaldo Cruz são entendidos, hoje, portanto, em contextos cada vez mais políticos, econômicos, sem o plano pré-concebido de uma ciência enunciada e triunfal, pois a dinâmica reconhecida é de que ela sempre esteve associada ao fato de certas comunidades quererem dominar outras, e seu conceito está ligado à defesa e ao convencimento daquilo (objeto), constituindo-se uma verdade hegemônica.

Uma metáfora categórica a esta mudança (de ponto de vista da historiografia da ciência) é a afirmação de que “o busto da estátua de Oswaldo Cruz é maior do que ele”, ou seja, as abordagens que colocavam Oswaldo Cruz como ícone único da ciência no Brasil, poderiam representar perspectivas evolucionistas que, ao sacramentarem alguns cientistas, desprezaram todo o percurso social da ciência no país e as lógicas de dominação dos saberes.

Figura 1 Busto do médico cientista Oswaldo Cruz, localizado em frente a entrada frontal do Castelo Mourisco, campus Manguinhos, Rio de Janeiro.



Fonte: Site oficial da FIOCRUZ, 2022. s/d

É dessa forma que encaminhamos nossa pesquisa de doutoramento, pois, de maneira geral os trabalhos já escritos sobre o tema da violência obstétrica pouco consideram enquadramentos científicos e concepções médicas de cada época, assim não se apropriando das razões primeiras que fizeram do parto um lugar de contendas. A medida em que o método científico fora considerado universal e único, fez silenciar, durante muito tempo, os ensinamentos e práticas remanescentes das mulheres parteiras, ensejando cenários de violências protagonizadas pelo próprio método científico, como veremos a seguir.

1.3 Estado da arte sobre o corpo

Determinante e transformador também foi o papel do debate sobre o corpo, e foi também na década de 60 do século XX, quando mais afastadas as influências moralmente religiosas do exame sobre o corpo, que ele emergiu enquanto objeto de estudo. A apologia ao corpo e os condicionantes socioculturais que modelam a corporiedade humana tomaram forma teórica e ele saiu do seu papel restrito de “máquina orgânica” para ganhar um esboço interpretativo enorme nas pesquisas em ciências sociais.

Segundo Genaro (2009), no contexto filosófico desde Platão até o racionalismo predominante na era moderna, o corpo fora desprezado; filósofos remetiam-se somente a alma, a mente, ao intelecto; mas, em 1887, Frederich Nietzsche formulará a primeira crítica ao que ele chamou de “individuação do homem diante da separação corpo e mente”, assim relevando valor ao afeto, à vontade, ao desejo, ao prazer, a dor, aos impulsos e instintos. Para o filósofo, a consciência não é essencial ao sujeito, não é a razão a última que fala por nós. Corpo e intelecto em Nietzsche são indissociáveis e foi dessa forma que Foucault o prestigiou, mas introduzindo a questão do poder e da política em seus estudos. Para Foucault (2019), o corpo é força de trabalho e de produção, “é no biológico e no corporal, antes de tudo, que investe a sociedade capitalista” (p. 144).

Uma análise sobre como Nietzsche transcendeu ao discurso historiográfico tradicional criando uma “Genealogia da Moral”, que não é metafísica e sim invenção, determinou o olhar de Foucault para uma história que ninguém dava importância (sentimentos, corpo, consciência, discurso, poder, amor, signos).

Pensar, pois, dentro desta dimensão crítica provocou Foucault a refletir sobre os projetos políticos gerados pela modernidade. Seu interesse recaiu em entender como a individuação dos sujeitos é cada vez mais mitigada, uma vez que a governamentalidade sobre os corpos se intensificou. As respostas dele não foram, enfim, otimistas. A passagem das sociedades baseadas no poder soberano às baseadas em um poder disciplinar, somente fez aumentar a submissão das pessoas à gestão administrada da vida. Para Foucault, cada vez mais o Estado se transformou em um subproduto de estratégias de normalização que criam biopolíticas, isto é, criam domínios diversos sob os processos vitais que controlam os homens sob ponto de vista de atuação na espécie ou na população – atuando assim sobre o caráter do nascimento, da fecundidade, longevidade, morte, consumo, sexualidade, nacionalismo etc. (GENARO, 2009, p. 11).

Um debate voltado especificamente para o corpo, tem origem tanto nos episódios revolucionários lançados pelos(as) jovens feministas em meados da década de 60, quanto na filosofia nietzscheana e na sociologia foucaultiana. De acordo com o estado da arte sobre sociologia do corpo organizado pelo sociólogo francês Le Breton (2009), Anthony Giddens (1993), sociólogo britânico, também foi um importante personagem no período, pois ele fez apanhados históricos das transformações sofridas na intimidade dos sujeitos e, assim, trouxe à tona descobertas muito importantes para a história social do corpo, sobretudo no que concerne às mudanças relativas à virgindade, à expectativa masculina sobre a mulher, às experiências antes do casamento, às novas exigências sexuais de homens e mulheres e à abertura para a bissexualidade. Enfim, segundo autor, a hipótese de Foucault de que a modernidade necessariamente produzira “corpos dóceis” e disciplinados, deveria ser relativizada, pois em muitos casos, os corpos imbricados na relação política de dominação, reagem de maneira a reproduzir e potencializar prazeres. Por exemplo, na modernidade, formas diversas de sexualidade foram abertas à exposição pública, muitas culturas fomentaram a sensibilidade erótica, ela ganhou progressiva diferenciação entre sexo e reprodução, e a democracia de tal modo se refletiu na intimidade das casas que não tornou mais aceitável a coerção imposta de fora (Estado) para dentro (sociedade). Desta maneira, Giddens (1993) também realizava uma guinada nos estudos sobre o corpo, abordando aspectos da vida cotidiana que indicavam certa autonomia dos sujeitos na relação com seus corpos.

Para Le Breton (2007), o termo “corpo” pode denotar um sentido universal de veras corrente nas ciências biológicas. No entanto, pensar sociologicamente seu

conjunto é questionar sua imutabilidade perante os diferentes contextos de vida humana. O exercício sociológico deve nos fazer lembrar das inúmeras representações sociais que mesmo a anátomo-fisiologia e a medicina carregam. Na cultura dos Canaques, corpo e mundo não se dissociam, não existem termos que caracterizem o corpo ou órgãos do corpo, tudo leva nome de frutas, árvores e natureza, desse modo vemos que o corpo é uma realidade mutante e suas imagens se definem de acordo com a elucidação simbólica de cada comunidade.

Por esse raciocínio, pode-se dizer que ciência médica e a biologia não seriam referências universais capazes de dar conta do que se apreende como corpo, pois corpo não é somente uma coleção de órgãos. Então, o estado natural da condição corpórea em si é secundário, vale mais para sociologia a ficção em que o corpo está envolto, sua cristalização no imaginário social, sem reduzi-lo ao biológico e natural, sem isolá-lo como objeto apartado do mundo das ideias. O mesmo deve ser investigado conforme codificações e referências das mais variadas como sexo, idade, rendimento, lugar, tempo, técnicas de corpo, gestualidades, planejamento de etiquetas comportamentais, enfim.

De maneira geral, o sentido que o corpo transporta em cada sociedade estrutura-o como elemento isolável ou coletivo. Constata-se que em sociedades mais tradicionais o corpo é componente de ligação, energia coletiva, inclusão, já nas sociedades urbanas modernas, ele é o que separa, individualiza, demarca limites pessoais; em síntese, o isolamento do corpo nas sociedades modernas ocidentais “é resultado do recuo das tradições populares e do advento do individualismo e traduz o aprisionamento do homem sobre si mesmo” (LE BRETON, 2007, p. 31).

Le Breton (2007) também apresenta dados e condições inovadoras para pesquisas sobre o corpo, dentre elas os componentes técnicos que a era moderna tem implantado nos órgãos e funções da vida humana. A medicina de próteses e as tecnologias digitais têm sido aceitas de forma eminente e trazem para o corpo um empoderamento individual e paralelamente um cerceamento mercadológico inestimável em virtude das crescentes demandas. Membros prostéticos, circuitos implantados, cirurgia plástica e alteração genética emergem sobre o tema da invasão dos corpos, salientando hibridismos homens-máquina e o que se chamaria de pós-humano, ciborgue ou bio-cibernético (SANTAELLA, 2007). Por esse mesmo lado, o crescimento da tecnologia chega

expressando novos modos de comunicação, percepção, pensamento e interação do corpo com o mundo e na sequência destas revoluções técnicas, o corpo superaria sua fragilidade e vulnerabilidade, substituindo natureza biológica por natureza e inteligência artificial. A ânsia em superar o corpo e procurar uma essência virtualmente eterna hoje é o que declara guerra ao envelhecimento, à doença, à morte, à dor e à dependência médica (SIBILIA, 2004).

Por ora, fala-se ainda na alienação que o capitalismo pode produzir no indivíduo a partir de sua dominação material sobre corpo e no consequente confinamento ao sistema corporal. Numa sociedade em que a parte física vale pela moral, pois quem se adequa à vestimenta e a feição mais aceita estará moralmente perfeito, o corpo se encarna como trunfo e proteção para o indivíduo. Terapias corporais e práticas esportivas contemporâneas, para alguns sociólogos do corpo estariam expressando o discurso neonarcisista, de recalque que produz, através do aparato médico científico, um mal-estar social físico a quem de certa forma não adere a tais práticas (ORTEGA, 2003). O corpo assim é a saída e o refúgio em tempos de solidão, de dispersão de referências, tornando-se um “espelho fraternal” e assumindo a atomização de sua condição, com isso dando salutar existência a carne.

As mais novas condutas de risco procuradas pelos indivíduos, para Le Breton (2009), também caracterizam um uso do corpo propenso à profusão de sentidos que o mundo contemporâneo sufoca. O indivíduo estaria procurando ao seu redor e fisicamente, os limites que a sociedade não dá mais para ele e, por isso, busca referenciais interrogando a morte com os riscos almejados, pois a sociedade não o orienta para uma boa existência em vida.

Vivemos hoje numa sociedade problemática, sociedade em constante construção na qual o exercício da autonomia pessoal dispõe de amplitude considerável. Somos chamados a nos tornar empreendedores de nossas próprias vidas. Os indivíduos tendem cada vez mais a se autorreferenciar, a procurar em si o que antes procuravam no sistema social de sentidos e de valores no qual a existência se inscrevia (LE BRETON, 2007, p. 89).

De um modo geral, ao inaugurar as discussões sobre história do parto e violência obstétrica, discute-se a colonização tecnológica e patriarcal no corpo humano de gênero

feminino (as grávidas), manifestas nas excessivas taxas de cesarianas e partos artificiais, violentos e mais sofridos, que representam mais de 50% dos nascimentos na rede pública e 80% na rede privada do país; reflete-se, nessa tese, a história em que um momento de grande dificuldade para o corpo foi transformado em um muito pior e agressivo, pelo “Estado Médico”; discute-se a desumanização da concepção de corpo, o desprezo às dores do corpo, a patologização e objetificação cultural do corpo humano (mulher).

O nascimento do corpo humano se tornou, assim, um ícone de representação dos erros médicos no Brasil, é o evento parto e a especialidade médica da obstetrícia que lideram os maiores índices de erros médicos hoje, porém tais erros ainda são consentidos, naturalizados e por isso não denunciados – dados da CREMESP 2001; há que se ponderar sobre a cirurgificação do corpo feminino, cortes e dores desnecessárias, porém institucionalizadas, o quanto isso estaria hibridizando e modificando a própria estrutura da natureza, tanto em nível fisiológico quanto em nível psicológico. Este conjunto de fatores justifica a importância em dar ênfase às noções de corpo, pois sem a sua representação como enfoque, não é possível questionar o modo pelo qual a ciência médica lida com a fisiologia do parto: “corpos podem ser muito eloquentes e revelar mudanças nos ângulos de abordagem histórica, ajudando a melhor penetrar as realidades do passado” (DEL PRIORI, 1995, p.10).

As narrativas acima apresentadas, sobre o estado da arte médica, científica e do corpo, consolidam-se contribuindo como vetores para interpretar o ambiente de desenvolvimento e transformação do parto na Bahia.

CAPÍTULO 2 – Breve contexto histórico da medicina

No terreno da história da medicina, tema deste capítulo, caminhamos sob o ponto de vista das atividades e concepções médicas advindas da Europa e sucedidas no interior da nação brasileira. Estudamos aspectos concernentes às epistemologias e origens da concepção de corpo, doença e saúde, inicialmente a partir de quatro principais autores: o sociólogo Luiz Otávio Ferreira (1993), a médica e escritora Jane Dutra Sayd (1998), o historiador Flávio Édler (1998) (2016) (2019), e a historiadora Márcia Moisés Ribeiro (1997).

Por essa trajetória, nos aproximamos das discussões a respeito da medicina brasileira organizada antes da chegada dos portugueses e paralela a ela, intra e extra cátedra; outrossim, alguns caminhos dos agentes da cura realizados por indígenas e africanos (barbeiros, curandeiros, parteiras e boticários), que sugerem grande aporte para realidade médica do país, desde o Brasil colonial até o século XIX.

Também nos dedicamos a realizar uma síntese sobre a introdução das Escolas de Cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro, que se tornarão as futuras Faculdades de Medicina da Bahia (FMB) e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), e ainda suas organizações, suas reformas de ensino, teorias implementadas e difusão pela sociedade.

Nos referimos à transição da medicina europeia calcada na pluralidade de teorias filosóficas, para uma medicina centrada no estabelecimento de padrões universais positivistas, higienistas, salientando a organização de um projeto civilizador articulado por segmentos e sujeitos da ciência médica.

Este apanhado quanto à formatação e acomodação social da medicina geral no ocidente é deveras salutar para o contexto que preconizará a obstetrícia. Ele tem a função de demonstrar nuances morais e materiais que aportaram os sentidos múltiplos de transição de partos naturais como eventos fisiológicos, sob o controle de parteiras, para partos programados, hospitalares, como eventos patológicos, sob controle do médico e das técnicas farmacológicas e cirúrgicas. A uniformização de doutrinas médicas, o esquadrinhamento metodológico da medicina, o preconceito quanto às técnicas “do

passado”, produzida por mulheres, são fatores inscritos que determinarão as faces e cenários históricos da violência contra mulher na hora de dar à luz.

2.1 Questões gerais da epistemologia médica

Registros históricos apontam que a prática dos saberes médicos precede à antiguidade Grega, e que a medicina é tão antiga quanto a humanidade. Manuscritos entre 3.000 e 1.000 a.C. asseguram que os egípcios praticavam a medicina, tornando-se referência para outras culturas mediterrâneas. Nos papiros egípcios já se encontravam divisões de especialidades médicas como a de dentistas, especialistas em olhos, médicos do estômago, e já havia registros de cirurgias, tratamento de feridas, conhecimento do crânio, de doenças neurológicas, utilização de plantas, tratamento de asma, procedimentos diagnósticos, prognósticos, exames e etc (PERTILE, 2020).

O primórdio da medicina ocidental, portanto, mesmo marcado pela bibliografia tradicional dentro do período clássico da civilização Grega (séc. V a.C), deve ser refletido sob a influência da medicina oriental, como um campo primeiro e de origem, onde seu conjunto de técnicas de saúde tem como características aspectos locais e sociais da religiosidade africana egípcia.

Mas, sob herança egípcia, a medicina grega ocidental se desenvolveu tendo como marco importante e “divisor de águas”: o afastamento da compreensão de doença e morte como castigos divinos. As práticas curativas, ao longo dos anos, foram se separando do misticismo e da magia, passaram de explicações figuradas pelos “mistérios” da cura para observações mais materiais e orgânicas. Foi assim consolidando-se a noção grega da *Physis* (natureza), entendida como “um princípio que produz o desenvolvimento de um ser e nele realiza um tipo específico” (SAYD, 1998, p. 19).

O médico Hipócrates¹⁰ desponta na historiografia como o mais importante desse período da primeira antiguidade grega (REBOLLO, 2006) e, em seus tratados e anotações¹¹, a compreensão da *Physis* é entendida como um poder auto regenerador,

¹⁰ A maior parte da literatura médica desenvolvida por Hipócrates era produzida em jônico ou no dialeto dórico; existiam textos dedicados aos especialistas e outros ao grande público (REBOLLO, 2006).

¹¹ *Corpus Hippocraticum*, do séc V a.C / 420 - 350 a.C.

cabendo ao doutor deixá-la atuar e, cauteloso, apenas prever os rumos da doença. A formação de um pensamento mais lógico-material sobre corpo e doença, portanto, passou a ser a tônica médica¹².

Os primeiros gregos dedicados a arte da cura no século V a.C anunciavam a necessidade de dietas, remédios, cirurgias, mas também aguardavam a evolução natural das coisas: “segundo este preceito, o médico só cura aquilo que a natureza pode curar” (SAYD,1998, p. 26). Ele atua apenas como sujeito regulador nas relações entre o homem e seu ambiente. A concepção era de que as doenças dependeriam, na sua maioria, de um desequilíbrio que correlacionava as faixas etárias, as estações do ano, os gêneros, as características físicas e os temperamentos humanos – por exemplo, um homem gordo, corpo úmido e macio, tranquilo, distraído e/ou preguiçoso, teria mais propensão a sofrer diarreia, hemorroida ou febres, no inverno (REBOLLO, 2006).

Assim, o ensino inicial da medicina seguia a tradição grega de aprendizado técnico voltado para a arte manual. A transmissão dos conhecimentos médicos era feita no interior das próprias famílias e só com o tempo migrou para o interior de escolas, cada qual intitulada com nome de seus mestres/professores ou lugares. A escola onde Hipócrates se formou foi denominada de Escola de Cós, referência a Ilha de Cós, onde nascera.¹³ No Egito, os estudos médicos já eram repassados nas academias (escolas).

Durante o período helenístico (III e II a.C), no entanto, com a hegemonia de Alexandria¹⁴ sobre os gregos, as influências orientais fizeram incorporar o aumento na utilização de novas drogas e remédios, até que a profissão de farmacêutico se separou da profissão de médico. Enquanto a Escola de Hipócrates (Escola de Cós) apresentava estudos de 250 substâncias, os novos médicos alexandrinos e romanos como Celso (I d.C), Dioscorides (I d.C) e Galeno de Pérgamo (130-201 d.C), descreveram mais de 950 novas substâncias manipuláveis.

¹² Mesmo com a concepção de *Pysis*, os(as) deuses da mitologia grega permaneciam em relevância. No próprio “juramento de Hipócrates” há citação de deuses como: Apolo, Esculápio, Hígia e Panacea.

¹³ Existiram, inicialmente, 4 escolas onde eram ensinados conhecimentos de medicina, a “Pitagórica” (que teve como membro destacado Alcmeon de Cróton), a “Siciliana” (de quem participou Empédocles de Acragas), a “Jônica” (onde atuou Demócrito) e a de “Abdera” posteriormente substituídas pelas escolas de “Cnido” e a de “Cós”, onde imperou Hipócrates (RONAN,1987, *apud* FORTUNA, 2014, p. 7).

¹⁴ Situada ao norte do Egito.

Anos mais tarde, Cláudio Galeno (210 d.C), considerado formador da terapêutica¹⁵ ocidental, médico e filósofo proeminente grego, identificava-se como herdeiro e seguidor de Hipócrates, porém, sua terapêutica ultrapassava a de seu antecessor. Ele criou a fisiologia experimental, praticou as primeiras dissecações em macacos, distinguiu os nervos sensoriais dos nervos motores, descreveu o coração, o funcionamento da circulação, demonstrou que os rins processavam a urina e mostrou que as artérias contêm sangue e não água. Desenvolveu também a teoria de que doenças do corpo humano ocorrem quando há um desequilíbrio entre quatro de seus componentes: sangue, bílis, pituíta¹⁶ e atrabílis¹⁷ (FIOCRUZ, s/d).

Galeno receitava o uso de catárticos¹⁸, de remédios, debatia a noção de doença: “não se vê em Galeno o mesmo respeito pelo organismo, a preocupação de não o corromper, nem a ideia de cura como resultado do autodesenvolvimento, essenciais para os hipocráticos” (SAYD, 1998, p. 35).

Nesse novo momento para a medicina, as fórmulas e procedimentos inventados deveriam ser usados em todos os casos e doenças, e assim o corpo iria se adaptar e absorver, por escolha natural, o que avaliasse melhor para o processo da cura: “utilizava-se o mesmo medicamento para inúmeras doenças e os doentes terminavam por passar por todas as terapêuticas disponíveis. Acima de tudo, “a sangria realizada múltiplas vezes em praticamente todos os doentes era um denominador comum” (SAYD, 1998, p. 42).

Sob influência de Galeno, a medicina ocidental seguiu o caminho em direção à Idade Média, unindo-se aos princípios da religião cristã e da alquimia, que mais tarde resultarão em sua fase escolástica. Galeno ofereceu, desse modo, a base teórica e conceitual para o desenrolar da medicina medieval e, no Renascimento suas obras qualificaram os elementos básicos da posterior “revolução anatômica¹⁹”.

Enquanto na Antiguidade Grega cura e saúde começavam a ser compreendidas como respostas do próprio corpo humano, na Idade Média veem a se associar a critérios místicos, como devoção, fé, passando por influências alquimistas advindas da interação

¹⁵ Terapêutica origina-se do verbo grego *therapeuiein*, que significa servir, prestar assistência (SAYD, 1996, p. 25).

¹⁶ Muco nasal, secreção.

¹⁷ Bílis negra.

¹⁸ Substâncias que aceleram a defecação.

¹⁹ Anatomia é um ramo da biologia que trata da forma e da estrutura dos seres organizados.

com médicos árabes da Ásia Menor (séc. VIII-XI). Novas substâncias, diferentes das vegetais, foram introduzidas às fórmulas e aos remédios:

A medicina passa, igualmente, por uma fase escolástica. Influenciada pela cultura árabe, zelosa e respeitosa em relação aos conhecimentos do passado, e pela igreja, pretende uma conciliação entre a tradição galênica, os grandes alquimistas do passado e a revelação cristã. O grande critério da verdade na medicina, como na filosofia e em todas as áreas do conhecimento, passa a ser o peso da tradição e dos dogmas religiosos (SAYD,1998, p. 38).

Já no período posterior à Idade Média, qual seja, o Renascimento, prevalecerá uma visão sob especialização do corpo, da doença e da cura, “cada parte do corpo é um instrumento, uma ferramenta independente que possui uma utilidade bem definida” (REBOLLO, 2006, p. 77). Nessa totalidade, os médicos da modernidade passaram a se dividir em diversas escolas terapêuticas (doutrinas de saúde), misturando teorias e conhecimentos médicos da Antiguidade e da Renascença.

Uma perspectiva de compreensão global da história da medicina do período da modernidade no ocidente foi traçada pelo sociólogo da ciência Luiz Otávio Ferreira (1993). Para este autor, da Renascença ocidental até o século XIX, a diferença entre escolas terapêuticas era muito mais filosófica do que propriamente prática, pois pouco efeito ou mudança significativa na preservação da saúde humana ocorrera, embora novas experimentações viessem acontecendo.

Ferreira (1993) considera que, na Idade Média e na Renascença, nenhuma mudança profunda na medicina havia se deflagrado, pois os grandes marcos só se desenvolveram no século XIX. Isso devido às **1)** atitudes mais moderadas do ceticismo terapêutico²⁰, **2)** ao advento da quimioterapia, **3)** às descobertas microbiológicas (como o fenômeno da imunidade²¹), **4)** à aproximação da química (com introdução da morfina, estricnina, colchicina, quinina, cafeína, codeína), da física e da bacteriologia. Ainda se considera de grande importância para o período do século XIX, a introdução da anestesia em cirurgias (através da manipulação do éter e do clorofórmio), a descoberta do raio x,

²⁰ O termo ceticismo na medicina é polissêmico e fadado a diversas confusões interpretativas. No século III a.C, o ceticismo nega a possibilidade de alguém se encarregar da saúde de outrem e também não haveria intenção benéfica por parte do terapeuta: “cada um deve se conhecer e saber o que é melhor para si”, e todos devem ser médicos de si mesmos (SAYD; MOREIRA, 2000, p. 15).

²¹ Iniciadas por Louis Pasteur e Robert Koch.

os antibióticos, os estudos de imunologia (vacina) e a endocrinologia (SÃO THIAGO, 1998).

Diferentemente de Ferreira (1993), que atribui somente ao século XIX perspectivas de grande mudanças na área médica, Sayd (1998) descreve que as descobertas do Novo Mundo já vinham introduzindo substâncias de grande importância nas atividades médico-científicas, daí evidenciar a importância histórica da **1)** descrição dos processos fisiológicos já iniciados por William Harvey no século XVI, **2)** a mecânica de Descartes, que fez compreender o organismo como máquina na “transparência das linhas geométricas” (p. 44), e **3)** o racionalismo iluminista do século XVIII, que contribuiu para o maior afastamento de concepções exotéricas e mágicas, organizando uma medicina classificatória, também conhecida pela elite de médicos²² como “medicina das espécies”.

A autora portuguesa Lurdes Barata (2021) considera também que a reforma universitária em Portugal, realizada por Marquês de Pombal, já em 1772, trouxe transformações relevantes para o ensino da medicina lusitana, vide a introdução das ciências naturais, da física experimental, da química, a criação dos primeiros laboratórios e do primeiro hospital escolar.

Baseado em autores como Canguilhem (1977) e Foucault (1990), Ferreira (1993) aponta que a medicina no século XVIII era entendida como sintomatologia²³ e nosologia²⁴, pautada por classificações naturalistas. Nesse período, praticava-se a didática de controle ou sistemas de observação, porém, não “universais”. Não se tinha posse da unidade de conhecimento que hoje podemos constatar na medicina, e um profundo antagonismo entre dezenas de doutrinas sobre saúde fragmentavam os próprios médicos e suas ações: teoria vitalista, teoria da excitabilidade orgânica, teoria iatroquímica²⁵ e iatrofísica.

Na “Escola de Paris”, por exemplo, predominava a terapêutica da prevenção e ainda não se tinha consolidado uma medicina “da cura”, portanto, os médicos agiam por

²² Médicos: Sydenham (1624-1689) na Inglaterra e Cabanis (1757-1808) na França. (SAYD, 1998. p. 45)

²³ Sintomatologia é o conjunto de sinais e sintomas.

²⁴ Nosologia é o estudo e classificação de doenças.

²⁵ “A iatroquímica foi o primeiro sistema moderno que rompeu totalmente com o galenismo” (BARRETO, 2005, p. 20)

meio de prescrições morais e de higiene. Havia tendências mais radicais que chegavam a negar todo tipo de tratamento tradicional (sangria, sanguessugas, purgação, remédios específicos); o conselho era abstenção pura, a medicina, nesse caso, era expectante, tornando a acreditar na força curativa da natureza (FERREIRA,1993).

No período em que chegaram as Escolas de Cirurgia no Brasil, grandes centros da cultura médica europeia já estavam se deparando com profundas transformações no ensino: Montpellier, Paris, Edimburgo e a própria Coimbra. Tais mudanças foram caudatárias de uma reformulação científica adquirida com a entrada em cena de discussões mais próximas do mecanicismo, em oposição à tradição hipocrático-galênica e à tradição iatroquímica. Essa absorção das teses mecanicistas pós-Descartes e pós-Newton terão repercussões diferenciadas em cada contexto, sobretudo na França, onde com ela houve a ressurgência da fisiologia vitalista.²⁶

Dessa forma, migraram para o interior das novas unidades de ensino médico brasileiro diversas disputas europeias entre tendências animistas, vitalistas, adeptos de Broussais, mecanicistas e ecléticos, o que não significa resumir a história das instituições no Brasil à extensão das instituições europeias, pois existiam doutrinas originais do Brasil, como era o caso da escola tropicalista: “Portugal (Lisboa) e Brasil (Salvador), embora não estivessem na dianteira do movimento científico no alvorecer dos Oitocentos, também não ficaram excluídos deste processo” (BARRETO, 2005, p. 18).

José Sequeira, doutor em medicina pela Faculdade de Medicina na Bahia, em seu memorial escrito em 1859, teceu comentários a respeito da rivalidade entre “escolas europeias diversas”, citando Paris e Montpellier. Ele afirmou que no Brasil “não temos Corpo Científico e vida secular que já contém as grandes Faculdades e Escolas Europeias” (p. 24) e, por isso, não deveríamos escolher doutrinas especiais. José Sequeira também reforçou a ideia de que os antagonismos geram progressos e melhores adaptações.

²⁶ O vitalismo colocava a questão da natureza e da vida e suas determinações em termos de força vital, diferia seres e coisas inanimadas e era correlato do surgimento do conceito de vida (PORTOCARRERO, 2009). Sobre isso, ver também a informação apresentada por Flávio Édler, em sua “Conferência Pesquisa Histórica sobre a Sociedade Imperial: higienismo e alienismo revisitados”. Universidade de São Paulo, junho de 2013.

Para Édler (1991), apesar do ensino formal em medicina ter sido instituído no Brasil desde a chegada de Dom João VI, em 1808, só com as reformas deste ensino e com a profissionalização da medicina acadêmica durante o reinado de Pedro II (1840-1889) é que se estabeleceram as peças-chaves para o estudo conceitual de ciência, médico e medicina no país. As duas reformas (em 1854 e em 1884) foram importantes nesse cenário, resultando em mudanças epistemológicas inspiradas: a primeira, em instituições parisienses que primavam pelo modelo anatomoclínico centralizador, e a segunda, em instituições germânicas, que se orientavam pelo “ensino prático” e laboratorial.

Há que se dizer, de um modo geral, que a medicina acadêmica lusitana, como sinaliza Barreto (2005), desde sempre esteve sintonizada com outros centros europeus, a exemplo da Alemanha, da Inglaterra e da França. E que ao longo das reformas, o curso de medicina foi sendo ampliado, abarcando disciplinas de projeção no continente europeu como fisiologia, terapêutica cirúrgica e particular, medicina cirúrgica e obstétrica, química e elementos de matéria médica e de farmácia.

O aparato técnico da cura no Brasil do século XVIII não estava restrito aos médicos, ele ainda pertencia a diversos personagens como boticários, físicos, barbeiros, curandeiros e parteiras; sequer os internamentos e hospitalizações dependiam de médicos nesse período. O hospital²⁷ também só se tornará uma instituição médica no ocidente a partir do final do século XVIII, pois antes eram somente ambientes de organização para a transição entre a vida e a morte, ou ambientes de exclusão de “indivíduos perigosos”. Ou seja, não tinha função terapêutica de cuidado e assistência, como iria se transformar-se no século seguinte. “O hospital, em Portugal e no Brasil, assim como em toda a cristandade ocidental, nasceu associado à caridade, seja do rei, da igreja ou das irmandades, sendo, portanto, um lugar de acolhimento dos pobres e desvalidos, muito mais que da medicina e dos médicos” (BARRETO, 2005, p. 76).

A princípio, em Salvador, a medicina teve que se adequar aos interesses e às tradições da Santa Casa da Misericórdia. As transformações do espaço hospitalar se

²⁷ Havia em Salvador o Hospital São Cristóvão, o Hospital Montserrat (1853), o Hospital da Marinha, o Hospital Regimental, o Hospital dos Lázaros, e outros hospitais particulares ou ligados a ordens religiosas, a exemplo do Hospital da Ordem Terceira de São Francisco, Hospital do Lazareto Marítimo de Itaparica na Ilha de Itaparica, Hospital de Jerusalém, Hospital de São Bento, Hospício da Piedade, Hospícios dos Religiosos Franciscanos, Hospício Nossa Senhora da Palma dos Agostinianos e Hospício Nossa Senhora do Carmo (BARRETO, 2005).

deram ao longo do tempo e revelaram ambiguidades entre interesses da Irmandade e interesses dos médicos. A necessidade de “modernização” do hospital, tão propalada pelos médicos, não poderia retirar o poder de decisão dos religiosos. E, a própria compreensão do nosocômio (hospital) enquanto lugar de tratar apenas enfermos, foi sendo adaptada às determinações dos confrades.

O que Foucault chamou de nascimento da medicina clínica no início do século XIX, significou a sistematização de um conjunto de regramentos institucionais, de prescrições políticas e de decisões econômicas na área médica, de protocolos de experiências de laboratório, cálculos estatísticos, constatações epidemiológicas, demográficas e modelos de ensino, fomentando uma reorganização da ideia de “indivíduo doente”, na concepção médica. A implantação do método anatomoclínico (resultado do encontro entre clínica dos sintomas e anatomia patológica), e o advento do ceticismo terapêutico²⁸ e da fisiologia²⁹ como disciplina autônoma, reorganizariam a medicina, no início do século XIX, a uma gramática de fenômenos mais próximos do que se poderia chamar de “científicos”, “universais” (FERREIRA,1993).

A reforma dos hospitais e a entrada do médico nesse ambiente, já no início do século XIX, permitiu o aperfeiçoamento de métodos de diagnósticos, mais rigorosidade nas observações e a conjunção sistemática na coleta de dados como autópsias, sintomas e doenças (FERREIRA,1993).

A criação da farmacologia experimental, a introdução de elementos químicos nos remédios e a concepção de que nosso organismo funciona como uma máquina (encontro da fisiologia com a anatomia na ideia de sistema) transformaram a gestão da saúde; assim como progressos no campo instrumental e tecnológico fizeram avançar os métodos de investigação e intensificaram a criação de um modelo de medicina conhecido como medicina experimental (FERREIRA,1993).

A participação de biólogos concentrados em estudos sobre organismos vegetais, processos vitais de seres vivos, estudos de formas e funções e meio ambiente, trouxe também a concepção de sistema e função de órgãos dentro do corpo. Todas estas

²⁸ Aqui, o ceticismo terapêutico do século XIX se apresenta como uma corrente médica filosófica preocupada com observação e repetição de fenômenos experimentados. Não se questionava mais o valor do médico e dos conhecimentos.

²⁹ A fisiologia é a descrição do funcionamento dos órgãos. Já a anatomia é a descrição dos órgãos.

aproximações às ciências consolidadas (física, química e biologia) levaram a medicina a se auto identificar como ciência e afastar-se de seu passado hipocrático, que tinha como característica a passividade, baseada na observação contemplativa e descritiva de uma ciência natural, preocupada somente com classificações de doenças e sintomas (FERREIRA,1993).

De acordo com Foucault (2019), foi precisamente pela análise das condições das correntes de ar, controle urbano, condições de vida e de respiração que a medicina e a química entraram em contato, “a inserção da prática médica em um *corpus* da ciência físico-química se fez por intermédio da urbanização [...] a medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo (p.162-163).

É sob estas influências históricas que a ciência obstétrica irá sendo formatada. Nascida nos meandros do século XIX, ela trará em seu bojo os sistemas epistêmicos da medicina em geral, imersos na ideia de corpo máquina, sob a égide da intervenção (e não da passividade), do controle, do método universal, centralizada na figura do médico, em novos ambientes hospitalares, com influência da química, da cirurgia e com ênfase na patologia.

Dessa forma, muitos elementos que direta e/ou indiretamente induziram aos cenários de violência obstétrica, já podem ser compreendidos dentro da história da medicina. Vejamos que a concepção de corpo máquina e de uma ciência com métodos universais, por exemplo, remete a gama de protocolos e intervenções não personalizadas para cada parto, como passou a ocorrer e ainda ocorre atualmente; a introdução da química, da cirurgia e a ênfase na patologia continuam a incidir em série nas parturientes, por protocolos padrões como aplicação de hormônio sintético (ocitocina) na veia, cesarianas e episiotomias desnecessárias. A preconceção geral é de que os corpos grávidos não conseguem desenvolver seu curso natural de parturição, daí a necessidade permanente de intervir no corpo, o que está provado trazer consequências mórbidas. Além disso, a ênfase no homem como autoridade médica - científica contribuiu para retrain a autonomia da mulher, pois assentou-a durante o parto em posições estranhas à força da gravidade (posição litotômica), a fim de “garantir” o controle do médico, o que aumentou sobremaneira as dores do nascimento para parturiente.

A inscrição de diversos protocolos médicos considerados atualmente um rol de violências obstétricas, funda-se, portanto na própria história da ciência e seus entrelaçamentos e nexos com o contexto geral da medicina obstétrica.

2.2 A medicina no Brasil, contexto e chegada.

No contexto brasileiro colonial, a trajetória da medicina teve forte influência das crenças terapêuticas de culturas indígenas e africanas locais. Ela não é considerada uma medicina à parte ou específica, pois interagiu e assimilou o movimento geral do cientificismo português e europeu no século XIX e os saberes locais.

Graças ao esforço de indígenas, jesuítas, físicos, cirurgiões-barbeiros³⁰, curandeiros³¹, parteiras³², algebristas, sangradores³³, barbeiros³⁴ e boticários³⁵, o desenvolvimento da medicina vinha sendo praticado desde o período colonial no país. Muitos desses profissionais exerciam seus ofícios sob as orientações da tradição oral e das próprias experiências e técnicas empíricas de seus antepassados.

Através de fontes de cartas remotas dos primeiros portugueses no Brasil, Santos Filho (1966) constatou que indígenas já se dedicavam a cura (inflamações, ferimentos, ulcerações, envenenamento); arrancavam dentes, amputavam órgãos, suturavam com cipó, ofereciam fórmulas vegetais, praticavam sangrias, sucção; e nessas circunstâncias também misturavam rituais para expurgar maus espíritos (SANTOS FILHOS, 1966).

Ribeiro (1997) descreve que o Brasil colonial é marcado pelo intercâmbio de culturas medicinais, e essa afirmativa pode ser comprovada nos próprios tratados bibliográficos de farmacopeias e receitas portuguesas, o quão semelhantes eram os procedimentos e recomendações de indígenas, africanos e portugueses.

³⁰ Permitida oficialmente a realização de cirurgias de moléstias externas

³¹ Permitido oficialmente o exercício de toda medicina, se doenças leves, e aplicar remédios com plantas

³² Permitida oficialmente a realização de partos normais

³³ Permitido oficialmente o tratamento de fraturas, luxações e torceduras

³⁴ Permitida oficialmente a aplicação de ventosas, sarjadoras, sanguessugas, corte de cabelo e extração de dentes

³⁵ Permitida oficialmente a preparação e comércio de medicamentos

Com a chegada dos padres jesuítas no Brasil, a assistência médica se tornou mais heterogênea, os jesuítas prestavam socorro a todos os povos, foram professores de letras e artes, construíram colégios³⁶, boticas, enfermarias e incorporaram à medicina mundial diversos conhecimentos locais sobre patologias e substâncias curativas³⁷, formuladas por indígenas e africanos. Eles alinharam os saberes nativos com os preceitos da arte hipocrática trazidos da Europa: “temos em um dos primeiros tratados da terapêutica do século XIX, em 1836, de Armand Trousseau, a referência a plantas medicinais brasileiras” (SAYD, 1998, p.71).

Além dos jesuítas se dedicarem à cura no Brasil colônia, muitos físicos (também chamados de médicos ou licenciados) eram trazidos da Europa para cá pela Coroa portuguesa. Os físicos eram homens de origem portuguesa ou espanhola, de baixa condição, quase todos cristãos novos, regidos por uma medicina advinda da antiguidade Greco-Romana, de inspiração hipocrática e galênica. Socorriam-se em boa parte por ensinamentos dos alquimistas medievais e astrólogos e só gozavam de prestígio social os poucos que mantinham cargos oficiais como médicos da Coroa, da tropa ou da Câmara, pois, nas demais condições profissionais, eram mal pagos e exerciam muito trabalho.

Além dos físicos, existiam os cirurgiões que podiam ser cirurgiões-barbeiros³⁸, cirurgiões-aprovados³⁹ ou cirurgiões-diplomados⁴⁰. Eram considerados praticantes de “arte inferior”, pois realizavam ofício manual em relação aos físicos. Estes cirurgiões foram os que mais monopolizaram o exercício da medicina nos séculos XVI e XVII no Brasil e eram em número muito maior do que os físicos.

Existia, dentre os cirurgiões, muitos nativos, mulatos e mamelucos, que aos poucos foram impelidos a adquirir cartas de autorização do governo para a prática da cura. Locomoviam-se por todo o país em busca de clientela, muitas vezes, por seu senso clínico apurado, ou em função de seus anos de experiência no acompanhamento e na

³⁶ O “Colégio dos Meninos de Jesus” de Salvador alcançou tamanho sucesso que teve 4 Escolas Superiores. Em 1573, graduou os primeiros “Bacharéis de Artes” da colônia, numa cerimônia realizada na Igreja do colégio, com a presença do Governador Geral do Brasil D. Luiz de Britto e Almeida que governou de 1572 a 1578 (FORTUNA, 2014).

³⁷ Remédios puros e compostos feitos com substâncias orgânicas e inorgânicas (SANTOS FILHOS, 1966).

³⁸ Começavam como aprendizes ou ajudantes de barbeiros e depois eram examinados e recebiam a carta de cirurgiões-barbeiros (SANTOS FILHOS, 1966).

³⁹ Fizeram curso teórico e prático em hospitais e se submeteram a exames que concediam carta de licenciamento para, na ausência do físico, exercer a medicina (SANTOS FILHOS, 1966).

⁴⁰ Formados em escolas na Europa.

assistência a seus mestres, recebiam a estima da população, sendo requisitados pela própria fama que ganhavam. Antes da chegada das Escolas de Cirurgia no Brasil no século XIX, alguns cirurgiões-barbeiros receberam instrução e formação nas Santas Casas e Hospitais Militares e, “em 1803 o capitão-general de São Paulo, Antônio José de Franca e Horta, instituiu oficialmente no hospital militar da capital paulista uma aula de cirurgia, que foi frequentada por seis estudantes, os quais em março de 1804, passaram por exames e foram aprovados” (SANTOS FILHO, 1966, p. 76).

Outros agentes regionais da medicina no Brasil foram os boticários, que receitavam, criavam e manipulavam remédios. Estes chegaram ao Brasil na condição de pessoas pobres da Península Ibérica, à semelhança dos físicos e cirurgiões estrangeiros. Estudavam seus ofícios como aprendizes e alguns submetiam-se a exames perante comissários do Físico-mor. Constituíam suas boticas ou farmácias fundamentados em obras de farmacopeias que vigoravam no Brasil durante todo período colonial, tais como o *Colóquios simples*, de 1563, de Garcia da Orta; a *Poliantéia Medicinal*, de 1695, de João Curvo; a *Farmacopeia Geral para o Reino e Domínio de Portugal*, de 1794, de Francisco Tavares; o *Tratado da Educação Física dos Meninos, para Uso da Nação Portuguesa*, de 1790, Lisboa, do autor brasileiro Francisco Melo Franco, e o *Dicionário de Medicina Popular*, de 1812, de Pedro Luís Napoleão Chernoviz (SANTOS FILHO, 1966). Outros tratados de receitas e procedimentos médicos importantes do período eram: *Atalaia da Vida Contra as Hostilidades da Morte*, de 1720 de João Curvo Semedo; *Farmacopeia Lusitana* de 1704, de Dom Caetano de Santo Antônio; *Erário Mineral*, de 1735, de Luis Gomes de Ferreira; e o *Ramalhete de Dívidas*, de 1759, de Alexandre da Cunha (RIBEIRO, 1997).

Renilda Barreto (2005) afirma que Portugal e Brasil estiveram em intercâmbio com a ciência do seu tempo, que personagens do cenário médico cirúrgico influenciaram gerações de estudantes, disseminaram saberes de vanguarda e se mantiveram em dia com as inovações científicas nos oitocentos e após a Independência de 1822. De acordo com a autora, diversos fatos depõem contra o discurso do “atraso” da medicina portuguesa, em especial na “ciência dos partos”.

Para Barreto (2005), Manuel Joaquim Henriques de Paiva desponta como um dos maiores divulgadores das doutrinas médicas na virada do século XVIII para o XIX, e

aquele que introduziu em Portugal e na Bahia sistemas médicos vigentes da Europa: “ele representou um dos elos entre a medicina praticada em Portugal e no Brasil, juntamente com a circulação do saber através da literatura médica, por intermédio dos periódicos e dos livros” (p. 16).

Para a autora, a medicina arábico-galênica, predominante em Portugal até o século XVIII havia sido introduzida no Brasil desde o século XVI, tanto com a chegada de físicos e médicos portugueses, quanto com o envio de brasileiros para estudarem em Coimbra; e “o contato com as doutrinas médicas também se deu através dos manuais de medicina que cruzavam o oceano Atlântico na bagagem dos doutores recém-formados, dos naturalistas e dos botânicos, que vieram ao Brasil explorar a fauna” (BARRETO, 2005, p. 41). De acordo com a autora, neste período do século XVIII, Coimbra recebeu 1.752 estudantes brasileiros, dos quais 572 eram baianos.

Dentre a diversidade de terapeutas da cura locais, os barbeiros foram os mais humildes dos profissionais, e também eram os mais solicitados. Cortavam a barba, o cabelo, efetuavam pequenas cirurgias (barbeiro-cirurgião), sangravam (barbeiro-sangrador), arrancavam dentes, tiravam cáries, faziam curativos. A partir do século XVII, muitos negros e mulatos se apropriaram do ofício e entregaram o ganho a seus senhores, ao passo que os negros livres chegaram a abrir lojas e formarem escravos aprendizes: “nas fazendas e engenhos de numerosa escravaria, o médico dos negros foi justamente o barbeiro. E não é só. Em numerosas vilas e povoações, até em pleno século XIX, ele foi o único profissional existente” (SANTOS FILHO, 1966, p. 39).

Figura 2 Loja de Barbeiro, Jean-Baptiste Debret, Rio de Janeiro, 1821.



Fonte: Biblioteca Gonçalo Muniz, Bahia, s/d.

Considera-se, portanto, em linhas gerais, que os processos de cura no Brasil, desde o século XVI, passavam pelos físicos, boticários, barbeiros, parteiras, pelas instalações de enfermarias jesuíticas e pelos hospitais das Santas Casas de Misericórdia (a partir de 1543). A arte médica trazida pelos doutores portugueses estava muito próxima das difundidas por ameríndios e africanos, com a diferença entre a prática oral e a prática escrita do conhecimento. Deve-se enfatizar que até mesmo a concepção de doença como força sobrenatural, a visão mágica sobre o corpo, a larga utilização de amuletos, plantas e poções e os rituais de cura e as mezinhas⁴¹ encontravam-se prescritos em importantes tratados médicos lusitanos. Os fundamentos essenciais da medicina até o século XVIII foram fortemente marcados pela semelhança entre culturas europeias, africanas e indígenas.

Para Ribeiro (1997), o colonizador mais assimilou os hábitos da terra do que os impôs, e isso pode ser percebido na própria literatura médica portuguesa do século XVIII, coberta de fontes e indicações fornecidas pelos índios. Diversos foram os boticários

⁴¹ Mezinhas é o mesmo que: medicamentos, remédios.

portugueses a solicitarem ao Reino o envio de profissionais químicos e naturalistas para maior aproveitamento dos fármacos e inumeráveis vegetais que existiam neste continente. No imaginário colonizador da época, Deus teria sido prodigioso com a colônia, dando-lhe terras férteis, metais, pedras preciosas e produtos medicinais, apesar de alguns colonizadores também lançarem um olhar tendente a exaltar a malignidade climática e a propensão de doenças devido ao clima tropical das terras brasileiras.

O contato com africanos e índios conferiu novos contornos à medicina tradicional europeia, inaugurando uma era marcada por experimentalismos e pelo conhecimento de plantas, raízes e drogas. O conhecimento herbário e a permuta entre espécies da flora europeia e do Novo Mundo ocorreu de modo a ampliar o receituário tradicional.

A abertura do colonizador para o aprendizado de técnicas e substâncias nativas era, em muitos casos, explicada pelos próprios perigos selvagens impostos na expansão colonial: contato com insetos, víboras venenosas, bichos de pântanos, sertões, etc. Desse modo, não foi sem razão que os tratados médicos lusitanos assimilaram os ensinamentos locais; a impotência perante os fenômenos da natureza brasileira fez com que os portugueses tivessem que se sujeitar às regras cotidianas de cura da colônia (RIBEIRO, 1997).

O campo da saúde no universo lusitano do século XVI até o século XVIII foi marcado por um tecido de ligações cósmicas, ritualísticas e mágicas, tais como o que já se praticava na colônia entre indígenas e africanos. A atribuição da doença nas pessoas era devida às influências do sol, da lua, dos raios, das tempestades e do mal que a pessoa passava espiritualmente. Mesmo os médicos formados implantavam tratamentos debelados a movimentos de astros e da natureza; a bexiga e a varíola, por exemplo, eram justificadas em decorrência de cometas e “contínuos relâmpagos” (RIBEIRO, 1997, p. 74). Alguns manuais medicinais da época colonial podiam conter remédios elaborados com excrementos vindos do próprio homem (fezes, urina, pedaços de defuntos ou pelos pubianos): “como na Europa moderna, era comum não haver aqui (Brasil) distinção nítida entre o emprego de medicamentos naturais e os sobrenaturais e simbólicos” (RIBEIRO, 1997, p. 80), os doutíssimos absorviam as culturas nativas às teorias médicas da arte hipocrática produzindo um arsenal curativo diversificado.

A medicina trazida de Portugal confirmava um sistema de patologias que distinguia quatro tipos de humores⁴², sendo a melancolia considerada o mais “demoníaco” deles. O esoterismo no campo médico, portanto, advinha de todas as culturas (portuguesa, indígena e africana), implantando práticas públicas inusitadas, tais como a ordem de soltura de carneiros e bois pelas ruas de São Paulo no século XVIII, com a finalidade de levar embora a febre amarela.

Os registros das visitas inquisitoriais confirmavam que os próprios médicos e boticários forçavam os doentes a procurarem ajuda de africanos e indígenas, atestando a enorme dificuldade em se diferenciar as práticas eruditas e populares no que tange ao saber médico no Brasil. Entretanto, “mesmo havendo tais aproximações, a medicina (universitária), buscando apoio em supostas bases teóricas, esforçava-se por se mostrar superior e distante das práticas exercidas no cotidiano por homens e mulheres do povo” (RIBEIRO, 1997, p. 87). De acordo com Pimenta (2003), as concepções e doutrinas da medicina (popular e acadêmica) nem sempre divergiam, mas as acadêmicas tinham matriz europeia, o que acenava ao prestígio e ao maior status.

Havia serviços de cura que aliavam médicos e curadores populares pela necessidade profissional e/ou na própria crença incomum em métodos aplicados, como o exemplo de médicos acadêmicos que utilizavam a terapêutica e o ofício dos sangradores, maior parte africanos e descendentes de africanos:

O que popularizou o médico francês Broussais foi o seu método terapêutico. Ao contrário do médico Pinel, que confiava no poder curativo da natureza e preconizava uma medicina expectante, Broussais pregava a necessidade de intensas intervenções, baseadas no método “antiflogístico”, que consistia no uso de sangrias, na aplicação de sanguessugas e na prescrição de dietas enérgicas (FERREIRA, 1994, p. 61).

Saberes médicos, erudito e popular se mostravam indissociáveis, porém, os representantes da arte médica defendida como a oficial do Estado passaram a lutar sistematicamente contra os que já praticavam a cura, na informalidade, apesar das

⁴² “De acordo com o pensamento galênico, alguns humores tinham certa preponderância sobre outros e este desequilíbrio proporcionava os temperamentos: sanguíneo (com predomínio do sangue), fleumático (com preponderância da fleuma ou pituíta), melancólico (com supremacia da bile negra) e colérico (com ascendência da bile amarela)” (PITA, 2000 *apud* BARRETO, 2005, p. 19).

semelhanças, dos intercâmbios e das diversificadas assimilações. A Igreja, o Estado e as faculdades de medicina, com o tempo, empreenderam repressão, domínio, apropriação e autoridade sobre os conhecimentos populares.

Os colonizadores jesuítas e portugueses, progressivamente, foram movendo intensa campanha de descrédito e desmoralização contra as práticas de cura de índios e africanos, malversando e deturpando seus poderes de cura (SANTOS FILHOS, 1966), unindo-se ao Estado, aos interesses de elites monopolizadoras e formando uma notável superposição de poderes.

2.3 Controle da medicina popular no Brasil.

A despeito dos processos de intercâmbio medicinal, diante da diversidade cultural de praticantes da cura no Brasil, já no período colonial, algumas autoridades sanitárias⁴³ foram nomeadas pela Coroa portuguesa com vistas, de fato, a fiscalizar e regulamentar o exercício popular da medicina. Os agentes de cura locais (barbeiros, curandeiros, parteiras, boticários) passaram a ser impelidos a buscar autorizações e licenças emitidas pelo governo português, por meio de seus representantes (Delegados, Comissários do Físico-mor⁴⁴, Juizes, Cirurgião-mor do Reino de Portugal⁴⁵). “As duas mais graduadas autoridades sanitárias residiam em Lisboa, e de lá, por intermédio de seus delegados, administravam a saúde pública do Brasil através de normas estabelecidas em regimentos expedidos pelo rei de Portugal” (SANTOS FILHO, 1966, p. 71).

Cartas de examinação, cartas de habilitação, regulamentos, avisos e alvarás, o exercício da cura no Brasil passou por vigilância, sistema já existente em Portugal desde a Carta Régia de 25 de fevereiro de 1521. Entretanto, a partir do ano de 1782, o governo português decidiu centralizar ainda mais seu controle criando um órgão específico para a tarefa: a Real Junta do Protomedicato, que por consequência extinguiu os cargos

⁴³ Em 1782, deu-se a criação da Junta do Protomedicato, no reino de D. Maria I.

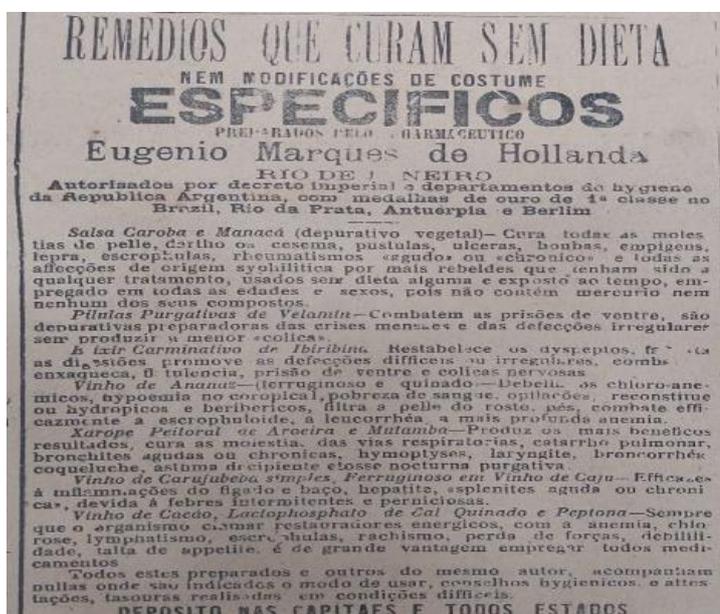
⁴⁴ Acredita-se que Jorge Valadares foi o primeiro físico-mor, e veio na comitiva do governador-geral Thomé de Souza. Atuou de 1543 a 1553, e morreu na Bahia em 1557 (SANTOS FILHO, 1966).

⁴⁵ Para pleitear tal cargo, alguns deveriam ter formação na Universidade de Coimbra, enquanto outros passavam por testes.

fiscalizadores locais de físico-mor e cirurgião-mor. A Junta do Protomedicato funcionou em Lisboa, foi composta por 7 deputados médicos e cirurgiões e exerceu sua autoridade em todos os domínios lusos, inclusive no Brasil, através de seus delegados.

Essa extensão e vigilância do império no âmbito da assistência médica pode ser conferida no anúncio abaixo, do ano de 1858, em jornal de circulação da Bahia. Mostra a venda de um remédio elaborado por um “farmacêutico formado” e autorizado por “decreto imperial” e pelo “departamento de higiene”:

Figura 3 Anúncio de remédio com publicidade de autorização de decreto imperial e departamento de higiene.



Fonte: Diário de Notícias da Bahia, 1858

Apesar da tentativa sistemática de controle, grande parte dos populares dedicados à cura no Brasil mal conseguiam obter essas cartas de autorização (ver as cartas em anexos 1, 2, e 3) e, mesmo com algumas denúncias quanto a ausência dessas autorizações, muitos continuavam a manter clientelas e suas atividades médicas ativas (PIMENTA, 2003a).

De acordo com Flávio Édler (2013), “o Brasil já tinha uma legislação que criava o monopólio formal da cura, mas esse monopólio não era respeitado na prática”.⁴⁶ Num

⁴⁶ Notícia fornecida por Flávio Édler na Conferência “Pesquisa Histórica sobre a Sociedade Imperial: higienismo e alienismo revisitados”. Universidade de São Paulo, junho de 2013.

período de 37 anos (1755-1792) foram registrados um total apenas de 21 indivíduos com títulos de autorização (RIBEIRO, 1997). Além disso, muitas certificações eram comercializadas pura e simplesmente, sem a conclusão do tempo necessário para o devido estágio do solicitante da carta (FIOCRUZ, s/d).

Figura 4 O inspetor da província alerta a todos os profissionais dedicados à cura à retirada do título.



Fonte: Jornal Diário de Notícias da Bahia, 17/06/1858

Nesta tentativa de controle “ineficaz” do Estado, profissões também avançavam sobre as outras: “os farmacêuticos clinicavam, receitavam e exerciam práticas médicas e de enfermagem, muitos deles não eram diplomados, apenas balconistas de drogas ou encarregados de aviação de receitas formuladas por eles mesmos ou por médicos” (SÃO THIAGO, 1998, p. 49).

A postura da Coroa frente a essa situação sofreu muitas críticas e desconfianças, que perpassavam, além da consciência antilusitanista, acusações de corrupção e insensibilidade do governo ao “ameaçar” impedir que agentes populares pudessem cuidar da população. Ademais, muitos populares também se manifestavam contra médicos licenciados que “não curavam nem aliviavam a dor”, quando curandeiros é que tinham mais experiência (PIMENTA, 2003).

Em 1808, ocorreu o fechamento da Real Junta do Protomedicato, sendo ela substituída pela criação da Fisicatura-Mor, que também foi extinta anos após, em 1828, e transferida a expedição de cartas de autorização e oficialização profissional para a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, o que se verificou até 1830.

A partir da extinção da Real Junta do Protomedicato (1752-1808), da Fisicatura-Mor (1808-1828) e das autorizações via Câmara Municipal do Rio de Janeiro (1828-1830), as faculdades de medicina se tornaram as únicas instituições autorizadas a conceder títulos de doutor em medicina, parteiro, dentista e farmacêutico, excluindo desse modo qualquer outra instituição não estatal e quaisquer outras profissões como as de curandeiros, sangradores e barbeiros.⁴⁷

Apesar da centralização do exercício da cura nas faculdades de medicina a partir de 1830, outra instituição, em consonância com os ideais trazidos pelas faculdades, exerceu poderes sanitários e direção no serviço de higiene pública do país, a Junta Central de Higiene Pública, criada em 1850, no Rio de Janeiro, que proibiu os enterros em igrejas e capelas (SANTOS FILHO, 1966).

Por ora, o advento da faculdade de medicina teve um papel categórico de afunilar ainda mais as possibilidades profissionais do exercício da cura e obtenção de licenças no Brasil. Se o número de licenças já era pequeno no período de atuação das juntas de fiscalização, com as centralizações e exigências das faculdades, as licenças se tornaram muito mais difíceis: “a Faculdade de Medicina, agora templo do saber e da racionalidade médica, conferia a certificação escolar aos médicos e inaugurava um processo de credenciamento para o monopólio da cura” (MARTINS, 2007, p. 34).

É possível mensurar a arena de disputas entre os grupos dedicados a cura no Brasil, não somente pelo sistema de fiscalização da Corte sobre o exercício da medicina, mas também pela própria adoção de novas nomenclaturas e classificações de corpo e doença formuladas nas faculdades do país. Com arranjos tipológicos e conceituais eruditos, ficava mais explícito o distanciamento entre medicina acadêmica e medicina popular. Este movimento já vinha ocorrendo desde o século XVIII, quando a tentativa de

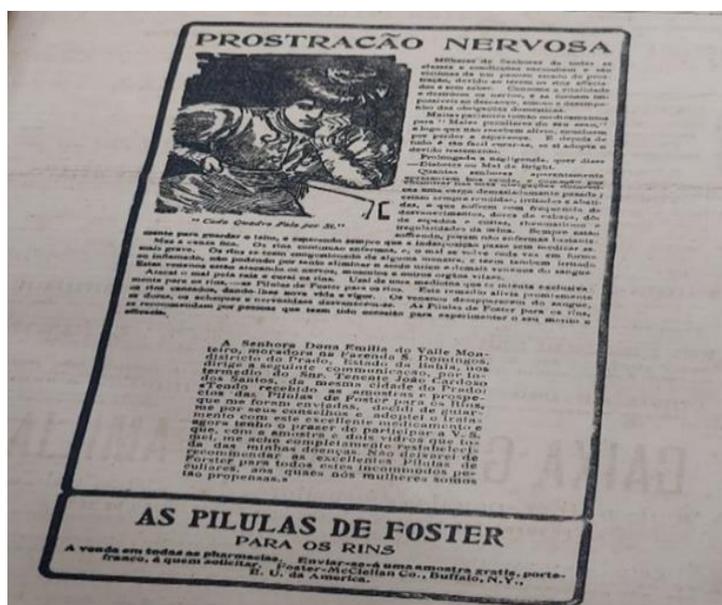
⁴⁷ Os médicos, os cirurgiões e os boticários constituíam o grupo mais prestigiado, já os sangradores, as parteiras e os curandeiros desempenhavam atividades menos consideradas. (PIMENTA, 2003b, p. 3)

uniformizar o preparo e a composição de fórmulas farmacêuticas, por ordem de Dona Maria I⁴⁸, se tornou premissa.

Os periódicos, noticiários e teses das faculdades, a partir de 1840, passaram a embasar-se no discurso higienista, calhando a condenar, desqualificar e/ou desautorizar os conhecimentos e as práticas populares curativas. Mas, se por um lado desmereciam esses populares, por outro lado, jornais de circulação continuavam a divulgar, em espaços de anúncios⁴⁹, remédios e serviços ofertados por eles – barbeiros, boticários, parteiras e sangradores (PIMENTA, 2003b).

Percebemos o avanço das tentativas de controle da medicina através de propagandas de vendas de remédios e serviços médicos em jornais. Veja adiante que, no ano de 1900, a venda de remédio para mulheres ainda não mencionava a figura do doutor em medicina e, já em 1910, a figura do médico vem à tona como referência de confiança e comprovação de qualidade.

Figura 5 Anúncio das Pímulas Foster, indicada para mulheres (sem citação do médico).



Fonte: Jornal Diário de Notícias da Bahia, 1900.

⁴⁸ Rainha de Portugal e Algarves de 1777 até 1815 e também Rainha do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves a partir do final de 1815 até sua morte (1816).

⁴⁹ Anunciavam escravos sangradores/barbeiros, anunciavam sanguessugas, anunciavam serviços de parteiras, além de remédios elaborados artesanalmente.

Figura 6 Anúncio das Gotas Salvadoras, indicada para parturientes (com citação do médico).



Fonte: Jornal Diário de Notícias da Bahia, 1910.

A autoridade intelectual médica no país passou a ser motivo de rixas, com a finalidade de regulamentar um conhecimento padrão e a vida dos indivíduos na ordem social e no próprio nicho profissional da medicina. Os médicos formados nas faculdades se organizaram em torno da saúde pública e de seu monopólio em práticas de cura, onde a presença de um discurso científico de “âmbito superior” se tornou marcante e baseado em instruções “racionais”, “progressistas” e “humanitárias” da cátedra.

O doutor D’Azevedo, formado na FMB, afirmou, em 1884, que a ciência era tão indispensável ao uso da vida quanto o ar que se respira, a água que se bebe, o pão que se come e a terra que se pisa: “a simples enunciação destas verdades faz cobrir de vergonha o rosto a quem sente no peito arder a chama do amor da pátria, que só pode ser grande pela grandeza de suas letras” (p. 7).

Para Édler (2016), antes mesmo de meados do século XIX, a variedade de discursos, correntes, concepções e escolas médicas na Europa era a circunstância predominante, mas quando essas escolas se unificaram em prol de uma medicina científica e mais universal, passaram a excluir outras categorias de medicina e imputar

aos “de fora” da academia, o título de charlatões, como forma de definir as fronteiras de suas próprias atividades. Ao chegarem no Brasil no século XIX, já chegam com essa tônica da unificação, da universalização e, conseqüentemente, denunciando a “concorrência”.⁵⁰

A princípio, junto com as licenças para regulamentar a profissão de médico no Brasil, existiam também as licenças para profissão de sangradores, parteiras, cirurgiões, boticários e curandeiros. No entanto, aos poucos, a hegemonia da medicina acadêmica se tornaria a única possibilidade para o exercício e as práticas médicas, pois, mesmo que correntes terapêuticas tenham sobrevivido, estas foram incorporadas com a crença da necessidade onipresente de um “acompanhamento do médico” (PIMENTA, 2003b). Neste sentido, a grande maioria dos saberes foram “universalizados” e subjugados ao “doutor”, fazendo desaparecer outros profissionais.

Na literatura clássica da medicina, percebemos a adoção de perspectivas historiográficas evolucionistas, que reduzem a história da medicina a uma fase de curandeirismo e a outra de cientificidade, onde as faculdades e seus métodos seriam os únicos responsáveis pelos avanços, ou que, tudo após as faculdades significaria progresso, como é o caso do discurso do médico e escritor catarinense São Thiago (1998).

O que vemos, ao nos aproximar desse panorama, é a desautorização e o afunilamento de um conhecimento pelo outro, afinal, muitos saberes indígenas e africanos foram intercambiados e copiados literalmente pelos colonizadores e pela arte médica dos portugueses (RIBEIRO, 1997).

Não somente os oficiais das juntas de fiscalização praticavam assédios e proibições contra populares, mas um verdadeiro sistema inquisitorial foi formado para acusar de heresia e punir qualquer praticante que não institucionalizasse o saber médico através do controle português, principalmente as mulheres. O saber teórico, letrado, erudito, científico, oficial e “superiorizado”, assim seguiu para os séculos posteriores.

Se vê, a princípio, que a fundamentação dos “preceitos” propalados nas novas instituições de ensino superior do século XIX, não se pautou, na maioria dos casos, pela

⁵⁰ Notícia fornecida por Flávio Édler no “Programa Tome Ciência. É medicina ou não é?”, 09/2016.

mediação dos saberes originários e modernos, mas pela manifesta tentativa de exclusão e de apagamento dos conhecimentos de outrora e dos sujeitos que se mantinham fora dos espaços institucionais.

A caracterização de um modo de pensar o parto no século XIX, sob esses arranjos científicos, portanto, trouxe consigo fatores determinantes, quais sejam, o afastamento da arte tradicional de partejar, a regulação acadêmica dos conhecimentos como máxima e o mito da ciência dos doutores como verdade absoluta.

Tais influências incidiram nas construções científicas da obstetrícia moderna, enraizando continuamente um modo próprio e dominante de tratamento médico, que anos mais tarde será denunciado e criticado como perverso, violento e inconforme, segundo os movimentos sociais de mulheres defensoras do que passou a se chamar de “parto humanizado”. Na atualidade, tais movimentos, inclusive, trazem fortes indícios de um resgate à obstetrícia “primitiva”, promovida pelas parteiras tradicionais.

2.4 Escola e Faculdade de Medicina na Bahia

A vinda das Escolas de Cirurgias para o Brasil, em 1808, tornou-se um marco no estabelecimento da medicina acadêmica, ela chegou justamente no contexto de transferência da Corte portuguesa, em 1808. Durante o século XIX no Brasil foram criadas diversas instituições de ensino superior (medicina, direito, engenharia, artes plásticas), e outras instituições vinculadas a atividades mais práticas (agricultura, mineração, farmácia) como observatórios, museus, institutos e jardins botânicos.⁵¹

Com a invasão Napoleônica em Portugal, os físicos⁵² e cirurgiões que se formavam na Universidade de Coimbra e no Hospital Real de São José em Lisboa⁵³,

⁵¹ Museu Nacional no Rio de Janeiro, fundado em 1818, Jardim Botânico no Rio de Janeiro fundado em 1808, Institutos Históricos e Geográficos, Museu Paraense de História Natural e Ethnografia, fundado em 1871, Escola Imperial Agrícola em São Francisco do Conde- BA (1875), Academia Brasileira de Letras, fundada em 1897, Instituto de Manguinhos em 1900, etc.

⁵² Em Portugal, o ensino de medicina era, na época, ministrado numa única cadeira, a Física de onde a denominação “físico” dada aos médicos (FORTUNA, 2014).

⁵³ Muitos também se formavam na Universidade de Salamanca, Espanha (SANTOS FILHO, 1966).

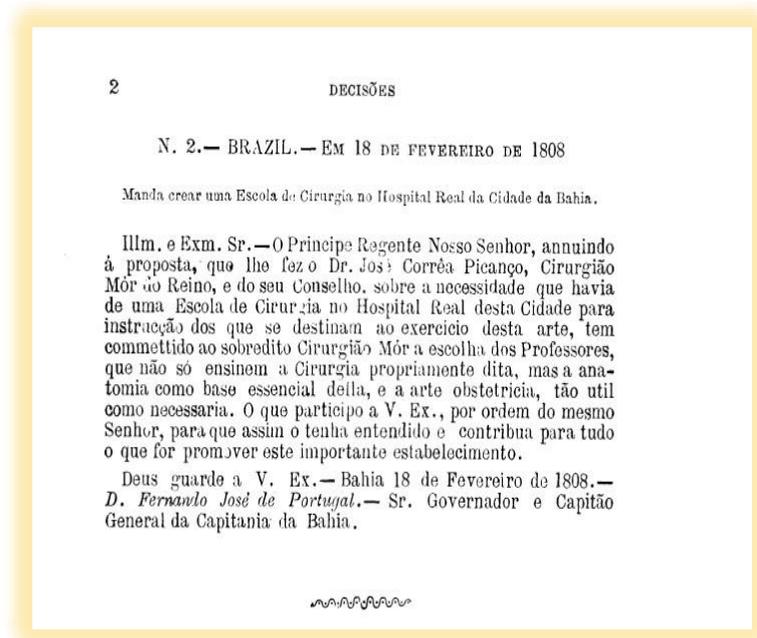
designados desde o século XVI para atuarem na fiscalização dos profissionais de cura na colônia, ficaram impedidos de concluir seus estudos por lá, o que justifica a chegada dessas Escolas de Cirurgia para o Brasil. Além disso, uma nova composição populacional diante do desembarque de mais de 15 mil portugueses alterou significativamente as necessidades de saúde pública na colônia, tornando-a sede provisória da monarquia portuguesa.

Para Freire Junior (2020), a vinda dessas instituições e das Escolas de Cirurgia ao Brasil demonstrava o interesse de D. João VI (1816/1826) pela ciência. Ribeiro (1997) acredita que antes da chegada dessas Escolas de Cirurgia já havia uma crescente pressão política, por parte dos senhores de engenho, na defesa, manutenção e preservação da saúde dos colonos escravizados, pois eles eram os principais responsáveis pelo funcionamento das atividades econômicas do país; tanto que alguns tratados médicos coloniais assinalavam um interesse principal na saúde dos negros e chegavam a instruir seus senhores. Ou seja, reivindicava-se no Brasil cursos médicos antes mesmo das Escolas de Cirurgia chegarem.

Com as mudanças ocorridas depois da chegada da Corte ao Brasil, o Príncipe Regente D. João expediu uma carta régia em 18 de fevereiro de 1808, autorizando a criação da primeira Escola de Cirurgia da Bahia, carta esta recebida pelo ministro do reino D. Fernando José de Portugal, a pedido do cirurgião-mor José Correa Picanço.⁵⁴ A carta já trazia a necessidade de que não apenas fosse ensinada a arte cirúrgica no país, mas também a anatomia e a obstetrícia. Pouco depois, seria criada, por meio de carta régia de 05 de novembro do mesmo ano, a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro.

⁵⁴ Pernambucano, cirurgião da Real Câmara, professor jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FIOCRUZ, s/d). Recebeu posteriormente o título de Barão de Goiana (SANTOS FILHO, 1966)

Figura 7 Carta Régia 18 de fevereiro 1808 criando a Escola de Cirurgia da cidade da Bahia



Fonte: Biblioteca da Câmara do Deputados do Brasil s/d

Especificamente na Bahia, a antiga Escola de Cirurgia (1808) começou com o curso de cirurgião, duração de 4 anos, sediado no Hospital Real Militar.⁵⁵ Ao final do quarto ano os alunos tiravam uma certidão para fazer o exame final perante o Físico-Mor. Ensinava-se somente 2 disciplinas⁵⁶ e o corpo docente era reduzido a 2 professores, que eram formados, um no Colégio São José em Lisboa e o outro na Universidade de Coimbra, e assim obedeciam aos estatutos da Universidade de Coimbra e às orientações de compêndios franceses.⁵⁷ “Durante os primeiros anos, entre 1808 e 1815, o ensino limitava-se a lições teóricas de anatomia humana e, no que se referia à cirurgia, a elementos de fisiologia, patologia e clínica” (FIOCRUZ s/d).

A **primeira reforma do ensino**⁵⁸ da Escola de Cirurgia da Bahia foi estabelecida já em 1816, por meio de carta régia de 29 de dezembro daquele ano; reforma de autoria

⁵⁵ Extinto em 1832 (BRENES, 1991).

⁵⁶ Cadeiras: Cirurgia Especulativa e Prática pelo cirurgião Manoel José Estrella, e Anatomia e Operações Cirúrgicas pelo cirurgião José Soares de Castro.

⁵⁷ Compêndio de Monsieur de Jorge de La Faye- cirurgião francês autor de uma obra didática muito conhecida, e publicada em Lisboa em 1786, e Compêndio de Phillipe Pinel do clássico da medicina nosológica, *Nosographie Philosophique*.

⁵⁸ Plano de reforma de autoria de Manoel Luiz Alvares de Carvalho.

do então nomeado diretor dos estudos médicos e cirúrgicos da Corte e do Brasil, Manoel Luiz Alvares de Carvalho. Este diretor modificou a denominação da Escola de Cirurgia da Bahia para Colégio Médico-Cirúrgico ou Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, passando a se instalar na Santa Casa da Misericórdia da Bahia. O curso foi ampliado para 5 anos e introduziu novas disciplinas como química farmacêutica, fisiologia, lições de higiene e etiologia. Estas mudanças ocorreram também no Rio de Janeiro.

Apesar da existência de uma Academia Médico-Cirúrgica na Bahia, muitos alunos depois de graduados iam buscar complementação para seus estudos na Europa, visto que a titulação oferecida no Brasil ainda não era a de “doutor em medicina”, mas sim de cirurgião, farmacêutico ou parteiro.⁵⁹ Talvez por isso, entre 1808 e 1832, poucos se interessavam em ingressar na Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, nesses anos foram conferidos diplomas de cirurgião a somente 13 alunos; e no ano de 1820 só 3 alunos tinham se formado (FORTUNA; 2014).

As deficiências do ensino médico na Bahia eram, com frequência, objeto de projetos, planos e reformas no ambiente político-parlamentar brasileiro. Os cursos de medicina careciam de condições físicas adequadas, de recursos didáticos e de profissionais. Somente com o impacto da independência política (1822), mudanças para adequação do ensino começaram a ser realizadas.

Em 1832, uma **segunda reforma do ensino** médico, seguindo o modelo da Faculdade de Medicina de Paris, transformou a Academia Médico-Cirúrgica da Bahia em Faculdade de Medicina da Bahia, como passou a ser chamada. Foi uma reforma feita pela Regência Trina, com projeto elaborado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e aprovado no Parlamento Nacional. O curso passou a durar 6 anos e foi transferido para o prédio do antigo Colégio dos Jesuítas da Bahia e para as enfermarias da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Esta reforma também instituiu eleições internas para diretor, além de implementar 14 novas cadeiras que se dividiram em 3 seções: Ciências Acessórias – Física, Botânica, Zoologia, Química e Mineralogia; Ciências Médicas – Fisiologia, Patologia Interna, Matéria Médica e Farmácia, Higiene e História da Medicina e da

⁵⁹ Nos séculos XVII e XVIII, a Universidade de Coimbra acolheu respectivamente 35 e 112 brasileiros que, depois de se diplomarem físicos, geralmente preferiam se estabelecer na Europa ao invés de enfrentar a realidade colonial, no Brasil (FIOCRUZ, s/d).

Clínica; e Ciências Cirúrgicas – Anatomia Geral e Descritiva, Patologia Externa, Partos, Medicina Operatória e Aparelhos, e Clínica Externa.

Um marco nessa **segunda reforma de ensino** de 1832 foi a mudança de titulação ofertada, passando, a partir de então, a conferir aos alunos o título de “doutor em medicina”⁶⁰, e não mais apenas cirurgião.⁶¹ O curso de farmacêutico, dentista e parteiro/obstetrícia foi mantido em “separado” do curso de medicina. Ou seja, o curso de medicina formava em 6 anos doutores médicos, e o curso de parteiro, dentista ou de farmacêutico formava em 2 anos, nos dois casos, cursos oferecidos pelas faculdades de medicina.

A partir dessa segunda reforma de 1832, as Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, além de se tornarem quase idênticas na oferta de disciplinas e na própria nomenclatura, tiveram o número de diplomados consideravelmente acentuado e “foram conferidos 2.502 títulos de doutor em medicina, 1.446 cartas de farmacêutico, 3 cartas de parteiro e 284 de cirurgião-dentista” (FIOCRUZ, s/d, p. 05). Em 1906, 405 alunos matricularam-se no curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia.⁶²

Com as reformas do ensino médico diversas cadeiras de ensino introduziram-se ao longo do tempo, refletindo as tendências epistemológicas científicas europeias, sobretudo portuguesa, francesa e germânica. Outras **reformas** no ensino da Bahia, a **terceira** (1854) e a **quarta** (1879), além de manterem a ampliação gradativa do número de disciplinas, permitiram, sobretudo, esta última, a entrada de estudantes mulheres na graduação. Elas traduziram a necessidade de ampliação de instalações do prédio, busca de infraestrutura adequada, espaços para o desenvolvimento de um ensino mais prático, com laboratórios e museus, que só se tornariam realidade entre os anos de 1880 e 1890.

Um dos aspectos mais inovadores do regulamento de 1854 foi o anúncio da criação de laboratórios para o ensino prático, além de anfiteatros para as lições

⁶⁰ O ofício de cirurgião e médico foram unificados por um Decreto Parlamentar de 15/07/1848.

⁶¹ Para ingresso, o estudante deveria ter 16 anos completos e conhecimento de latim, inglês ou francês, filosofia racional e moral, aritmética e geometria. Os médicos também precisavam apresentar publicamente uma tese ao final do curso. Para o curso de farmácia, com três anos de duração, a idade mínima era de 16 anos, não havendo exigência de latim e filosofia, e para o de parteira, deveria ser mulher, ter igualmente 16 anos, saber ler e escrever corretamente e apresentar atestado de bons costumes passados pelo juiz de paz da freguesia (Arquivo Nacional, 2014).

⁶² Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao ano de 1906-1907. MENDES, Antônio Pacheco. p. 13.

e demonstrações. O decreto previa os seguintes laboratórios: químico, horto botânico, de física, história natural, anatomia, matéria médica, arsenal cirúrgico e oficina farmacêutica. Os estatutos estabeleceram também que a cada três anos cada uma das congregações propusesse ao governo o nome de um lente, ou opositor, para ser encarregado de fazer investigações científicas e observações médico-topográficas no Brasil ou estudar no exterior, devendo remeter para os gabinetes da faculdade “tudo quanto for de préstimo notável” (BRASIL; 1854, p. 200).

O aumento do número de opositores (professores) e a proposição de estabelecimento de laboratórios evidencia a preocupação com o ensino prático nesta reforma, ainda que tais medidas não tenham realmente sido efetivadas (Arquivo Nacional, 2014).

Justamente a **quinta e a sexta reformas do ensino**, organizadas via decreto nº 9.311 de 25/10/1884 e decreto nº 1.270 de 10/01/1891, denominadas respectivamente de reforma Sabóia e reforma Benjamim Constant, expressaram o espírito germânico do saber médico no Brasil, que propunha estudos mais práticos, clínicos e experimentais, atingindo desse modo os pilares do modelo centralizador francês. A **sexta reforma** de 1891 modificou o nome das faculdades do RJ e da BA para Faculdade de Medicina e Farmácia, alterou a estrutura curricular para 29 disciplinas e encerrou institucionalmente a possibilidade de formação em artes de curar no Brasil que não fossem sob o aval dessas faculdades.

O surgimento de laboratórios especializados e a contratação de profissionais médicos dedicados à pesquisa deram-se no final do século XIX e início do século XX, com a reforma Benjamim Constant; junto a isso, a necessidade de fabricar soros e vacinas no combate às doenças que assolavam o país. Em 1888, foi criado o Instituto Pasteur, com Augusto Ferreira dos Santos, no Rio de Janeiro; em 1892, o Instituto Bacteriológico de São Paulo; o Instituto Seroterápico, que mais tarde se tornaria Instituto Butantã, em 1899, em São Paulo; o Instituto Adolf Lutz, em São Paulo, que se tornaria, mais tarde, em 1940, um laboratório de pesquisas de saúde pública no Brasil.

Enfim, o cenário de cura e doença no Brasil passou a tomar um corpo laboratorial, bem como, foi nesse período do final do século XIX que as faculdades iriam receber, frutos de reivindicações antigas, laboratórios e centros de pesquisa práticos. Nesse sentido, podemos afirmar que a medicina brasileira passou a se ocupar com experimentações, observações, investigações e metodologias de pesquisas, diferentemente de sistemáticas voltadas exclusivamente para o ensino. Nesse contexto,

surgem duas importantes instituições de pesquisas no Rio de Janeiro: o Instituto de Manguinhos (1900), com o médico Oswaldo Cruz; e logo após, o Instituto Vital Brasil (1919), com o médico Vital Brazil Mineiro.

Em suma, deve-se dizer que a chegada das escolas médicas no início do século XIX se deu em uma conjuntura de renovação do ambiente cultural brasileiro e propiciou a difusão de um “novo campo científico” instalado no país. Iniciativas no âmbito da imprensa, da literatura, da criação de bibliotecas (fundação da Biblioteca Nacional), periódicos, sociedades científicas, associações literárias, também fizeram parte do contexto de chegada e funcionamento dessas escolas, o que contribuiu para ampliar as discussões em torno de saberes sociais.⁶³

Marcos importantes no campo político e econômico como a abertura dos portos para nações aliadas, a revogação da proibição de manufaturas no Brasil, a criação do Banco do Brasil, a revolta constitucionalista, as insurreições de povos escravizados, a liberdade de imprensa, o retorno de D. João VI à Portugal, a guerra na Guiana Francesa, a independência do Brasil, o surgimento de fábricas metalúrgicas, etc, influenciaram e retroalimentaram a efervescência cultural e política do período.

O historiador João Luiz Fragoso *apud* Linhares (1990) cita ainda que o século XIX, especialmente a partir do II reinado (1840/1889), com a ascensão de Pedro de Alcântara (14 anos) a imperador do Brasil, foi marcado por um período de intensas transformações, tais como: os primeiros passos da industrialização, a formação incipiente de uma classe operária⁶⁴, a guerra do Paraguai, a imigração europeia, os avanços da estrada de ferro, a mudança do cultivo do açúcar para o café (“plantation cafeeira”) e o desenvolvimento de um mercado interno.

2.5 Ciência e política no Brasil do século XIX.

⁶³ Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), periódicos: o Propagador das Ciências Médicas (1827-1828), o Semanário de Saúde Pública (1831-1833), o Diário de Saúde (1835-1836), a Revista Médica Fluminense (1835-1841), a Revista Médica Brasileira (1841-1843), Gazeta Médica (1866) PIMENTA (2003b).

⁶⁴ 600 indústrias e 55 mil operários durante o século XIX (COTRIM; 2013, p. 261).

Na relação entre medicina, ciência e política no Brasil do século XIX, o historiador Marcos Napolitano (2017) afirma que no período inicial da república brasileira (1889), intelectuais e cientistas locais se apropriaram das tendências ideológicas e filosóficas europeias com facilidade: positivismo, higienismo, darwinismo social, evolucionismo. A ideia era “civilizar” o país e “superar os obstáculos do passado” (p. 42), pois remetiam o seu atraso à miséria, à miscigenação étnica, à degeneração racial, às estruturas político-econômicas coloniais e ao fatalismo das classes populares.

A ciência, instada nas entrelinhas do pensamento coletivo das classes dirigentes desse período, vinha aos poucos se tornando uma referência forte de verdade e razão, instrumentalizada por doutrinas de poder que geravam contingências, disputas e tensões sociais. Professor de medicina na Bahia, Antônio de Cerqueira Pinto, em 1858, assim se pronunciou sobre os valores científicos:

Considero, Senhores, de summa conveniência, que a Congregação, pesando maduramente esta circunstância, dirija-se ao Governo á similhante respeito, solicitando os meios precisos com que o nosso Collega possa transportar-se à Europa, afim de fazer estudos especiaes sobre **uma sciencia que todos os dias conquista os mais bellos triumphos, devassando arcanos que outrora supphão-se impenetráveis, percorrendo assim, permitta-se-me a phrase, mares nunca d’antes navegados** (Memória Histórica dos Fatos mais Notáveis do ano de 1858 da Faculdade de Medicina da Bahia. 1859. SEQUEIRA, José de Góes. p. 11).

Quatro principais correntes das escolas de pensamento social se articulavam em torno das ideias europeias, que também eram moldadas de acordo com a realidade nacional: **a)** os adeptos do positivismo acreditavam num governo pautado na lei e na ciência para promover o bem-estar da sociedade; **b)** os simpatizantes do darwinismo social viam nas “raças superiores” a incumbência natural em levar o progresso a todos; **c)** os higienistas viam na saúde pública o caminho fundamental para chegar à civilização. Entendiam que as ações políticas sanitárias (prevenção, saneamento urbano, higiene pessoal) deveriam ser impostas às classes populares para vencer epidemias e as doenças advindas, e; **d)** os cientificistas que acreditavam que tudo se explicaria pelas leis da ciência, não apenas fenômenos biológicos ou físicos, mas também os sociais e humanos.

Estas teorias cientificistas se alimentavam da crença, supostamente provada pela ciência, de que os pobres deveriam ser liderados por elites intelectuais, de que a falta de

saúde e de disciplina eram frutos de uma sociedade enfraquecida pela mistura de raças. Na prática, o Brasil mantinha uma porcentagem de 80% de não alfabetizados, era predominantemente rural e vitimado por diversas doenças e pela miséria.

Sílvio Romero (1851-1914), um dos intelectuais expoentes do período, não enxergava qualidades na miscigenação, nem nas classes populares, nem no clima tropical da região, mas defendia a ação tutelar de uma elite intelectual que deveria estar assessorada por equipes de cientistas com o fim de reduzir os males de origem do Brasil. O determinismo geográfico e o racismo científico⁶⁵, cunhados pelo médico maranhense formado na Bahia, Nina Rodrigues (1862-1906), eram de maneira genérica as duas tendências mais propaladas à época. A teoria eugenista,⁶⁶ já em 1910, agregou-se ao cientificismo, ao evolucionismo e as teorias raciais e pregava a interdição de casamentos inter-raciais, a imposição de hábitos de higiene e saúde, o isolamento de grupos raciais inferiores e a esterilização de pessoas com doenças físicas e mentais.⁶⁷

As reformas sociais ligadas à urbanização e à higiene pública no século XIX eram inspiradas no modelo parisiense autoritário, conduzido pelo barão George Haussman, e no Rio de Janeiro contaram com a colaboração de forças policiais para expulsar os pobres do centro da cidade. “Para as autoridades brasileiras, caçar ratos, combater mosquitos e vacinar seres humanos eram parte da mesma política, frequentemente aplicada de maneira impositiva e violenta nos bairros populares” (NAPOLITANO, 2017, p. 55).

Napolitano (2017) salienta, porém, que a intelectualidade, nesse período inicial da República, não era formada somente por “racismo científico”, existiam críticos, como o médico Manuel Bonfim (1868-1932) que denunciavam as mazelas do Brasil sob o prisma do imperialismo e do colonialismo.

O também intelectual e jurista Joaquim Nabuco (1849-1910) trouxe o debate sobre a ausência de políticas públicas para promoção dos negros libertos como explicação da suposta inferioridade dos negros. Além disso, o jornalista Euclides da Cunha (1866-1909) demonstrou parâmetros mais sociológicos e políticos na observação da sociedade

⁶⁵ O grau de pureza das raças, determina o nível de civilização possível a ser atingido (NAPOLITANO, 2017).

⁶⁶ Em 1917, foi fundada a Sociedade Eugênica de São Paulo (NAPOLITANO, 2017).

⁶⁷ Em 1923, foi fundada a Liga de Higiene Mental do Rio de Janeiro. Em 1918, foi fundada a Liga Pró-Saneamento do Brasil (NAPOLITANO, 2017).

brasileira e denunciou a violência do Estado republicano sobre a população de Canudos. Na literatura, o escritor Machado de Assis (1839-1908) foi um crítico ao cientificismo com a obra *O alienista*, na qual caricaturou o intelectual médico cientista por sua ânsia em identificar e julgar a natureza dos homens, que termina internado no asilo que ele mesmo fundara. Dentre outros, o jornalista Lima Barreto (1881-1922) e o escritor Monteiro Lobato (1882-1948) contribuíram na crítica ao cenário.

Nesse contexto, onde muitas ideias, ainda que em disputa, eram justificadas pela ciência médica no cotidiano e na política brasileira, Freire Junior (2020) salienta que a medicina ocupou lugar privilegiado na história da ciência no Brasil, pois foi o primeiro ramo científico a lograr institucionalidade acadêmica⁶⁸: “não era incomum a presença do imperador D. Pedro II às sessões de defesa de tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro” (MARTINS, 2007, p.35), o que indica o grau de importância política que os médicos haviam logrado:

Na literatura brasileira em História das Ciências relativa ao século XIX, os saberes, práticas, instituições, valores e personalidades do mundo médico ocupam um lugar privilegiado. Tal fato explica-se, em parte, pelo alto grau de institucionalidade logrado pela medicina acadêmica quando comparada a outros ramos científicos da época. Neste sentido, a situação brasileira harmoniza-se com a trajetória típica dos países de passado colonial, **onde os médicos costumam formar o primeiro grupo profissional a dominar um sistema perito de base científica.** (ÉDLER, 1998, p.169).

Com o tempo, a medicina passou a mobilizar setores que ampliaram seu espectro de ação pra além da ideia de doença e cura, atraindo para o campo de investigação e reflexão questões ligadas ao comportamento humano, à cidade e ao corpo social. Esta postura aliou a medicina do final do século XIX a conteúdos políticos morais e reformadores. Seus proponentes interpelaram o direito, a política, a religião, a moral, criando disciplinas como higiene pública e medicina legal. A psiquiatria foi um exemplo clássico dessa nova amplitude da medicina, quando o hospício se tornou o lugar de sequestro e submissão dos “desviantes”, “loucos”, “mulheres histéricas”, “bêbados” (TEIXEIRA; 2019). Ela tinha como pano de fundo a fundamentação francesa na ideia da “degenerescência”, em que mesmo sujeitos que não apresentassem sintomas aflorados poderiam guardar em si elementos de degeneração, todos esses subscritos ao poder

⁶⁸ Instituições médicas oficiais: as Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, a Academia Imperial de Medicina e a Junta Central de Higiene Pública (ÉDLER, 1991).

médico. Ampla gama de personagens foram, dessa forma, “capturados”, numa aliança notória entre polícia e psiquiatras, assim arrebanhando bêbados, prostitutas, desviantes, desordeiros e vagabundos para o seio dos hospícios.⁶⁹

Com estas intervenções morais e sociais, a medicina passou a ganhar maior visibilidade e credenciar-se como aliada importante de uma política respaldada na ciência, ao mesmo tempo em que se tornava mais reconhecida pela população. Inextrincavelmente ligada ao ideário da modernidade, a crença no poder da ciência geradora do progresso e da civilização, dominava os meios sociais e culturais e teve na medicina um aparato de vanguarda para intervenção na vida do indivíduo e da sociedade (TEIXEIRA, 2019).

O discurso de encerramento do curso de anatomia do Dr. Abbott, na Faculdade de Medicina da Bahia, no ano de 1858, já dava sinais de que a anatomia perdia fôlego no currículo do curso médico baiano para disciplinas como a higiene. Diante de epidemias virais que assolavam o país (cólera e febre amarela), as concepções higienistas, a partir do estudo etiológico das doenças, passaram a fundamentar os roteiros de intenções em tornar a cidade mais salubre e a população saudável (BARRETO, 2005).

Estas narrativas demonstram em muitos aspectos o lugar da ciência obstétrica no corpo social. Como veremos mais adiante, a problemática ontológica da ciência moderna acadêmica não estava inscrita em qualquer essencialidade, tipicidade ou característica positiva ou negativa inerente à sua existência. Ela agiu como promotora de um arcabouço de condicionantes criados por seus sujeitos e sob determinações do contexto social.

O pensamento higienista, estava inclinado ao arranjo urbanístico da cidade, encontrou na medicina uma grande aliança, produzindo relações estreitas entre política e ciência, e demonstrando que médicos faziam parte de uma elite interessada em organizar a sociedade segundo regras formuladas a partir de suas versões da realidade, que ora podem ser positivas, ora negativas. De acordo com Foucault (2019), “a inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez pela socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana”

⁶⁹ Notícia fornecida por Flávio Édler na Conferência “Pesquisa Histórica sobre a Sociedade Imperial: higienismo e alienismo revisitados”. Universidade de São Paulo, junho de 2013.

(p.162), que teve como princípio a higiene pública, e portanto, o controle político-científico do meio.

A pauta do higienismo e da moral, propagadas por todas as ciências médicas, atingiram também as cenas de parto, na medida em que às mulheres foi reforçado o controle moral e social de seus corpos, o que implica de forma funcional e condutora para o ensejo da violência obstétrica, como veremos mais a seguir.

CAPÍTULO 3 – Contexto nacional e internacional da medicina da mulher

Após apresentação de aspectos e caminhos da medicina em geral, neste capítulo nos debruçamos sobre elementos que discutem a história peculiar de construção da medicina da mulher, compreendendo que ela não está dissociada da história da medicina geral, porém, demonstra especificidades que merecem o destaque atento da pesquisa. Enfocaremos os meados do século XIX, quando da chegada das escolas de cirurgia ao Brasil, até as primeiras décadas do século XX.

Em tese, os pressupostos metodológicos da história da medicina da mulher integram o âmbito científico em um caráter sociológico, político e antropológico, posto que traz abordagens para além das técnicas biomédicas, mas também morais e comportamentais.

Tal como a medicina geral, antes de meados do século XIX, a medicina da mulher na Bahia atravessou dois momentos distintos: **1)** a fase do Brasil colônia até final do século XVIII, com protagonistas populares da cura; e **2)** a fase de institucionalização estatal, com a chegada das escolas de cirurgia (1808) e a 1ª reforma do ensino (1832).

Há por ora outras demarcações, como a realizada por Barreto (2005), na qual diferencia a história da obstetrícia, da história do partejamento, bifurcando-as a partir da observação dos manuais de obstetrícia portugueses do século XVIII e XIX. Para a autora, a história da parturição correspondia ao período em que o parto ainda era entendido como evento social, cabendo às parteiras a responsabilidade da assistência; já a história da obstetrícia, se deu quando o parto passou a ser entendido como um evento fisiopatológico, migrando para as mãos do cirurgião-parteiro e deixando de ser uma “arte” para se tornar uma “ciência obstétrica”.

Frisa-se, a princípio, que um dos pensamentos norteadores da medicina da mulher nascida no século XIX, a priori, veio consagrar o imaginário do corpo feminino com características negativas como: corpo defeituoso, frágil e diferente.

Tentamos, nesse capítulo, identificar as bases científicas dos produtores locais da ciência obstétrica (discurso, imaginário, conteúdo), através de consulta a fontes

bibliográficas e a fontes primárias dos arquivos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (Hospital São Cristóvão), especialmente fontes do movimento de entradas e saídas das enfermarias. Também pesquisamos teses da Faculdade de Medicina da Bahia do século XIX e XX e acervos de memoriais históricos da FMB, além da *Revista Gazeta Médica*.

Os aspectos de um contexto de assistência pública e acadêmica defendidos por homens médicos com vistas a construir maternidades, e a educação física e moral feminina direcionada às mulheres, também foi o que buscamos identificar nesse capítulo.

Além disso, falamos sobre o projeto maternalista e salvacionista da medicina do século XIX, abrangendo a transição do parto doméstico ao parto hospitalar, com destaque para inovações científicas como a introdução de manobras, cirurgias e intervenções em corpos grávidos, que edificarão um rol de protocolos violentos denunciados pelas mulheres no século seguinte, XX.

3.1 O olhar das novas instituições médicas sobre o corpo feminino

Devemos notar que, na cronologia das obras⁷⁰ que compõem o *Corpus Hipocrático* da Antiguidade grega, já estavam suscitadas algumas questões relativas à assistência às mulheres:

[...] Sobre o parto de oito meses e Sobre o parto de sete meses; Da excisão dos fetos (ou Embriotomia); Das doenças femininas I e II; Sobre as mulheres estéreis; Da hiperfertilidade; Da natureza da mulher; [...] Escritos sobre ginecologia, obstetrícia e pediatria: Das doenças das virgens; Da natureza da mulher; Das doenças da mulher; Da hiperfertilidade; Sobre o parto de sete meses e Sobre o parto de oito meses; Da excisão do feto; Sobre a dentição (REBOLLO, 2006, pp. 48-52).

Na Europa do século XVIII, também já se demonstrava que os médicos e cirurgiões conheciam doutrinas circulantes no continente a respeito da anatomia feminina. Barreto (2005), por exemplo, encontrou 3 obras em Portugal que revelavam

⁷⁰ Tratados, aforismos e anotações.

estes interesses: *A Novíssima Medicina* (1745), do Dr. Antonio de Monravá e Roca, que tratou aspectos do parto, da gravidez e da menstruação, afirmando por último que o sangue menstrual “corrompia as plantas”. Falou das náuseas e dos partos difíceis e aconselhou “o uso de clisteres⁷¹ e sangrias para facilitar a saída do feto” (p. 140). Discorreu sobre “operação *post mortem* para extrair a criança viva e a embriotomia, e declarou que nunca praticara uma cesariana, tampouco a extração do feto com ganchos” (p. 140).

Outro livro, destinado às parteiras e aos cirurgiões no século XVIII em Portugal, foi originário da França e intitulava-se *Luz das comadres ou parteiras: breve tratado de como se deve acudir aos partos perigosos* (1725). Essa obra fez um apanhado de compostos vegetais simples, aconselhou parteiras a administrarem remédios em partos demorados e taxativamente criticou-as, advertindo sempre a importância da presença do médico ou do cirurgião. Para Barreto (2005), esta obra não fez referências aos princípios anatômicos vigentes no século XVIII, também não adentrou explicações densas sobre feto, tipos de parto, manobras e/ou instrumentos obstétricos. Ela apenas propagou conselhos de caráter empírico, o que seria plausível a seu tempo já que foi escrito com arcabouço intelectual de fins do século XVII.

No ano de 1772, veio a público o livro *Novo método de partejar*, recompilado dos franceses e espanhóis pelos irmãos Manoel José Affonso e José Francisco de Mello, ambos cirurgiões que compreendiam a arte de partejar como “filha legítima da cirurgia”, cabendo socorrer as mulheres em ocasiões difíceis, seja com as mãos, com remédios, ou com os instrumentos (Affonso e Mello, 1772, p. 2 *apud* BARRETO, 2005, p. 143).

O discurso científico penetrou no interior de formação das artes obstétricas no Brasil sob parâmetros gerais da medicina, concentrado na cura, na doença, na intervenção, na medicação e no comportamento. Especialmente os tratados de obstetrícia, de acordo com Martins (2004):

Os tratados de partos multiplicaram-se durante o século XVIII, transformando-se em uma fonte valiosa para se entender como a produção do conhecimento a respeito da gravidez e do parto e a substituição da parteira pelo médico eram acontecimentos indissociáveis. **Neles pode-se ler todo o processo de**

⁷¹ Lavagem intestinal

transformação do corpo feminino em um objeto de conhecimento, da mulher em paciente e, por fim, da parteira em auxiliar do médico. As relações entre médicos e parteiras foram bastante estudadas e são bem conhecidas pela historiografia feminista. Geralmente, a questão gira em torno de acusações de incompetência, controle e usurpação de práticas da cultura feminina pela corporação médica (MARTINS, 2004, p. 73).

Em termos epistêmicos, a chegada das instituições formais de medicina no Brasil, em 1808, foi inspirada originariamente nas experiências de universidades europeias, sobretudo a medicina clínica portuguesa e francesa, que se tornou a principal referência científica do ensino médico até as reformas de ensino ocorridas entre 1879 e 1884.

Apesar das diversas controvérsias e ecletismos que polarizavam a produção científica francesa (etiologia, fisiopatologia, anatomoclínica e teorias de Broussais)⁷², é possível identificar uma classificação geral das teorias médicas no Brasil do século XIX (FERREIRA, 1994).

Inspirados na tradução dos compêndios⁷³ de Phillippe Pinel (médico francês definidor de uma medicina como ciência dos sintomas – 1798), três principais pilares eram reconhecidos e ensinados como um *modus operandi* no Brasil:

a) reconhecer no indivíduo determinada doença mediante a observação e descrição minuciosa dos sintomas e signos; b) distinguir no cadáver uma patologia específica mediante a observação da alteração dos tecidos e órgãos internos; e c) combater a doença com terapêuticas racionais e comprovadamente eficazes (FERREIRA, 1993, p. 46).

⁷² “A anatomoclínica associava o quadro sintomático à lesão orgânica, considerava a doença como uma alteração da “forma orgânica” e enfatizava a pesquisa dos signos físicos capazes de revelar a existência e a índole da lesão fundamental. A fisiopatologia considerava a doença uma alteração do processo energético e do material sustentador da vida orgânica e valorizava a interpretação dos sintomas em oposição a descrição dos signos físicos. A etiologia definia a enfermidade como consequência da ação de um agente causal específico. Os agentes etiológicos poderiam ser desde substâncias tóxicas presentes no meio ambiente até organismos vivos patogênicos” (FERREIRA, 1993, p. 61).

⁷³ “Tais compêndios eram, na verdade, resumos simplificados do clássico da medicina nosológica, *Nosographie Philosophique*, publicado por Phillippe Pinel em 1798”, mas havia também a anatomoclínica (Crovisart, Bayle, Monfalcon, Bardier, Portal), o ecletismo (Andral, Trousseau, Louis), além de Broussais, que construiu uma doutrina própria (FERREIRA, 1993, p. 59).

No século XIX, de acordo com Barreto (2007), “os estudos de anatomia, aliados aos pressupostos da patologia, da fisiologia e da clínica, bem como as descobertas da física, da química e da terapêutica, foram incorporados aos novos manuais de obstetrícia em circulação no século XIX” (p. 233). E, desse modo, o nascimento foi deixando de ser a “arte da obstetrícia”, sob os cuidados das parteiras, para se tornar, cada vez mais uma “ciência dos partos”, sob os cuidados de médicos e cirurgiões.

A requisição de cadeiras (disciplinas acadêmicas) em áreas específicas para “doenças das mulheres”, dentro das faculdades de medicina no Brasil, com inspiração em vocabulários próprios das ciências biológicas, começou a aparecer mesmo no século XIX. Os estudos iniciais dessas cadeiras de obstetrícia e ginecologia exploraram temas como o estudo da pelve, exames obstétricos, práticas de embriotomia⁷⁴, ciclo menstrual, processo de fecundação, gravidez, amamentação, parto, enfim, todo um mapeamento anatômico do corpo da mulher estava sendo realizado.

Observa-se entre fontes de teses universitárias do século XIX, presente preocupação com o sexo da população, em especial, com a sexualidade feminina. Este tema tornou-se uma obsessão entre os novos e modernos cientistas (MARTINS, 2004), revelada no próprio nascimento da ciência obstetrícia oficial.⁷⁵

Segundo Luz (1996), a sexualidade feminina e a imagem da mulher, despertavam muita curiosidade entre os homens dedicados à medicina do século XIX. O corpo feminino era visto como insaciável, abundante de fertilidade, desejo e mistérios, provocava medo e muitas vezes repulsa. Para além dos textos acadêmicos, a literatura e os meios intelectuais brasileiros também representavam a mulher como “criaturas frívolas, interesseiras, enigmáticas e maldosas” (MARTINS, 2004, p. 220), confirmando desigualdades e reforçando inferioridades.

Especificamente no interior da nova ciência obstétrica, viu-se predominar tanto uma narrativa de desvalorização do corpo feminino, advinda da suposta imperfeição física

⁷⁴ Fragmentação do embrião no interior do útero para extraí-lo.

⁷⁵ De acordo com Santos (2002), o Francês Dr. François Mauriceau (1637-1709) é considerado o principal responsável por estabelecer a obstetrícia como uma especialidade da medicina e, em 1668, publicou *Traité des Maladies des Femmes Grosses et Accouchées*, um livro que ajudou a estabelecer a obstetrícia como uma ciência. Para FREITAS (2008), Escócia e Inglaterra são considerados países percussores no ensino da obstetrícia.

da mulher, quanto um discurso teológico de degeneração moral, que permeava o contexto de conceptualização do feminino nessa época. Em suma, o corpo foi visto sob a ótica patológica e defeituosa (FREITAS, 2008), e por outro lado, exaltava-se o papel nobre e adequado da mulher na sociedade: a procriação.

No século XIX, os médicos autointitulados cientistas⁷⁶, refletiram, perceberam, diferenciaram e experimentaram, de maneira mais sistemática, o “comportamento” biológico feminino: “a mulher passou a se constituir em um estudo de caso, um objeto a ser aberto incisivamente, analisado e refeito” (SHOWALTER, 1993, p. 172 *apud* LUZ, 1996, p. 20).

De acordo com a historiadora Ana Paula Vosne Martins (2006), foi especialmente a medicina do século XIX a responsável por criar um pensamento que fez do corpo um lugar que emanava profunda identidade feminina, especialmente com o desenvolvimento da ginecologia e obstetrícia, que passaram a descrever a mulher como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos.

Para a autora, o avanço científico da medicina moderna foi inaugurado desafiando o domínio e o poder das próprias mulheres sobre seus corpos, quando médicos se autointitulavam “especialistas em mulher” e rechaçavam toda a cultura popular das parteiras e redes de saberes femininos. Além de conhecimento sobre manobras, acolhimento e medicações no parto, essas mulheres já produziam sistemas contraceptivos⁷⁷ do aparelho reprodutor.

O reconhecimento da autoridade científica oriunda das novas faculdades do século XIX e XX, hegemonicamente ocupadas por homens, permitiu que o discurso da diferença entre homens e mulheres se propagasse com definitivo poder sobre a sociedade, e foi mesmo dentro dessas instituições que a imagem da mulher destinada à função reprodutiva e à maternidade se alastrou.

⁷⁶ (RAGO, 2008)

⁷⁷ Cerca de 200 contraceptivos/abortivos e produtos de natureza vegetal e mecânica eram conhecidos entre as mulheres. A proibição e desaparecimento destes produtos contraceptivos/abortivos ocasionou nascimentos desenfreados no século XIX, mulheres passaram a ter 10 filhos ou mais, por exemplo (MARTINS, 2005).

O culto ao modelo de mulher angelical, descorporificada e enclausurada ao espaço da casa foi pujante, recorrendo-se a analogias entre mãe, santa, anjo e freira⁷⁸. Nas pinturas abaixo podemos notar a representação artística da maternidade, desde o século XIX ao XX, tanto no Brasil quanto na Europa.

Figura 8 Maternidade, artista Pierre Auguste Renoir, 1886 (França).



Fonte Site Replicarte

⁷⁸ Há que se dizer que as mulheres negras não eram consideradas angelicais e/ou santas como as brancas e de classe média.

Figura 9 Maternidade, artista Tarsila do Amaral, 1938 (Brasil).



Fonte: Enciclopédia Itaú Cultural

Se por um lado, a estrada científica da nova medicina obstétrica tentava direcionar o universo feminino à valorização de atributos maternos, por outro lado propagava uma visão bastante crítica da fisiologia feminina e sua sexualidade.

Alguns exemplos podem ser encontrados em teses científicas de doutores baianos do século XIX. O Dr. Manoel de Sá Gordilho, em 1882, na Faculdade de Medicina da Bahia, escreveu tese de conclusão de curso intitulada *Considerações acerca das operações obstétricas mais preconizadas*. De acordo com ele, a bacia feminina poderia ser classificada sob 4 modelos padrões cunhados matematicamente; desses 4 modelos, 3 foram rotulados como desproporcionais e viciados. Tal teoria sugere que para o médico baiano da moderna obstetria, a maioria das bacias femininas estavam imaginadas como disformes, defeituosas e propensas às intervenções cirúrgicas na hora do parto. Inspirado na técnica desenvolvida no século XVIII, o Dr. Gordilho organizou seus pensamentos a partir da pelvimetria, para esquadrihar os diâmetros da bacia da mulher, tendo em vista os problemas que os estreitamentos ósseos podiam trazer para o parto.

Num levantamento realizado por Nucci *et al* (2019) nos *Anais Brasileiros de Ginecologia* (1936-1969, Rio de Janeiro) e na *Revista de Ginecologia e d'Obstetria*

(1907- 1978, Rio de Janeiro), observamos também justificativas afirmando que o corpo das mulheres “civilizadas” teria se tornado frágil durante o processo “evolutivo”. Para esses médicos, a espécie humana do gênero feminino, se comparada às demais espécies, apresentava desvantagens esqueléticas no quesito biomecânico do parto, e por essa razão se justificaria a necessidade de intervenções variadas e com assistência de profissionais especializados.

Com o fisiológico feminino “justificadamente” defeituoso, o principal objetivo da obstetrícia científica no XIX foi corrigir os “desvios do fisiologismo” do parto e torná-lo mais breve e indolor para a parturiente, pois partos sem qualquer necessidade de intervenções “seriam muito raros”.

A partir desses parâmetros impressos, desde a gravidez ao momento de dar à luz, a mulher deveria ser examinada, visto a possibilidade de aflorarem sintomas de sua “incapacidade orgânica”, portanto, os atendimentos ambulatoriais no pré-natal – chamados de higiene pré-natal, começaram a fazer sentido. Os obstetras escritores e estudiosos do período (1907-1978) chegaram a afirmar que independentemente de qualquer condição relacionada aos partos rápidos ou aos partos demorados, a natureza era desfavorável para o feto (NUCCI *et al*, 2019).

Nesta perspectiva, uma sistematização, condução, roteirização e preparação para o processo de parturição foi idealizada:

Se o **corpo da mulher** é uma máquina, **por muitas vezes falha**, o útero seria uma bomba mecânica mais ou menos adequada para a expulsão do feto, o pré-natal seria um trabalho de manutenção e de detecção de falhas no funcionamento, e o médico o mecânico que irá consertar qualquer falha nesta máquina (NUCCI *et al*, 2019, p. 180).

O imaginário sobre o corpo masculino se manifestava enquanto arquétipo de referência, conseqüentemente, o corpo feminino fora comparado e visto com a tipicidade da falta em relação ao outro, da incompletude e cheio de detalhes de imperfeições (MIRANDA, 2012) (FURLANI, 2004). A proposta medicalizante da nova ciência feminina, desde sua fase primária, atingiu todos os setores fisiológicos da mulher, mas

principalmente os que a diferenciava em gênero, como a questão da reprodução, da gravidez e do parto (TORNQUIST, 2004).

Para Simone de Beauvoir (1980), o homem constituiu a mulher como um “outro”, e a maior parte das filosofias admitiu a separação dos indivíduos em machos e fêmeas, sem pretender explicá-la e o próprio termo “fêmea” a confina em seu sexo. Mesmo Hipócrates, a propósito, “reconheceu 2 espécies de sémens, um fraco, o feminino e outro forte, o masculino” (p. 30).

Após estudar fontes primárias de pesquisa, a autora Fabíola Rohden (2008) ressalta a perspectiva dominante na cena médica brasileira do período do século XIX: os órgãos reprodutivos e sexuais femininos. Em grande parte, eram reconhecidos como frágeis, em desordem, insuficiência, e para explicar o comportamento “desviante” das mulheres, bastaria compreender cientificamente as “mazelas” inatas a esses órgãos.

Na tese médica denominada *Hemorragia puerperal e o seu tratamento*, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia pelo Dr. Francisco Lázaro Tourinho, no ano de 1872, foram explicadas as razões morais e físicas determinantes para a causa das hemorragias puerperais em mulheres.

Para o Dr. Tourinho, as comoções morais femininas constituíam as causas decisivas dos problemas hemorrágicos do pós-parto:

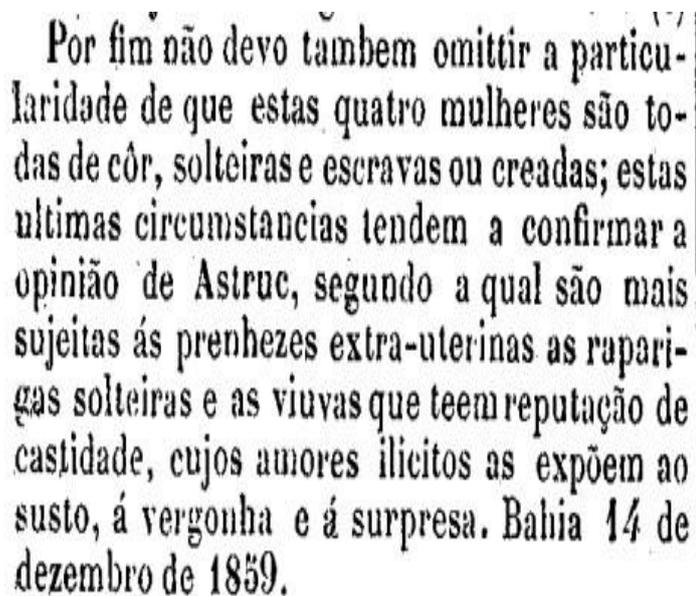
Além das predisponentes poderem tornar-se também determinantes, se por ventura actuarem por longo tempo no organismo da mulher, temos as commoções moraes e phisicas, que constituem causas determinantes poderosas. O modo de acção destas causas differe segundo a sua natureza. **As moraes fazem sentir a sua acção em todo o organismo da mulher, e repercutem no útero**, determinando maior fluxo de sangue e uma forte congestão, que occasionam a hemorrhagia [...] **As paixões vivas ou tristes, os pesares e a cólera, o medo, uma vida muito mundana, a dança, a carreira, a equitação, [...], são tantas outras circumstancias próprias a fazer manifestar-se uma hemorrhigia**, não só pelas perturbações materiaes que occasionam, como ainda pelas funcçionaes, que trazem após si as circulatórias, nervosas e dyspepticas. (TOURINHO, 1872, p. 08).

Nesta mesma tendência argumentativa, o Dr. Manuel José Borges, da FMB, em sua tese de 1864, intitulada *Hemorragia uterina durante o trabalho do parto, e seu tratamento*, acreditava que as razões morais das mulheres agiam sobre todo o organismo

para depois reagirem sobre o útero, determinando um fluxo considerável de sangue, o infarte dos vasos uteroplacentários e a ruptura deles. Os prazeres femininos ou o desgosto também poderiam influenciar nesse sentido.

Já o Dr. J. F. da Silva Lima, em seu artigo publicado na Revista *Gazeta Médica*, analisou o caso de gravidez extra-uterina em uma escrava, e em 1859 concluiu que este tipo de anomalia seria mais frequente em mulheres “de cor”, “raparigas” solteiras e viúvas de “amores ilícitos”:

Figura 10: Trecho de artigo publicado na Revista *Gazeta Médica*, em 1867



Por fim não devo também omittir a particularidade de que estas quatro mulheres são todas de côr, solteiras e escravas ou creadas; estas ultimas circumstancias tendem a confirmar a opinião de Astruc, segundo a qual são mais sujeitas ás prenhezes extra-uterinas as raparigas solteiras e as viúvas que teem reputação de castidade, cujos amores ilicitos as expõem ao susto, á vergonha e á surpresa. Bahia 14 de dezembro de 1859.

Fonte: *Revista Gazeta Médica da Bahia*, 10/05/1867, n° 21.

Para a então recente ciência médica obstétrica, professorada por homens abastados da elite branca, um leque significativo de meios de tratamento foi preciso desenvolver a fim de que os órgãos sexuais reprodutivos femininos fossem “curados” e não trouxessem consequências negativas à mente e à moral feminina.

O hímen, por exemplo, foi um órgão da anatomia feminina abordado pelos médicos como inútil ou prejudicial; já o clitóris, além de pouco citado, é descrito como

pênis feminino atrofiado, rudimentar⁷⁹; o ovário foi visto como testículo feminino; o útero foi considerado um “animal voraz e feroz”; a gravidez um estado mórbido; a menstruação um sangue impuro⁸⁰ e a parturiente uma infeliz⁸¹ digna de pena (LUZ, 1997).

Segundo tais concepções médicas, os órgãos sexuais femininos eram geradores de comportamentos potencialmente criminosos e alienantes, como infanticídio, histeria, loucura puerperal, abuso de álcool, melancolia, ninfomania, irritabilidade exagerada, tentativas de suicídio, alucinações, manias de perseguição etc.

A tese do médico baiano Dr. João Ferreira de Araújo Pinho Junior, intitulada *Desordens Psychicas da Menstruação*, de 1900, por exemplo, citou a menstruação da mulher como causadora de doenças mentais, tipo epilepsia e histeria.

Já o Dr. Hildebrando Baptista, em 1909, com sua tese defendida na FMB e intitulada *A Mulher e a Medicina Legal*, afirmou que o período inicial da menstruação se daria quando a mulher começasse a sentir um “murmúrio das paixões nascentes”, sendo um período violento que anuncia “perigo eminente”, “terrível revolução” que abalava a “delicada” mente feminina. O Dr. Hildebrando Baptista era ainda taxativo ao intitular um dos capítulos de sua tese como *Phenomenos physiologicos que subtrahem da mulher império de sua vontade*:

São principalmente sensações de peso calor nos órgãos genitais; dores lombares, pruridos nas virilhas, cólicas caimbras do estomago, etc. **Ao lado dessas perturbações físicas, surge uma transformação moral intellectual, bem digna da atenção dos psychologos. Desejos vagos desconhecidos dominam alma da mulher**; uma revolução se dá nas suas idéas nos seus sentimentos; ella não sente não pensa mais como dantes, seu espirito fluctúa num estado de indecisão e ás vezes se insinúa num labyrinthio de mysterios phantasias em procura de um ideal sempre ambicionado, mas que nunca se realisa (BAPTISTA, 1909, p. 11).

⁷⁹ “O parteiro François Mauriceau (1637-1709) descreveu o clitóris como um órgão que funcionava como um pênis; em 1813 o *Dictionnaire des Sciences Médicales* definiu o clitóris como um pênis em forma e estrutura que ao ser tocado proporcionava prazer; em 1884 Georg Ludwig Kobelt estudou pormenorizadamente este órgão, dissertando sobre sua estrutura e função, mas manteve a proposição de que ele era um homólogo exato do órgão masculino” (BARRETO, 2005, p.160).

⁸⁰ Alguns autores não concordavam com essa descrição da menstruação e a justificavam como um fenômeno fisiológico, uma irritabilidade do útero.

⁸¹ Em diversos trechos dos relatórios da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (séc. XIX) e trechos de teses, as mulheres grávidas são chamadas de infelizes.

Outros dados demonstram um olhar estável da medicina moderna em desmerecer e distorcer o comportamento e a sanidade feminina. Em nossa pesquisa realizada no hospital da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, das 824 mulheres que deram entrada para atendimento entre os anos de 1852 a 1855, 120 foram consideradas, com doenças recebendo as seguintes classificações: “maluca”, “histérica”, “inválida”, “alienação”, “mania”, “bêbada” e “delírio”.

Já entre os homens, a entrada hospitalar foi três vezes maior, mas esse modelo de identificação psicológica *a priori* correspondeu apenas a 10 casos, reduzindo-se a “maluco” e “alienado”. Em suma, de 824 mulheres que chegaram à Santa Casa, 120 eram consideradas detentoras de problemas mentais, enquanto, de 2.472 homens, 10 eram considerados com problemas mentais.

ENTRADA NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA (1852 a 1855)		
	Atendidos	Considerados à priori com doenças mentais
Homens	2472	10
Mulheres	824	120

Da mesma forma, em 1882, estavam registrados no asilo da Santa Casa da Bahia, 72 loucos, sendo 22 do sexo masculino e 50 do sexo feminino e, em 1885, este número persistia com pouca diferença.⁸² Não foi possível, no entanto, através de nossas fontes, desvendar se esta atribuição de loucas e malucas estava associada a doenças do aparelho reprodutor feminino, mas pelas teorias encontradas nas teses, como se demonstrou anteriormente, existia esta associação. O Dr. Hildebrando Baptista, por exemplo, corroborava deste raciocínio ao citar que:

A Gazeta Médica de Paris deu uma estatística das causas da loucura nas mulheres no Schleswig: em 235 casos observados, 40 são devidos às consequências do parto, 37 menstruação. Na estatística de Hood, dirigida ao asylo de Bedlam, em 697 doentes figuram 80 mulheres que ficaram loucas

⁸² Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1882.

em consequência de alterações menstruaes. Para maior número dos auctores, segundo Petit, supressão completa das regras, determina desenvolvimento da paralytia geral, seja supressão prematura ou no momento da menopausa. Guibot, médico no hospital Saint-Louis muito versado no estudo das moléstias de senhora, escreveu bellissimas páginas sobre nervosismo menstrual (BAPTISTA, 1909, p. 13).

Em pesquisa realizada por Barreto (2005) sobre as doenças mais incidentes que acometiam mulheres soteropolitanas no Hospital de São Cristóvão⁸³/Hospital da Santa Casa, de 1848 a 1851, estava “alienação mental/delírio/demência”.

A partir do levantamento dos *Livros de Assentos de Pessoas* que entraram no Hospital São Cristóvão, de 1823 a 1851, as mulheres baianas se configuraram como um público/paciente em minoria de 29%, enquanto os homens eram 71% dos atendidos. Em sua maioria, as mulheres eram pobres e mestiças, oriundas de Salvador e da sua circunvizinhança.

Em 1848, 4% das mulheres atendidas foram consideradas alienadas, enquanto homens apenas 1%; Já em 1850, 11% das mulheres foram consideradas alienadas e homens somente 1%; e em 1851, 7% de mulheres contra 3% de homens: “A alienação foi uma doença que acometeu um certo número de enfermos internados no Hospital São Cristóvão, principalmente na ala feminina” (p. 221).

Fica evidente que para os novos doutores da medicina, o gênero feminino também estava mais associado a doenças mentais. De acordo com Vanin (2008), os psiquiatras darwinistas do século XIX unificavam ideias acerca do disformismo sexual (de Charles Darwin), estabelecendo que a mulher estaria condenada a ser portadora de patologia mental caso não se ajustasse ao modelo proposto de sexo e maternidade. Para os novos cientistas, as mulheres eram controladas pelos instintos sexuais reprodutivos, ao contrário dos homens, que os controlavam por meio do raciocínio lógico (capacidade intelectual). Na cadeia evolutiva humana, o homem era o mais evoluído e possuía as “janelas adaptativas”, diferentemente das mulheres que não conseguiram evoluir, “pois não

⁸³ “Da fundação da cidade do Salvador até meados do século XIX, o Hospital São Cristóvão foi a única opção para os portugueses enfermos. Esta realidade foi modificada em 16 de setembro de 1866 com a fundação do Hospital da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência, no outeiro do Bonfim, no centro de uma chácara pertencente à Sociedade, destinado aos sócios e a outros compatriotas. Ainda assim, os portadores de doenças infectocontagiosas continuaram a se valer do São Cristóvão, uma vez que o Hospital Português não os aceitava” (BARRETO, 2005, p. 196).

tinham as “janelas” que as permitiriam ir da fase da intuição para a do raciocínio lógico, o que para Darwin era uma desvantagem evolutiva” (p. 55).

3.2 Cirurgias obstétricas e controle da sexualidade

Dentre ações que envolveram a medicina obstétrica do século XIX na Bahia, encontramos não somente o discurso de inferiorização do corpo feminino, mas também certa apologia a uma gama de intervenções cirúrgicas e receituários para internações de mulheres em hospitais. Entre os anos de 1833 à 1940, Rohden (2008) encontrou na FMRJ, 182 teses médicas que faziam referência à extirpação de ovários como solução, ainda que secundária, para problemas mentais das mulheres. Esta autora revela que na Paris do século XIX, “segundo Picqué e Febvre, 89% das loucas internadas no asilo Évrard sofriam afecções ginecológicas” (p. 137).

Já entre as teses da FMB (de 1840 e 1928), encontramos 56 trabalhos com os seguintes temas: cirurgificação do útero, ovário, períneo e cirurgias durante o parto. Especificamente, a retirada de ovário (ovariotomia) no Brasil foi praticada pela primeira vez em 1839 e outra vez em 1865, realizada pelo Dr. Vicente Cândido Figueira de Sabóia, no Rio de Janeiro.

A partir de 1866, diversas teses sobre ovariectomia começaram a surgir na FMRJ, e numa delas, em 1873, o Dr. José Rodrigues dos Santos Filho afirmou que a ovariectomia nasceu na tentativa, por parte de um pai, de coibir os desejos sexuais da filha, por meio da castração. Diversos médicos estiveram também envolvidos em outros abusos cometidos como castração e cliteridectomia, visando eliminar os “excessos sexuais” femininos.

“A tese de Miguel Archanjo da Silva (1873) é mais explícita ao dizer que se empregava a ovariectomia para coibir a sensualidade de certas mulheres debochadas” (ROHDEN, 2008, p. 136). Esta tese, denominada *Ovariectomia*, citou as estatísticas do médico inglês, Spencer Wells, para indicar o sucesso desta operação, assinalando que entre “as quinhentas ovariectomias praticadas pelo ginecologista inglês, a mortalidade

tinha sido de ‘apenas’ 25,4%, número que Silva considerou bastante satisfatório” (pp. 136-137).

Em suma, os doutores vinham recomendando cirurgias dos genitais como tratamento para a alienação mental “que tinha a exacerbação do desejo como uma de suas possíveis manifestações” (p.139).

Na Bahia, a tese do Dr. Jonathas Barcellos⁸⁴, de 1883, estudou as indicações de ovariectomia. O Dr. Barcellos alegava que essa cirurgia tem origem no pedido de alguns reis em castrar suas mulheres para mantê-las bonitas, e a pedido de um pai que devido à “conduta devassa” de sua filha justificou a ação castrá-la. Na parte introdutória da tese, o Dr. Barcellos afirma que as causas de tumores no ovário poderiam derivar do “excesso de coito”, “desejos sexuais não satisfeitos”, “partos frequentes” e de grandes “impressões morais”. Este médico ainda chamou a atenção dos demais médicos que não praticavam “muito” a ovariectomia, assim os recriminando: “seja-os permitido lançar uma censura aos cirurgiões brasileiros, que, habilitados para praticar a ovariectomia, não o tem feito por temor, dando a entender ao estrangeiro que nós vivemos completamente alheios ao constante progredir da ciência” (p. 28).

Alguns doutores dissidentes eram contrários, no entanto, ao que se designou chamar de “cirurgia de castração feminina”, pois avaliavam que ela implicava na esterilização da mulher, na perda do desejo sexual e na aquisição de características masculinas. O julgamento central de oposição à ovariectomia, que partia também das feministas, era de que ela comprometia a vida materna, o casamento e descapacitava a mulher de sua função reprodutiva. No contexto europeu, os franceses se mostravam críticos à ovariectomia e a Academia de Medicina de Paris, em 1857, declarou-se oficialmente contra o procedimento, o que foi diferente entre britânicos e brasileiros (FREITAS, 2008).

Tanto a ovariectomia quanto a histerectomia geraram controvérsias relacionadas às suas indicações. A oposição a elas tinha base num discurso de justificação patriótica, que abrigava a questão da esterilização feminina. A linha de raciocínio pautava-se na

⁸⁴ Título da tese: *Considerações acerca das indicações da ovariectomia.*

impossibilidade de procriação das “mães” (LUZ, 1997) e da “nação”, e não nas implicações físico-psicológicas de cirurgias desnecessárias e riscos para as mulheres.

Com o passar do tempo, no início do século XX, começou a haver mudanças do ponto de vista médico a respeito dessas cirurgias. Alguns discorriam a tese de que a castração útero-ovariana alterava o apetite sexual das mulheres. A nova opinião, defendida pelo Dr. Vieira Souto, em sessões da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, corroborou a ideia de que a produção de secreção do óvulo e do ovário contribuía para toda economia do corpo feminino, o que ocasionaria maior saúde física e mental para as mulheres. Ou seja, as cirurgias de extração passaram a ser rediscutidas sobre o prisma da importância das reposições hormonais em mulheres castradas. Assim, as insuficiências ovarianas e uterinas e a necessidade de reposições hormonais forneceram a base para criação, na década de 1930, de uma nova especialidade médica, a endocrinologia (FREITAS, 2008).

A tendência à cirurgificação do corpo feminino na Bahia vai se manifestar também nas cenas de parto, o que era demonstrado pelos dados de 1924, onde, dos 849 partos realizados na Maternidade Climério de Oliveira- MCO, 708 foram partos naturais e 141 artificiais, “nos quais se empregaram todas as operações obstétricas, das mais simples e fáceis as mais difíceis e complicadas”.⁸⁵

Por essa estatística, não se pode afirmar se seguidamente ao parto os médicos estavam realizando ovariectomias e histerectomias, mas, quando 17% dos partos foram seguidos de cirurgias obstétricas, havia uma clara demonstração do nível progressivo de concepções médicas mais interventoras sobre o corpo das mulheres.

De 1910 a 1927, na nova Maternidade Climério de Oliveira, dos 5.003 partos realizados, 557 foram partos artificiais, ou seja, com auxílio de instrumentos ou cirurgias (AMARAL, 2005).

Havia também um progressivo número de cirurgias ginecológicas acontecendo, como vemos na relação anual de cirurgias do Hospital da Santa Casa, onde se faz referência à 1.275 cirurgias ginecológicas no ano de 1925:

⁸⁵ ARAGÃO – *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924, 1940.*

Figura 11 Movimento da Sala de Banco do Hospital Santa Izabel, 1925.

Hospital Santa Izabel				
Movimento da Sala do Banco				
Anno de 1925				
DESIGNAÇÃO	HOMENS	MULHERES	CREANÇAS	TOTAL
Curativos simples . . .	21.069	9.583	1.620	32.272
Curativos urgentes . .	30	26	22	78
Operações	889	666	350	1.905
Fracturas	15	12	26	53
Luxações	3	10	8	21
Vias urinarias	707	302	200	1.209
Gynecologia	×	1.275	×	1.275
Extracção de dentes . .	1.530	1.789	675	3.994
Consultas medicas . . .	9.538	11.329	2.569	23.436
Somma	33.781	24.992	5.470	64.243

Bahia, 2 de Janeiro de 1926.

DR. OCTAVIANO R. PIMENTA
Medico Director do Serviço.

Fonte: Acervo Jorge Calmon

Em relatório realizado na Maternidade Municipal do Rio de Janeiro em 1882, “dos 47 partos realizados, 7 sofreram intervenções, seja com uso de fórceps ou de manobras obstétricas – os demais foram considerados naturais” (BARRETO, 2016, p. 400), o que significam 17,5% dos partos.

Outrossim, ao oferecer um curso particular, em 1858, o professor da FMB, Dr. José Affonso Paraíso de Moura, assim o intitulou: *Curso de Operações e Partos*, associando tais assuntos como próximos e relacionados.

Em 1860, o também professor da FMB, Dr. Antônio Januário Faria, afirmou que:

O curso de Obstetrícia entre nós é de todos o que mais urgentemente reclama o preenchimento de certas condições para seu aperfeiçoamento, visto como nos falta o essencial, isto é, uma sala especial destinada á Clínica de partos, onde os estudantes não só aprenderão a reconhecer praticamente as differentes apresentações, e posições do feto, **mas também se exercitem no importante ramo da Obstetrícia operatória**, que ainda infelizmente é aqui explicada e feita somente sobre o manequim, o que na Sciencia é hoje uma verdadeira irrisão (*Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1859. p. 25*).

Outro exemplo é o do médico da FMB, Dr. Francisco Romano Souza, que em 1865 descreveu uma cirurgia, hoje em desuso, denominada symphyseotomia, que fora

praticada durante “partos difíceis”. Ela consistia em um procedimento cirúrgico onde a cartilagem da sínfise púbica é dividida para alargar a pelve. Apesar de protestar energicamente contra “tão perigosa e desumana operação” (p. 8), o Dr. Francisco Romano a descrevia como procedimento realizado por colegas médicos parteiros. Esta operação tinha o intuito de salvar a mulher e o feto, mas as estatísticas apresentadas demonstravam que de “41 mulheres submetidas à secção pubiana, 14 sucumbiram e 28 meninos morreram” (p. 8). Além disso, os parteiros a realizavam em todo e qualquer grau de estreitamento da bacia.

Na tese da primeira médica brasileira formada, Dr^a Rita Lobato, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia em 1887, foi apresentado um balanço histórico do contexto de cirurgias femininas, especificamente, as cesarianas, e esta médica fazia o seguinte comentário: “o abuso foi tal que levou Scipião Merunia a dizer que se praticava a hysterotomia com a mesma facilidade com que se sangrava na Itália”, chegando-se “a praticar essa operação algumas vezes, sem indicação racional” (p. 5).

O Dr. José Teixeira Bacellar, que defendeu sua tese na FMB em 1845, sob o título: *As operações sigautiana e cesariana*, acreditava que a cesariana era uma cirurgia que oportunamente aplicada gerava bons resultados. Porém, existiam muitos médicos entusiastas que abusavam dela e os que a praticavam inutilmente, além do fato de muitas serem realizadas sem necessidade, em mulheres que podiam parir naturalmente (BACELLAR, 1845).

Em outra tese, de 1889, da FMB, intitulada *Paralelo entre methodos preconizados na operação cesariana*, o Dr. Caetano Galeão afirmava que o médico precisava apelar aos sentimentos maternos da mulher que apresentasse vícios na conformação da bacia e não pudesse ter um parto pelas vias naturais, pois convencer a mulher a realizar uma operação cesariana era muito difícil, sendo este procedimento geralmente recusado (LUZ, 1997).

Chama atenção, nesse caso, o que se denominava de “vício de conformação da bacia”, pois atualmente é conhecido como “desproporção cefalopélvica” (DCP), quando o diâmetro da cintura pélvica da parturiente é menor que o diâmetro cefálico do feto, porém, esse diagnóstico é evolutivo, só pode ser dado a partir da observação da evolução do trabalho de parto e, geralmente, manifesta-se como um segundo estágio do trabalho de

parto mais prolongado. Porém, o que o Dr. Caetano Galeão dá a entender é que antes mesmo de decorrida a evolução do trabalho de parto, já se poderia dar o diagnóstico da DCP e tentar convencer a mulher a realizar cesariana.

A tese do Dr. Ermínio César Coutinho, da Faculdade de Medicina da Bahia, de 1858, intitulada *Quais as circunstâncias que justificam a provocação do aborto (...)* *Como reconhecer em que circunstâncias houve o aborto?* indicava que, em caso de DCP, a hysterotomia, symphysiotomia, embryotomia ou a cesariana, eram medidas imperiosas (BRENES,1991). Significa dizer, portanto, que muitas mulheres teriam tido diagnósticos antecipados e teriam realizado intervenções cirúrgicas sem antes mesmo saberem a necessidade disso; procedimentos cirúrgicos provavelmente impensáveis para as parteiras. Há que se dizer que a cesariana desnecessária é diferente da histerectomia e ovariectomia desnecessárias, no entanto, estão todas no bojo de certa permissividade e intervenção sobre os corpos femininos. A cesariana desnecessária é considerada atualmente uma das práticas indicativas da violência obstétrica.

Informações fornecidas pelo Prof. Egas Carlos Moniz, autor da *Memória Histórica* da FMB de 1877, afirmavam que o Barão de Itapoan, professor universitário e parteiro em Salvador, relatou:

Para o diagnóstico das apresentações e posições do feto, utilizei-me também do manequim; assim como para o estudo do mecanismo do parto natural, o que é de vantagem inconcussa na prática; pois que, sem ter-se gravado no espírito semelhante estudo, toda intervenção obstétrica é intempestiva, porque, além das condições reclamadas para a execução das operações obstétricas, isto é, o estudo da dilatação do orifício uterino, e diagnóstico da apresentação ou não no canal pelviano, a boa ou má conformação da bacia, **é também necessário que o parteiro conheça o mecanismo do parto natural ou os processos que a natureza emprega em semelhantes partos, pois que sobre eles modelam-se os que executa o parteiro**, o qual é por este meio imitador da natureza, substituindo-a em qualquer circunstância anormal que complique o parto (p. 19) (*Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, 1940, p. 224).

Vemos, pelo relato do primeiro médico parteiro baiano e professor da FMB, que as intervenções obstétricas eram a tônica da medicina universitária no século XIX, e que dificuldades e problemas referentes ao parto eram descritos como condições repetidas e

mais propícias. De tal modo era a ideia consagrada de “intervenções”, que o parto natural se tornava “necessário também ser de conhecimento dos alunos” (ver **anexos 6 e 7** relativos à ementa do curso de medicina no sexto ano, à parte específica sobre obstetrícia e à matérias ofertadas no curso livre de obstetrícia da FMB).

Para compreender as intervenções durante o parto, há que se consultar um conjunto extenso de bibliografias médicas, que aos poucos vão ajudando a compreender mudanças de paradigmas neste sentido. Com a segunda reforma do ensino na Faculdade de Medicina da Bahia, de outubro de 1832, por exemplo, desdobrou-se a cadeira *Instruções Cirúrgicas, Operações e Obstetrícia* em duas: a primeira intitulada *Operações e Aparelhos*, e a segunda *Partos e Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas e de Meninos Recém-nascidos*. Nota-se que a cadeira de obstetrícia aparecia em conjunto com a de cirurgia.

Com a aproximação dos novos cientistas da antropologia (ciência nascida no século XIX), “diferenças” e classificações do lugar de cada gênero e espécie na natureza foram reforçadas, com base numa suposta “evolução”. Neste sentido, aos homens foram inculcadas características de sujeitos com funções intelectuais, o que ficou evidente na divulgação de pesquisas sob medidas do crânio e tamanho do cérebro masculino. Já às mulheres prevaleceu a definição de seres dominados por funções sexuais, susceptíveis moral e fisicamente às influências de órgãos do aparelho reprodutor (ROHDEN, 2002).

De acordo com Simone De Beauvoir (1980), aqueles “cientistas” esquadrinharam comparações matemáticas entre organismos masculinos e femininos na busca por suas capacidades funcionais e “pareceu muito importante saber se o peso médio do encéfalo feminino é ou não menor que o do masculino (p. 53).

No início do século XX, a tese doutoral *Ensaio sobre a Criminalidade da Mulher no Brasil*, da médica psiquiatra da Faculdade de Medicina da Bahia, Nise Magalhães, inspirada nos compêndios de Cesare Lombroso, assim propagou: “Influiria ainda para a pequena frequência de desvios físicos na mulher, a sua maior estabilidade orgânica, observada já no elemento feminino de toda a escala zoológica” (MAGALHÃES, 1926, p. 43). De acordo com muitos médicos do período, as mulheres possuíam um cérebro mais fraco, portanto, uma maior participação feminina nas questões sociais e públicas do Estado as levariam ao esquecimento da sua “nobre missão”- a maternidade- e, caso se

distanciasses dela, pesaria a culpa pelo abandono do lar e dos filhos, o que significaria a ruína da família (LUZ, 1997).

Esse valor também foi de grande importância para a construção de outra representação da mulher muito divulgada pelos cientistas e intelectuais do final do século XIX: a mulher-criança. Nesse sentido, Castro se esforça para mostrar, por meio de vários gráficos, as curvas do crescimento cerebral para homens e mulheres. A linguagem dos números é traduzida como evidência de que desde o nascimento a mulher apresenta um volume cerebral inferior, encerrando a curva por volta dos 20 anos com um valor aproximado ao volume cerebral de um menino de dez anos. Destes dados, Castro completou sua conclusão: “a mulher tem menos cérebro que o homem e menos cérebro que um menino de dez anos”, ou de forma mais concisa, “a mentalidade da mulher é a mentalidade de um menino” (1893: 98). Nem Schopenhauer teria expressado melhor a inferioridade cerebral feminina, uma ideia muito divulgada nos textos científicos e na literatura da época (MARTINS, 2004, p. 252).

As novas ciências do século XIX, desse modo, sejam nas humanidades ou ciências da vida, prestavam o papel de atestar que o ciclo biológico feminino era potencialmente mantenedor de instabilidades, fragilidades, inferioridades e que poderia conduzir mulheres a crimes, degenerações, etc.

O excesso de cirurgias “castradoras” que removiam clitóris, úteros e ovários são reflexos diretos desse panorama ideológico movido pelo avanço científico-universitário sobre as mulheres; a masturbação, o parto, o clitóris e o sexo em geral passaram a ser percebidos como fontes de problemas e inquietações. (BRENES, 1991) (TORNQUIST, 2004).

Na medida em que os cientistas se dispunham metodicamente a buscar controle e regulação da sexualidade feminina, provocavam uma verdadeira histerização do corpo, termo cunhado por Foucault, insinuando noções de desvio e patologia. E neste contexto, se afirma que a produção do saber médico científico sobre as mulheres é inseparável da produção do imaginário do século XIX, permeado por religião, moralidade, regulação e machismo (MARTINS, 2004).

Em meio às tendências científicas de análises e artifícios cirúrgicos nos corpos femininos, há que se falar do encontro entre a obstetrícia e a ginecologia⁸⁶ no século XIX, pois, apesar de muito inspirada nos conhecimentos da obstetrícia, a ginecologia mais se especializou no campo da cirurgia abdominal feminina e da extração dos ovários (ovariotomia) e do útero (histerectomia). Ela inaugurou descobertas relacionadas à febre puerperal, cesariana, anestesia e adotou novas medidas de assepsia; cenário que também contribuiu para sua consolidação no século XIX, a princípio em países como França, Inglaterra, Escócia e EUA.

Os cirurgiões haviam escolhido a ginecologia como especialidade preferida, pois, qualquer complicação poderia ser resolvida com cirurgias de retirada de órgãos (ablação/ovariotomia, histerectomia, por exemplo), muitas vezes órgãos em perfeito estado (FREITAS, 2005).

Para o Dr. Fernando Magalhães⁸⁷, isso soava contraditório, já que nessa época os recursos para tratamento de pequenas lesões estavam se multiplicando com a ajuda da química, da física e da biologia, e reduzindo a necessidade de mutilação completa de órgãos. Desse modo, ele caracterizou o cenário como “uma prática comercial de mutilação das vísceras femininas” (FREITAS, 2005, p. 59).

A inauguração da primeira maternidade na Bahia⁸⁸ proporcionou homenagens a este professor que teve “a feliz e lúcida inspiração, francamente aprovada pela Directoria da Faculdade, de fundar na Maternidade, um pensionato especialmente destinado a tratamentos e **operações cirúrgicas** em mulheres”. Este pensionato cirúrgico nasceu, inclusive, como forma de angariar fundos para equilibrar as contas da maternidade.⁸⁹

Em seu estudo sobre a medicina lusitana, Barreto (2005) é categórica ao afirmar que “por volta de 1750, o parto começou a se converter em uma categoria da cirurgia que

⁸⁶ Na Faculdade de Medicina da Bahia, a ginecologia só se institucionalizou enquanto disciplina autônoma em 1911 (Decreto 8.659).

⁸⁷ CF: MAGALHÃES, Fernando. A obstetrícia e a ginecologia no Brasil (Balanço de um século). *Revista de Ginecologia e d' Obstetrícia*, n. 09, set. 1922.

⁸⁸ A Maternidade Escola foi criada pela lei de 28 de abril de 1854. Mas, apenas em junho de 1904, deu início às obras, que vieram a terminar em fins de 1908, e foi inaugurada em outubro de 1910, no endereço do Largo de Nazareth, Praça Almeida Couto, entre a rua Cabral e a rua do Limoeiro, Salvador-BA (*Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao Ano de 1909-1910*. FILHO, José Eduardo Freire de Carvalho, 1913).

⁸⁹ *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, 1940, p. 234.

deveria ser praticada por cirurgiões-parteiros, treinados em obstetrícia” (p. 124). O médico baiano, da FMB, Dr. Manoel de Sá Gordilho, em 1882, constatou em sua tese⁹⁰ que as operações obstétricas foram criadas por homens parteiros, e assim citou o nome de 16 parteiros cirurgiões.

Para Barreto (2007), “os cirurgiões⁹¹, excluídos da profissão médica até o século XVII, precisavam de um mercado para competir com os doutores e, assim, optaram pela parturição” (p. 221). Os novos conhecimentos anátomo-fisiológicos e o uso de tecnologias alheias ao universo das parteiras também se constituíram no diferencial entre cirurgiões, médicos e parteiras. Apesar da segmentação entre medicina e cirurgia, onde alguns consideravam que a medicina tinha por fim o tratamento das moléstias internas e a cirurgia das moléstias externas, o Brasil não cultivou as mesmas hierarquias profissionais vivenciadas na Europa entre médicos e cirurgiões. A paridade entre eles nas terras brasileiras era, portanto, visível desde os tempos coloniais (BARRETO, 2005).

Em suma, a história da obstetrícia no ocidente tem origem por volta de 1750, quando a “arte de partejar”, pautada na figura das parteiras, foi oficialmente convertida em uma categoria da cirurgia. Daí por diante, o nascimento foi se tornando um evento controlado pelos homens da ciência, até a mudança da obstetrícia em especialidade médica, em fins do século XIX.

Ainda de acordo com Barreto (2007), “a sedimentação e a legitimação da obstetrícia percorreram lenta trajetória e apoiaram-se na mudança de atitudes em relação a certos tipos de cognição, operando transformações, tanto na compreensão e avaliação do conhecimento, quanto no sujeito que acompanhava o parto” (p. 219).

Para Rebollo (2006), apesar da cirurgia já ter grande importância desde a medicina hipocrática grega (séc. V a.C.), os tratados mais antigos se dirigiam fundamentalmente às condições ortopédicas (luxações, fraturas e articulações), curativas (feridas, fístulas,

⁹⁰ Tese: *Considerações acerca das operações obstétricas mais preconizadas*

⁹¹ A disputa entre médicos e cirurgiões foi finalizada com o aprendizado “ao pé do leito” do paciente, quando após a morte do paciente foi instituída a obrigatoriedade de autopsiar o cadáver. Com a Reforma de Passos Manuel, em 1836, em Portugal, as Escolas Régias foram transformadas em Escolas Médico-Cirúrgicas, e pôs fim, pelo menos ao nível da formação acadêmica, nas diferenças entre médicos e cirurgiões (BARRETO, 2005).

úlceras e hemorroidas) e evacuantes (abscessos, pústulas, trepanação e nefrostomias)⁹², e não a condições “quaisquer”, supérfluas ou dispensáveis.

Os saberes médicos formais sobre o que se compreendia chamar de ciência feminina, tiveram, em grande parte, maior expansão pela chegada de espaços e hospitais destinados às mulheres. Era um momento de especializações e divisões do campo da medicina, onde ginecologistas e obstetras procuravam demarcar ideias diferenciadas.

Justamente no interior das primeiras escolas de cirurgia, que se tornaram academias e depois faculdades de medicina, foi que doutrinas e polêmicas iriam se disseminar. A necessidade de consertar o que já nascera defeituoso (o corpo feminino), cirurgificar/mutilar, tocar, medicar, experimentar, manobrar e internar em hospitais, proliferou-se como imperativo de cientificidade e cura. Em 1862, o diretor da Faculdade de Medicina na Bahia reclamava a ausência de um espaço para receber parturientes, visto que o parteiro não podia, na prática, “exercer as manobras” ou “fazer o toque”⁹³, ou seja, intervir sobre o corpo grávido.

É necessário destacar que antes do advento da anestesia e da assepsia, era perigoso intervir no corpo de maneira cirúrgica, pois, sobrevinha do pós-operatório muitas infecções, dores e a grande maioria dos (as) operados (as) morriam⁹⁴. A cirurgia era praticada nas residências dos (as) pacientes, nas instalações do leito ou na mesa de refeições; os cirurgiões operavam com instrumentos enferrujados, sem luvas ou aventais, com a própria roupa do corpo, semelhante a uma necropsia. Mesmo em 1846, quando as operações passaram a ser mais indolores graças a utilização do éter inalado (1840) e do clorofórmio em máscara (1847)⁹⁵, o risco persistia.

Porém, em fins do século XIX, as pesquisas de Louis Pasteur (França, 1822-1895), sobre os micro-organismos do ar atmosférico, bem como as recomendações de Joseph Lister (Inglaterra, 1827-1912) sobre a desinfecção das mãos do operador e de seus

⁹² Ao tratar do domínio de técnicas de cirurgia na Grécia antiga, espéculos vaginais são citados (REBOLLO, 2006, p. 63).

⁹³ Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao ano de 1862. SEIXAS, 1863.

⁹⁴ Apesar da falta de estrutura da Faculdade de Medicina da Bahia, os médicos mantinham-se bem informados sobre as atualizações da ciência médica europeia e, em 1848, a analgesia já era conhecida no Brasil (AMARALA, 2005, p. 36).

⁹⁵ O primeiro introdutor mundial do clorofórmio na anestesia é *Sir* James Young Simpson (1811-1870), professor de obstetria em Edimburgo (SAYD, 1998, p. 71).

instrumentos (1867), transformaram progressivamente a cena operatória (SANTOS FILHO, 1966).

Na prática, entretanto, em outubro de 1907, a *Revista Gazeta Médica da Bahia* publicou um artigo sobre operações de laparotomia⁹⁶, em que demonstrava que a técnica asséptica era empregada ocasionalmente: “nossas intervenções abdominais têm sido invariavelmente praticadas sem luvas e sem máscara. Só fazemos uso de luvas nas laparotomias precedidas de intervenção no aparelho genital ou no reto [...] não é nossa intenção censurar os que adotam em suas intervenções a luva com material diverso do que usamos em nossa prática. [...]” (*Revista Gazeta Médica da Bahia*, outubro, 1907, p. 176).

Em linhas gerais, observa-se que o contexto histórico de análise da violência obstétrica atual, a partir da história da obstetrícia de meados do século XIX e XX, circunscreve-se no comportamento e na ideologia biomédica que se consolidou sob fortes tendências cirúrgicas e de diferenciação de corpos. Estes elementos também foram fundamentais para a percepção dos altos índices de cesarianas e episiotomias realizadas em partos vaginais ao longo do século XX.

Ainda que as mulheres baianas do século XIX pouco tivessem procurado o atendimento do homem médico nas horas de parto, e ainda que as parteiras dominassem o cenário até a década de 40 do século XX (mesmo sem cartas de autorização e sem adentrarem ao espaço acadêmico), todo um discurso intelectual e científico já estava sendo formatado e sua influência seria percebida anos depois.

Mesmo que dificuldades práticas fossem sentidas para a consolidação inicial da obstetrícia acadêmica, como veremos adiante, uma perspectiva teórica “modernizante” já edificava o imaginário médico-moral marcado pelo lugar do feminino.

Para um “bom desenvolvimento da sociedade”, os conselhos médicos do século XIX propagavam o mito do amor materno, do sexo frágil (BRENES, 1991), da histeria por disfunções uterinas (SILVA, 2011), de uma higiene específica da mulher, a proibição do aborto, o enaltecimento da esposa-mãe, da virgem, campanhas em prol da

⁹⁶ Laparotomia é a abertura cirúrgica da cavidade abdominal para fins diagnósticos e/ou terapêuticos.

maternidade, do casamento, prescrições sobre modo de se vestir, o que ler, onde ir, etc. Entre teses universitárias e publicações em jornais e revistas, as mulheres além de serem consideradas frágeis, deveriam abnegar-se de si para cuidar do outro (maridos, filhos, família) e não se desviar.

E enquanto as alvas e loiras eram estigmatizadas de frias, boas mães e esposas, as mulheres negras eram consideradas lascivas, sensuais, com odor intenso, de corpo indisciplinado e mais propenso a comportamentos desviantes (SILVA, 2011). No cotidiano brasileiro, as mulheres negras escravizadas ou livres eram duplamente inferiorizadas, sofriam por permanecerem sujeitas à violência sexual dos “senhores”, por serem obrigadas a servirem como amas-de-leite e pela brusca separação de seus filhos. Racismo e preconceito recaíram com peso maior sobre mulheres de mulheres negras.

Para Simone De Beauvoir (1980), a condição subordinada da mulher foi forjada desde as primeiras filosofias, teologias e religiões ocidentais que, ao colocarem os homens como reis da criação do universo, refletiram também sua vontade de domínio. Os homens buscaram argumentos em Eva⁹⁷, Pandora⁹⁸, etc. No plano material, o código romano, por exemplo, já restringia os direitos das mulheres, estigmatizando-as como imbecis e frágeis, um perigo para os herdeiros masculinos.

Meyer (2005) descreve que na Europa Ocidental, entre os séculos XVII e XIX, emergiu um processo que incorporou e posicionou a mulher como mãe no centro das “políticas de gestão da vida”, o que Foucault chamaria de “bio-política” (um conjunto de tecnologias de saber-poder sobre os corpos, comportamento e sexualidade). A questão moral de um controle padrão da sexualidade feminina se tornou o centro de grandes atenções (LUZ, 1997) e exames de defloramento e arquivos sobre processos jurídicos de atentado ao pudor, se tornaram roteiros comuns no exercício de controle da sexualidade da mulher (LUZ, 1997).

Deste modo, a ciência, menos empírica do que moralista, acabou por editar muitas regras do jogo, misturando sua busca por legitimação social com a definição de

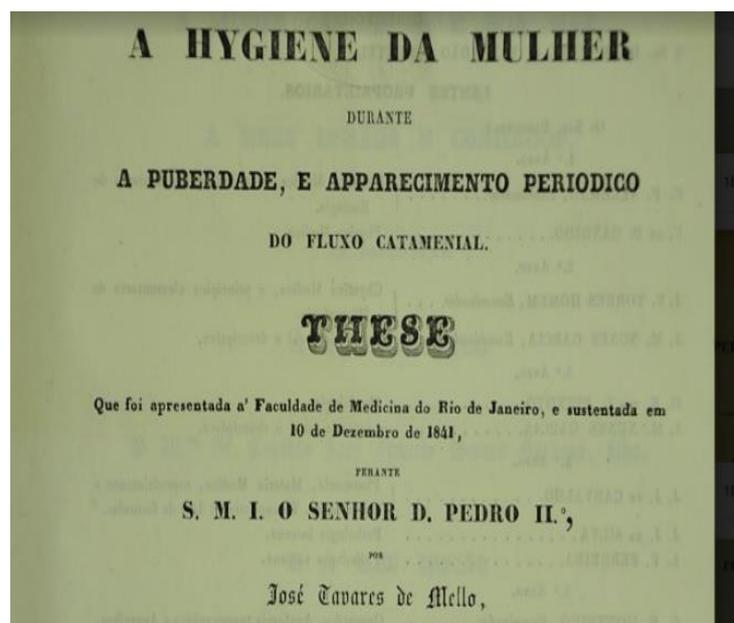
⁹⁷ Nas lendas da bíblia, Eva é a esposa de Adão e a primeira mulher, criada por Deus, porque Adão precisava de uma companheira. Foi criada da costela do próprio Adão e tentada pela serpente à comer o fruto proibido, símbolo do conhecimento do Bem e do Mal.

⁹⁸ Nas lendas gregas, Pandora foi a primeira mulher, criada pelos deuses Hefesto e Palas Atena a mando de Zeus, **que desejava castigar os homens** depois que Prometeu entregou a eles o segredo do fogo.

comportamentos “devidos” às mulheres (FREITAS, 2008). Medidas intervencionistas que regulavam as relações sociais, os espaços interpessoais e a normatização do corpo manifestavam-se em teorias científicas, ganhando relevância ao colocar a mulher num papel civilizador.

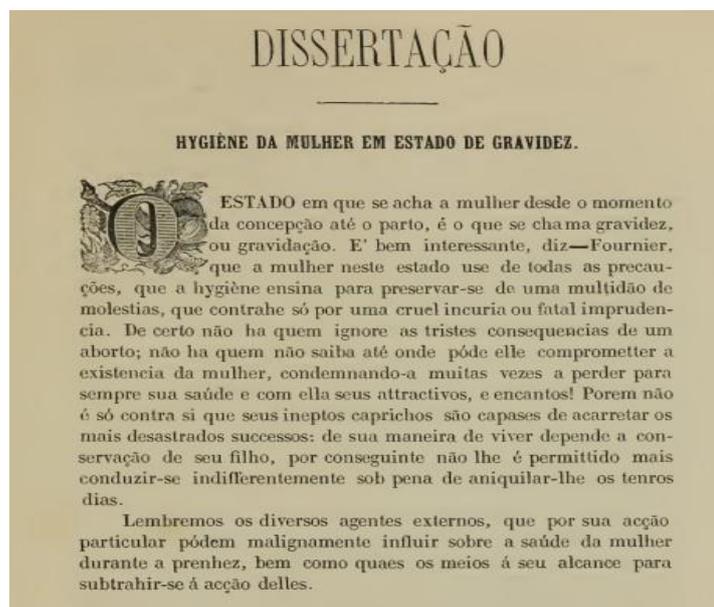
As teses do Dr. José Tavares de Mello e do Dr. Epídio Joaquim Baraúna, defendidas respectivamente na FMRJ e na FMB, em 1841 e 1866, evidenciavam a preocupação com uma higiene exclusiva e particular para as mulheres e esboçavam a ideia de que as necessidades higiênicas não eram de ordem comum a todos os gêneros e, neste caso, as mulheres precisavam de total orientação e tutela médica. Vejamos abaixo as folhas de capa das supramencionadas teses.

Figura 2 Capa da Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – 1841.



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde / Fundação Casa de Oswaldo Cruz.

Figura 3 Capa da Tese da Faculdade de Medicina da Bahia – 1866.



Fonte: Biblioteca Gonçalo Muniz/ Repositório institucional da UFBA.

Como se viu, a história da obstetrícia científica na Bahia esteve carregada de crenças evolucionistas, patriarcais, sexistas, além de guardar apelos à processos cirúrgicos desenfreados em mulheres.

A lógica de diferenciação dos sexos, de patologização do corpo da mulher, de intervenção operatória, de determinismo biológico, de normatização de corpos femininos e de confinamento da mulher, esteve presente em todo crescimento inicial e gerenciamento médico sobre o campo da obstetrícia científica. Seu legado, investido de saber científico superior, estabeleceu categorias e classificações que se refletem ainda hoje na parturição com o termo designado de “violência no parto”, “assistência desumana”, “violência institucional de gênero no parto” e/ou “violência obstétrica” (SOUZA, 2022).

3.3 Implantação da Maternidade Climério de Oliveira

Há que se dizer que a trajetória da obstetrícia científica, moderna, durante os meados dos séculos XIX e XX no Brasil, no entanto, não foi igual às demais áreas

médicas; a obstetrícia conheceu concretamente grandes dificuldades para sua consolidação dentro e fora da Faculdade de Medicina na Bahia. A ausência de investimentos financeiros, descondições de mérito intelectual, escassez de pacientes e certa rejeição por parte das mulheres foi uma realidade de um longo período.

Demonstra-se que a nível teórico, muitos discursos científicos na área da medicina obstétrica acadêmica já estavam ocorrendo, porém barreiras eram ainda sentidas para sua consolidação social, estrutural e econômica. Dificuldades como: **1)** o preconceito devido à noção de que a obstetrícia seria uma área menor da medicina, sem necessidade de esforço científico, pois era exercida originalmente por mulheres parteiras de classes populares (MENDONÇA, 2013); **2)** suspeita e vergonha, por parte das pacientes, da chegada dos homens em cenas de assistência à mulher (CRUZ, 1997); e **3)** desconfiança quanto à ida aos hospitais para parir, pois eram considerados “instituições de mortes”⁹⁹.

Tudo isso despertava receio na população e acarretavam baixos investimentos financeiros governamentais para custear as necessidades que os estudos em obstetrícia exigiam, como espaços para experimentações clínicas, equipamentos, laboratórios.

Em nossa pesquisa, realizada em fontes do Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Bahia¹⁰⁰, para os anos de 1852 a 1855, pode-se verificar que das 824 entradas de mulheres no hospital, apenas 10 entradas se referiram a assistência a partos. Tais dados sugerem uma baixíssima procura de atendimento a partos no hospital comum.

As 10 parturientes encontradas com passagem no Hospital Santa Casa entre 1852 e 1855, eram trabalhadoras da própria Santa Casa, provavelmente negras escravizadas de nações africanas. É muito provável que as trabalhadoras da Santa Casa fossem coagidas a darem à luz naquele espaço hospitalar, visto a enorme coincidência de todas serem trabalhadoras internas.

A autora Lucia Mott (1999), afirmou que “ao mesmo tempo que os cursos excluía as mulheres escravizadas, era principalmente sobre o corpo dessas mulheres

⁹⁹ Hospitais também eram conhecidos como “passagens para o inferno” (SANTOS, 2002, p. 64). No ano de 1876, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Bahia havia registrado 607 mortes, de 2.761 entradas de pacientes (22%) (Relatório Santa Casa de Misericórdia, 1876, p.3). Já no ano de 1877, entraram 2.691 doentes e morreram 533, (20%) (Relatório Santa Casa de Misericórdia, 1877, p. 5).

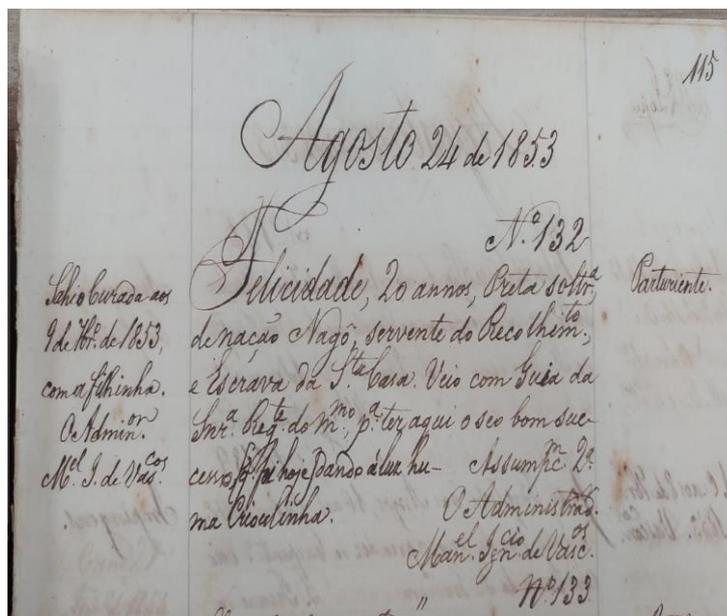
¹⁰⁰ Arquivo do Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Livro 190 de assentos das pessoas (mulheres e homens) que entravam no hospital de 19/10/1852 até 11/10/1855.

(das parturientes escravas, negras livres e pobres) que as alunas do curso de parteiras e os alunos de Medicina adquiriram a sua prática” (p.136).

Abaixo trazemos a imagem do livro de anotação de uma mulher que foi dar à luz no hospital da Santa da Casa de Misericórdia da Bahia em 1853:

“Felicidade, 20 anos, preta, solteira, de nação Nagô, servente do Recolhimento de escrava da Santa Casa. Veio com Guia da senhora Regente do Mesmo, para ter aqui o seu bom sucesso, porque foi hoje dando a luz a uma crioulinha”

Figura 14 Livro de Anotação de mulher entrando no Hospital da Santa Casa para parir.



Fonte: Santa Casa de Misericórdia da Bahia – 19/10/1852 a 11/10/1855 Livro 190 de assentos das pessoas (mulheres e homens) que entraram no hospital.

Nesse mesmo período em Portugal, Barreto (2005) confirma o número de 238 mulheres atendidas no Hospital São José, com indicação de parto. Ou seja, a procura pelo hospital nos meados do século XIX em Portugal, para o caso de dar à luz, era maior do que no Brasil. O parto, de acordo com a autora, era campeão dos atendimentos hospitalares prestados ao longo do ano de 1850 em Portugal, e o perfil das gestantes era da faixa etária entre 16 e 30 anos, predominantemente solteiras, com a principal ocupação

de “criada de servir”. A enfermaria de partos do Hospital São José em Portugal (Enfermaria Santa Bárbara) mantinha 42 leitos, 3 ajudantes e 2 parteiras, e era dirigida por homens médicos.

Por aqui, durante muitos anos a obstetrícia baiana teve enfoque unicamente teórico, utilizando-se de bonecas de simulação para aulas (FREITAS, 2008) (RIFFEL, 2005); e para sanar esse déficit, quase todos os anos o governo enviava médicos ou comissões de médicos à Europa, para que se familiarizassem com o ensino prático. A legitimação social da obstetrícia, portanto, durante grande parte do século XIX e XX, foi um trabalho de construção permanente para os evolvidos.

Uma primeira enfermaria de partos para prática docente na Bahia só foi disponibilizada em 1876, na Santa Casa de Misericórdia, constituindo-se em um quarto pequeno com duas janelas. No Rio de Janeiro, somente em 1884 foi autorizada a instalação de enfermaria para início dos cursos práticos, pois, antes, a Santa Casa se recusava a ceder espaço para o atendimento de mulheres gestantes, acreditando que o serviço seria utilizado apenas por prostitutas (PALHARINI; FIGUERÔA, 2018).

O relatório da Santa Casa de Misericórdia na Bahia assim expressou a criação de uma enfermaria específica para parturientes:

No decurso do ano findo **criou-se a sala de maternidade**, que foi confiada a direção do distinto **parteiro o Exmo. Barão de Itapoã**, que a isto gratuitamente se prestou; e construiu-se sobre uma parte do edifício um andar para a habitação das irmãs de caridade. **A criação da sala de maternidade, há muito se fazia sentir** porque em um estabelecimento em que todas as moléstias encontravam tratamento e cura **só a parturiente não enxergava alívio para seus padecimentos** tanto mais dignos de atenção quanto interessam imediatamente a duas existências. (Relatório apresentado à Mesa e Junta da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Bahia, pelo senhor Dr. Antônio Carneiro da Rocha, 1877).

Apesar da novidade, esse espaço da primeira enfermaria para partos na Bahia, ensejou descontentamentos diversos, por seu baixo valor estrutural. Sobre este assunto, Barreto (2008) expressou a opinião do Dr. Custódio Moreira:

Na opinião do médico Custódio Moreira de Souza Júnior (1886, p. 16), a enfermaria de partos do Hospital da Santa Casa **era um ‘necrotério’ nada atraente para as mulheres grávidas**. Ele descreveu esse espaço como uma sala pequena, sem ventilação, anti-higiênica, que punha em risco a vida da mulher e da criança (BARRETO, 2008, p. 908).

Os dados primários recolhidos na pesquisa desta tese, apontam¹⁰¹ que já em 1886, 15 mulheres estiverem na enfermaria de partos, falecendo 3 delas. E em 1901, foram descritos 45 partos.¹⁰² É perceptível o panorama ainda muito tímido de mulheres que iam parir em instituições hospitalares na Bahia do século XIX.

De acordo com dados¹⁰³ de Barreto (2005), poucas foram as mulheres que apresentaram doenças ligadas especificamente ao biológico feminino, ou que procuraram o hospital para dar à luz entre os anos de 1848 a 1851. Dentro de um universo de 950 enfermas, apenas 7 pariram no hospital, sendo que “uma abortou e uma faleceu com gangrena no útero” (p. 226), o que nos leva a crer que as demais pariram normalmente. Em 1850, esse número diminuiu para 1 parturiente. No ano de 1886, entraram somente 15 mulheres durante todo o ano,¹⁰⁴.

Com a falta de investimentos governamentais efetivos e dificuldades de aceitação das mulheres, o desenvolvimento das práticas institucionais universitárias de parturição e assistência à mulher seria ainda muito incipiente no século XIX. O curso obstétrico ou curso de parteira/o funcionava nos anexos ao curso de medicina, tendo duração de dois anos, e o curso de medicina (5 e depois 6 anos) funcionava no prédio da Faculdade de Medicina da Bahia, mas ambos não possuíam espaço para a prática.

Só em 1876, com a abertura da enfermaria para partos na Santa Casa de Misericórdia da Bahia, iniciativa do Professor Adriano Gordilho (Barão de Itapuan), os experimentos acadêmicos se consolidariam com mais preponderância:

¹⁰¹ A maior causa das entradas hospitalares estava ligada à doenças mentais em mulheres, e a segunda maior causa à tuberculose (análise do arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia – 19/10/1852 a 11/10/1855 (3 anos), nos livros de assentos das pessoas (mulheres e homens) que entraram no hospital.

¹⁰² *Relatório da Santa Casa de Misericórdia*, 1886 e 1901.

¹⁰³ sobre o Hospital São Cristóvão

¹⁰⁴ Dentre as 15 parturientes em 1886, faleceram 3. “Nasceram 12 crianças, 3 tiradas mortas e 9 vivas; destas faleceram horas depois de nascidas 6, e sobreviveram 3, das quais 2 saíram em companhia de suas mães e 1 foi levada para a roda do Asilo dos Expostos”. (*Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1886, p.56*).

A Provedoria da Misericórdia abriu no anno passado em um a sala de seu hospital uma enfermaria de partos, que, muito bem inspirada, entregou á direcção do nosso hábil collega, o digno Professor de Partos, o Sr. Barão de Itapoan. Pois bem. **Apezar da reacção do fanatismo que parece querer fechar as salas de clínica ás parturientes**, o ensaio vai dando útil resultado, pelo que nos cabe animar aquella reforma, importante em todos os sentidos (*Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, 1940, p. 222).

Há que se dizer que o Barão de Itapoan, em 1876, com essa primeira enfermaria de partos na Santa Casa de Misericórdia, denominada de Enfermaria Santa Isabel, foi o primeiro a imprimir uma feição clínica e prática à disciplina de *Obstetrícia* na FMB.

Com a transferência, em 1893, do Hospital da Santa Casa para o novo e vasto edificio, para elle expressamente construído no Largo de Nazareth, onde recebeu o nome de Hospital Santa Isabel, **melhoraram sensivelmente as circunstâncias para os diversos serviços clínicos, inclusive o aqui ligeiramente historiado, mas, assim mesmo, não ainda de modo satisfatório** (*Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, Gonçalo Moniz Sodré de p.227).

Mas, 34 anos após a primeira enfermaria de partos na Bahia, inúmeras campanhas de valorização da obstetrícia universitária e de um espaço específico para partejar, foram capazes de edificar o prédio de uma primeira maternidade Baiana. Sua construção durou aproximadamente sete anos, e foi inaugurada em 1910. O professor e fundador da maternidade, Dr. Climério de Oliveira permaneceu como diretor até 1914, sucedendo-lhe o Prof. Dr. Menandro dos Reis Meirelles Filho.

Para conhecer a estrutura física na inauguração da MCO, ver **anexo 8**.

Figura 45 Foto da Maternidade Climério de Oliveira.

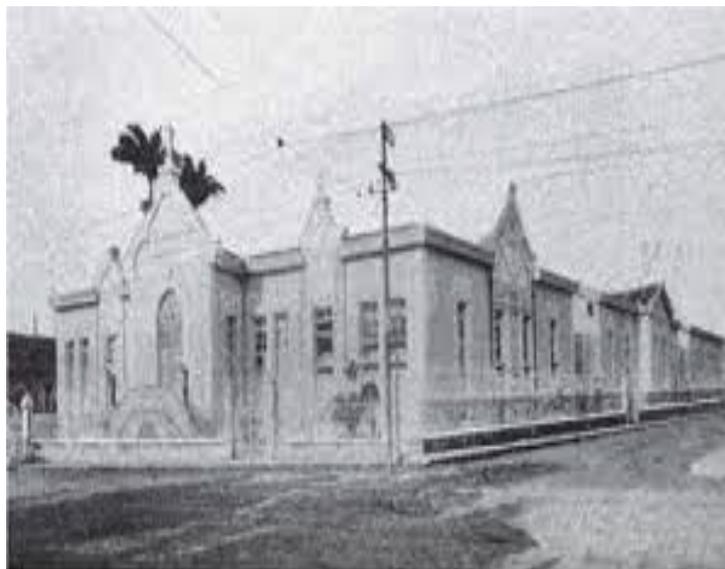


Figura 2: Detalhe da propaganda da Maternidade publicada na revista *Sócio Médico*, 1918, p.17-18

Fonte: Arquivo Geral da Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, Terreiro de Jesus.

Um discurso muito corrente nos círculos de debate e divulgação de ideias médicas em prol da abertura de um hospital-maternidade foi a filantropia. A motivação filantrópica utilitarista da medicina acadêmica em “servir” à sociedade e praticar a filantropia, fez com que “as maternidades pensassem a atender dois tipos de clientela: mulheres pobres e mulheres indigentes, cujos partos normais ou dificultosos serviam muitas vezes para o estudo clínico de estudantes de medicina e parteiras” (AMARAL, 2005, p. 48).

Entre 1909 e 1927, a maioria das atendidas pela Maternidade Climério de Oliveira era formada por pretas e pardas (85%), seriam essas escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres. De acordo com Santos (2019), “os corpos das mulheres que pertenciam à camada social mais baixa, que em sua maioria eram de cor e tinham em seu passado a marca da escravidão, deveriam ser controlados” (p. 116).

Segundo Barreto (2011), a Maternidade ProMatre, inaugurada em fevereiro de 1919 no Rio de Janeiro, tinha a finalidade de prestar assistência às mães e crianças dos grupos sociais menos favorecidos, e foi com a iniciativa do médico filantropo Fernando Magalhães, que sua criação se inseriu em um movimento de assistência materno-infantil conhecido como ‘projeto maternalista’. No discurso de abertura da Maternidade-Escola

Climério de Oliveira na Bahia, em 1910, também vemos explicitamente a filantropia como uma justificativa de base:

E essa obra admirável e da mais alta utilidade, dest'arte levada a cabo, não podia deixar de grangear-lhe a justa sagração, que effectivamente lhe foi conferida, — de um dos maiores beneméritos, não só desta Faculdade, sinão também do nosso Estado, attenta a dupla finalidade da instituição que fundou, — **a didactica e a philantropica**; a dúplici ordem de inestimáveis beneficios que ella veiu prestar, de um lado, ao ensino da obstetrícia na Escola Medica da Bahia, proporcionando-lhe fartamente os elementos para a completa e cabal ministração pratica e clinica, em todas as suas particularidades; de outro lado, **á parte pobre da população feminina desta cidade, offerecendo-lhe perfeita assistência, confortável abrigo e sábios e solícitos cuidados, quando situada na angustiosa emergencia**, — a mais digna de sympathia e piedade e mais carecedora de pressurosos socorros, qual a do penoso desempenho **da augusta e santa missão de dar a vida a novos seres sob o risco imminente do sacrificio da saúde e da própria vida** (*Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, 1940, p. 229).

Muitos médicos parceiros ofereciam atendimento gratuito às parturientes pobres de Salvador, e o próprio Dr. Climério de Oliveira chegou a anunciar seu serviço gratuito à estas parturientes. Para Amaral (2005), “este mecanismo se constituía num elemento atrativo para ganhar a confiança das camadas populares” (p. 26). Porém, com o tempo, por volta de 1915 e 1916, mudanças no perfil das parturientes já eram visíveis: muitas já até pagavam para ter atendimento e recebiam tratamentos exclusivos em cômodos especiais, leitos decorados, fina roupagem, etc.

Na Bahia, com a Maternidade-Escola Climério de Oliveira já em funcionamento, o número de gestantes internadas foi subindo progressivamente, constando que em 1909, 123 mulheres deram à luz; em 1911, com toda campanha pró maternidade, foram admitidas 287 parturientes¹⁰⁵, em 1916 já eram 500 parturientes (AMARAL, 2005); e, já em 1924, foi um total de 852 partos.

¹⁰⁵ *Memória Histórica dos Fatos mais Notáveis do Ano de 1911 da Faculdade de Medicina da Bahia*. JÚNIOR. 1912.

PARTOS REALIZADOS NA MATERNIDADE-ESCOLA	
CLIMÉRIO DE OLIVEIRA	
ANO	QUANTIDADE DE ATENDIDAS
1090	123
1911	287
1916	500
1924	852

3.4 Cassação das parteiras e hospitalização do parto.

Como vimos em capítulos acima, antes da iniciativa científica acadêmica, cura e assistência feminina eram papéis dirigidos hegemonicamente por parteiras¹⁰⁶ no ambiente doméstico das casas. Porém, aos poucos, esse papel foi transferido para homens formados em medicina e para o espaço hospitalar.

Atentos ao disciplinamento de condutas corporais que amplamente reforçavam o tema da submissão feminina¹⁰⁷, os novos homens da medicina e seus “apelos científicos”, tiveram influência direta na saída de posição profissional das mulheres parteiras e na intensificação do movimento de hospitalização do parto durante todo o século XIX, no Brasil (TORNQUIST, 2004). Na ordem de propagação das teorias científicas modernas, o parto “passou a ser difundido como ritual complicado e que não cabia no ambiente doméstico” (MARQUES, 2003. p. 317 *apud* FREITAS, 2006).

Parir adquiriu o status de procedimento arriscado para mães e crianças, e que necessitava de tutela médica e instrumentos novos, com vistas a diminuir seus riscos. Em 1878, o diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, ao relatar a situação do curso de obstetrícia e agradecer à nova enfermaria de partos da Santa Casa de Misericórdia,

¹⁰⁶ De acordo com Lúcia Mott (2005), as parteiras também exerceram diversas funções além de partejar, elas examinavam e alugavam amas-de-leite, eram convocadas como peritas em exame médico legal para verificação de virgindade, data do parto e infanticídio, mantinham casa de parto e ainda se ofereciam para cuidar de crianças.

¹⁰⁷ Francis Bacon, como ideólogo da ciência moderna, chegou a afirmar que a ciência era o domínio do mais fraco, como na relação entre a soberania masculina e da subordinação feminina (MARTIN, 2004).

afirmava ser necessário “conhecer o estado do feto cuja vida pode correr perigo eminente”.¹⁰⁸

Em torno do parto prevaleceu a tentativa eminente de substituir medicina popular pela medicina universitária (BRENES, 1991). Uma desestruturação das “redes de saberes femininos”, que tinham as parteiras como principais personagens, foi o cenário que assim se estabeleceu.

Desconsiderações públicas e estigmatizações negativas às “rodas”, aos “círculos de mulheres”, às parteiras, às comadres, às “pegadoras de meninos” e às “matronas”, eram crescentemente encontradas em jornais e espaços da sociedade. Segundo Barreto (2005), “todos os autores de manuais para parteiras reforçam a importância da sua obra no argumento da ignorância das comadres e na necessidade de ilustrá-las para minimizar o seu papel nocivo junto às famílias” (p. 158).

Em Portugal, desde o século XVI, a parteira veio ocupar a hierarquia mais baixa na escala dos praticantes das artes de curar, e foi esse o sentimento trazido ao Brasil pelos colonizadores nos séculos seguintes. Para eles, o ofício das parteiras não prescindia de laborações intelectivas e, por isso, elas permaneciam classificadas nos estratos mais baixos das atividades de cura.

Desde o Brasil colonial foram fiscalizadas e cobradas a obterem cartas de autorização (profissional e moral), ainda que os cursos de obstetrícia só surgissem séculos mais tarde. Segundo Barreto (2005), em 1832, a escola de parteira na Bahia já era uma realidade que estava subordinada à autoridade de físicos e cirurgiões. Esta historiadora ainda complementa:

Os manuais de obstetrícia dos séculos XVIII e XIX defendiam uma instrução parcial e diferenciada para a parteira, de forma a **mantê-la subordinada ao cirurgião, garantindo assim a divisão do trabalho e do mercado**. A justificativa para a diferença na quantidade e qualidade de informação residia na crença de que as **mulheres não tinham sido dotadas pela natureza para desenvolver certos tipos de cognição** (BARRETO, 2005, p. 146).

¹⁰⁸ *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao Ano de 1877*. ARAGÃO, 1878, p. 20.

De acordo com Costa (2007): “No Brasil de antanho, na Bahia, antiga capital e grande centro econômico, o ofício de parteira era exercido pelas ‘comadres’, ‘curiosas’ ou ‘aparadeiras’, as quais eram geralmente escravas ou negras libertas” (p. 117). Aos poucos essas mulheres foram afastadas e impedidas de exercerem seus conhecimentos médicos.

A “cassada às parteiras” se deu com incriminações ordenadas e trouxera enorme constrangimento às mesmas, fazendo-as recorrerem a cursos oferecidos nas novas faculdades¹⁰⁹ ou abandonarem o ofício por medo de perseguições e punições.

Para Martins (2004), na história oficial da obstetrícia, a chegada dos médicos homens na faculdade, por estarem imbuídos de relevantes estudos anatômicos e científicos, é tratada como resultado de um ímpeto investigador e desafiador do monopólio das parteiras. O investimento financeiro do Estado na formação de cientistas médicos obstetras, nesse sentido, é encarado como um rol de reações ao “massacre de inocentes”, referência à mortalidade materno-infantil que estaria havendo à época em razão da atuação das parteiras.

A construção da Maternidade-Escola Climério de Oliveira, em 1910, na Bahia, por exemplo, foi descrita pelo professor Pacífico Pereira da FMB como “os mais notáveis progressos da arte posta ao serviço exigente da sciencia moderna” (*Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, 1940, p. 230).

No entanto, apesar dos esforços da elite “científica” em marginalizar aqueles saberes femininos antecessores, o domínio da parturição foi um dos últimos e mais difíceis de serem conquistados pela cultura médica. Eram comuns os conflitos entre médicos e parteiras, destacando rivalidades entre o conhecimento institucionalizado masculino e o saber tácito feminino, que configuravam relações de desigualdade de gênero validadas política e socialmente (PALHARINI; FIGUERÔA, 2018).

O processo de investidas aos corpos das mulheres sob o prisma da medicalização e das cirurgias “corretivas” também operou a marginalização de saberes ancestrais referentes à atenção ao parto. Na ordem simbólica, transformou o próprio significado do

¹⁰⁹ ‘Só possível às parteiras alfabetizadas e que possuíam dinheiro e instrução em língua francesa e inglesa,

parto em temor e risco, a fim de justificar e incorporar a atuação dos médicos: “os homens tiveram que reconceituar o fenômeno e trazer para ele um significado diferente daquele que ele tinha nas mãos das parteiras” (ARNEY, 1982, *apud* PALHARINI; FIGUERÔA, 2018).

A eloquência dos médicos na desqualificação das parteiras, tidas como ignorantes e cheias de crendices, ajudou os cirurgiões-parteiros no processo de legitimação da própria profissão, rompendo aos poucos a longa preponderância da autoridade das comadres no ato do nascimento.

Para Barreto (2007), incontestavelmente, havia diferenças quanto à origem do saber entre parteiras e cirurgiões-parteiros. O treinamento destes últimos estava baseado nos conhecimentos dos manuais de obstetrícia e nas exposições anatômicas, enquanto as parteiras aprendiam com a experiência de outras parteiras, sem acesso às exposições anatômicas e à universidade.

Na defesa de um novo nicho mercadológico, a “prática ilegal da medicina”, insulto às parteiras, começou a ser denunciada pelos primeiros médicos e farmacêuticos que iam fazer partos em casa (RIFFEL, 2005). Mas, “por sua vez as parteiras também os denunciavam pela falta de modéstia, pelas condutas intervencionistas e pela violação de seu trabalho” (SANTOS, 2002, p. 58).

No Rio de Janeiro, até a primeira metade do século XX, predominava a atuação das parteiras não diplomadas (MARQUES, 2003 *apud* FREITAS, 2006), porém as perseguições contra elas já vinham ocorrendo desde o século XIX. Uma dessas situações foi relatada por Pimenta (2003):

E foi no intuito de defender o que julgava serem os seus direitos que o **cirurgião aprovado Luis José de Oliveira recorreu a um subdelegado da Fisicatura**, em 1813, **para que punisse Romana de Oliveira por partejar e aplicar remédios sem licença**. Incomodado por sua clientela não ser tão grande quanto poderia, o cirurgião atribuía isso à atuação das parteiras e curandeiras lá pelos lados de São Gonçalo. (PIMENTA, 2003, p. 311).

Diante deste contexto de expansão da medicina acadêmica, a assistência à saúde da mulher foi aos poucos passando das mãos das parteiras para os homens parteiros (cirurgiões formados em cursos obstétricos ou aprendizes) e seus sucessores, os obstetras (médicos formados em faculdade). Não somente na atenção ao parto, mas na saúde da mulher em geral, composta pelo pré-natal, puerpério, doenças ginecológicas, fertilidade, aborto e cuidados com o recém-nascido¹¹⁰, foi cedendo lugar e confiança à figura do médico no ambiente hospitalar, transformando o parto num ato médico (PALHARINI; FIGUERÔA, 2018).

Porém, o estabelecimento da medicalização do parto no Brasil, apesar de ter edificado sua trajetória desde o século XIX, teve este século ainda dominado por elas, as parteiras; somente as famílias mais abastadas contratavam os serviços domiciliares dos médicos parteiros.

De acordo com Flávio Édler (1998), a primeira fase de expansão da medicina acadêmica no Brasil apresentou como ideal vigente a higienização e o sanitarismo, tendo em vista o escopo em prevenir e resolver os problemas que se consideravam advir da insalubridade urbana, do paradigma climatológico e, posteriormente, do paradigma parasitário. Já numa segunda fase, a partir do início do século XX, o objetivo da medicina foi claramente liderar as transformações sociais segundo preceitos racionais e civilizatórios do cientificismo; aos médicos, portanto, coube monopolizar e classificar os saberes sobre o corpo e com o direito e o dever inalienáveis de assistir aos doentes.

É neste contexto de uma agenda sanitarista, confluyente com discursos professorais civilizatórios, que um movimento de abertura de maternidades e extinção dos locais “clandestinos” e domiciliares de parir iriam se encontrar. Alguns episódios reforçaram esta dinâmica como, por exemplo, o progressivo controle da febre puerperal.

A noção de que a febre puerperal havia sido abolida pelo esforço e desempenho dos médicos, pouco a pouco foi retirando a imagem e representação negativa e perigosa que se tinha dos estabelecimentos hospitalares. A imprensa e os periódicos da época

¹¹⁰ As parteiras ofereciam diversos outros serviços incluindo aluguel de amas de leite, tratamento de doenças, consultas, aluguel de quartos, aulas de parto, conselheira, prescrevia medicamentos naturais, realizava tratamentos de doenças genitais, cuidados com bebês recém-nascidos, etc. (BARBOSA, 2016).

foram decisivos para a visibilidade e manutenção de estratégias de convencimento do público leigo.

A “ciência dos partos”, que substituiu a “arte de partejar”, também teve como chamariz para o internamento hospitalar de parturientes nas novas maternidades, a necessidade da presença médica devido ao “fantasma do risco”, provocado por diversos fatores, dentre eles pela febre puerperal. No entanto, na Europa, comprova-se que é justamente após a entrada do médico obstetra nas cenas de parto, ainda domiciliares, que os índices da febre puerperal apareceram e se alastraram a níveis de 10% a 20%¹¹¹.

Inicialmente, a entrada do homem médico parteiro (*manmidwife*) e seus estudantes na arte da obstetrícia produziu elevadas taxas de mortalidade materna, sobretudo nas mulheres de regiões urbanas e de classe média alta, que passaram a acreditar em seus serviços. Pois, os toques obstétricos sem cautela e sem assepsia, com o objetivo de acelerar e controlar o parto, tornaram-se grande fator de infecção e febre, já na fase inicial da obstetrícia científica europeia.

Numa outra abordagem, Santos (2002) salienta que, em 1573, em Frankfurt, as parteiras passaram a ser obrigadas a realizar batismo intrauterino com água benta (não estéril) em seringas, o que conduziu a inúmeras infecções e mortes por febre puerperal. As parteiras que se recusavam a isso iam parar na fogueira da inquisição. No livro *Breves instruções sobre os partos a favor das parteiras das províncias* (1772), do médico francês Joseph Raulin, uma das instruções elementares dirigidas às parteiras era praticar o batismo no ventre interno com água benta ou qualquer outra água na ausência desta, quando houvesse perigo de morte para a criança durante o parto. Segundo a autora Renilda Barreto (2005) “Raulin ocupou muitas páginas do seu manual para tratar do batismo, e parecia apoiar os esforços da Igreja Católica francesa, para quem muitas crianças morriam sem este sacramento” (p. 150), o batismo.

Já em Viena, alguns médicos como Dr. Ignaz Philipp Semmelwies (1818-1865), comprovaram que o surto de febre puerperal que vinha dizimando mulheres estava mesmo nas mãos dos próprios médicos, que após dissecarem cadáveres não lavavam as mãos e tocavam nos órgãos das mulheres, ocasionando dessa forma infecções.

¹¹¹ Estatísticas elaboradas em 1850, na Europa (TORNQUIST, 2004).

Salienta-se, na ilustração abaixo, um exemplo da diferença entre métodos femininos e masculinos de partear; o intervencionismo dos homens médicos em oposição à naturalidade dos procedimentos das mulheres parteiras. Era comum, por exemplo, no histórico de memórias da FMB, a queixa sobre a necessidade de criação de uma maternidade na Bahia, justamente porque, para aqueles médicos, a obstetrícia “demanda longo exercício de toques e manobras”¹¹², ou seja, intervenção.

Elizabeth Nihell, parteira inglesa do século XVIII, defendeu que a arte obstétrica das parteiras tinha como característica “o uso exclusivo das mãos, a paciência e a capacidade de julgar o melhor momento para intervir” (MARTINS, 2004, p. 77). Ela criticou as intervenções com instrumentos obstétricos, que, “em mãos apressadas e inábeis, podiam causar sofrimentos terríveis e danos irreparáveis” (MARTINS, 2004, p. 77). Ao fazer isso, Nihell já alertava para os riscos de intervenções intempestivas causadas pelos cirurgiões parteiros através de seus inúmeros instrumentos.

Figura 5 Caricatura ironizando a condição do homem parteiro e da mulher parteira, simboliza a disputa obstétrica. Pintura de S.W. Fores, Londres 1793.



Fonte: Blog Renata Alcântara Martins. Disponível em: https://issuu.com/renataalc/docs/renataalcantaramartins_tg1/s/10654515. Acessado em: 02/01/2021

¹¹² Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1868. (SAMPAIO, p.14).

Além do método masculino mais invasivo desde o início da assistência à parturiente, a construção das maternidades selaria de vez as relações de predominância do homem nas cenas de parto:

Foi a figura do cirurgião armado com seus instrumentos em luta contra os obstáculos do corpo que se impôs. Os cirurgiões iluministas divulgaram esta imagem, associando a prática obstétrica e o instrumental com a ideia de competência e superioridade em relação às parteiras (MARTINS, 2004, p. 77).

É necessário atentar-se para o fato de que, fontes primárias levantadas por nós, apontam que 98% dos memoriais da Faculdade de Medicina da Bahia, escritos pelos diretores que exerceram seus cargos entre meados do século XIX e meados do século XX, fizeram menção à necessidade de construção de uma maternidade e/ou enfermarias para parturientes na Bahia. As justificativas mais comuns eram: a inadmissibilidade de um ensino sem prática obstétrica e a vontade de ajudar as mulheres, “vítimas, desvalidas” (*Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao ano de 1862*. SEIXAS, 1863).

Além dessas justificativas, a ideia de se combater o aborto e o infanticídio também foram discursos médicos utilizados para impulsionar a transferência da assistência às mulheres para consultórios e hospitais. Divulgava-se que no interior desses estabelecimentos hospitalares, aborto e infanticídio não seriam aceitos e nem cometidos, como se acusava cometerem as parteiras.

Como trabalhadoras da saúde, apesar de terem exercido importante papel na atenção ao parto, as parteiras foram perdendo espaço. Na Bahia especificamente, a primeira Maternidade Escola Climério de Oliveira, recebeu 3 parteiras no início de seu funcionamento¹¹³, porém, não encontramos nenhum relato sobre o trabalho dessas profissionais, o que é deveras simbólico se comparado aos inúmeros relatos oficiais publicados sobre o trabalho de médicos parteiros. De acordo com Brenes (1991), as

¹¹³ uma em 1907, depois 1910 e 1914

parteiras, que por muitos anos já ajudavam famílias aristocráticas na assistência à mulher, não compuseram os novos ambientes hospitalares.

A comodidade do labor médico foi uma outra razão para migração de partos a hospitais¹¹⁴, eles não queriam mais frequentar a casa das pacientes, transportar seus objetos, consumir seu tempo e se envolver familiarmente. O hospital também significava o lugar propício e seguro à realização de experimentos com os corpos (sangrar, cortar, costurar, tocar, mexer), agora isolados em leitos inacessíveis à parentela (SANTOS, 2002).

As clínicas particulares, consultórios ou casas de saúde, dirigidas privadamente por médicos, apareceram no final do século XIX, bem como a maternidade. A primeira maternidade na Bahia foi construída em 1910, Maternidade-Escola Climério de Oliveira – MCO. Já no Rio de Janeiro havia surgido anteriormente, em 1880, a Maternidade Municipal de Santa Isabel, e em 1904, também no Rio de Janeiro, foi inaugurada a Maternidade de Laranjeiras e, em 1919, a Maternidade Promatre.

Especificamente nos jornais de circulação da Bahia, inúmeros foram os convites e chamados públicos para a inauguração da Maternidade Climério de Oliveira, ela é inaugurada como um espaço de grande exaltação social, onde diversos convites em jornais de circulação são divulgados.

¹¹⁴ Alguns médicos eram contrários à criação de hospitais-maternidade acreditando que cada vez mais as especialidades da medicina fragmentavam o conhecimento de uma totalidade sobre o corpo humano (FREITAS, 2008).

Figura 6 Convite público para inauguração da Maternidade Climério de Oliveira, na Bahia.



Fonte: *Jornal Diário da Bahia*, 1910, Bahia.

Para Barreto (2008), em fins do século XVIII e início do século XIX, a própria concepção do nascimento deixa de ser vista como um fenômeno regulado pelas leis da natureza e passa a ser assentada na fisiologia. Neste conjunto, estudos de anatomia, patologia, fisiologia e clínica foram incorporados aos manuais de obstetrícia, onde as próprias parteiras, influenciadas pelo iluminismo e pelo progresso técnico, manifestavam suas percepções favoráveis a algumas atualizações de conhecimento:

Em 1737, a parteira inglesa Sarah Stone, em *A complete practice of midwifery*, reivindicou a arte obstétrica como prática específica de mulheres e percebeu a **importância da instrução das parteiras** para enfrentar a concorrência dos cirurgiões, que começava a se desenhar no panorama das artes de curar. Alertou suas congêneres para a necessidade de se dedicarem mais “ao estudo da arte” e aprenderem a “parte difícil de seu negócio”, pois a “decência” do sexo feminino estava ameaçada por aqueles “jovens cavalheiros ... com a pretensão de que seus conhecimentos excedem o de qualquer mulher, **porque eles viram ou foram a um curso de anatomia**” (Stone, 1737, p. XI *apud* BARRETO, 2008, p. 905).

Com o decorrer dos anos, as mulheres foram sendo “convencidas” por novas técnicas e condições de nascimento, na Bahia, elas chegaram a organizar movimentos de arrecadação de fundos que custeassem a construção de hospitais maternidades.

Uma das pautas das mulheres organizadas no início do século XX em torno do Partido Comunista do Brasil – PCB, seção baiana (1942-1949) e da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, seção baiana, foi a construção da maternidade Climério de Oliveira, como forma de combate à mortalidade materna e infantil (ALVES, 2015); justamente porque o que se divulgava sobre os primórdios da assistência ao parto, era o retrato de condições perigosas e de atendimento precário à vida das gestantes e dos nascituros.

No entanto, a autora Iracélli Alves (2015) descreveu que dentre as investidas do PCB na luta pela emancipação feminina na Bahia, estavam deputados estaduais baianos como Giocondo Gerbasi Alves Dias e Jaime Maciel (1947), que, sem negligenciar as reivindicações das mulheres trabalhadoras, levaram à Câmara Estadual da Bahia um requerimento em defesa da maternidade e da infância, afirmando que cerca de 10% de mulheres morriam de parto na Maternidade Climério de Oliveira.

Ou seja, após a defesa coletiva pela construção de uma maternidade na Bahia, foram denunciadas as condições letais daquele espaço, mas sem necessariamente associá-lo aos problemas do intervencionismo e da violência obstétrica.

Infelizmente não encontramos dados comparativos de morte no parto antes e depois da Maternidade Climério de Oliveira, dentro e fora da gestão hospitalar, porém, denúncias feitas frente à Organização Mundial de Saúde, no final do século XX, evidenciaram que foi justamente a migração dos partos para os hospitais-maternidade as causadoras de inúmeros procedimentos invasivos com consequências entre incidentes fatais, danos e sofrimento às parturientes e recém-nascidos. Os próprios movimentos de mulheres que irão denunciar o intervencionismo e suas consequências médicas no século XX, nunca dantes tinham tido como foco os serviços ofertados por parteiras.

Diante desse cenário, entretanto, não há que se afirmar plausível que a obstetrícia moderna e as maternidades só tenham agravado a situação das mulheres gestantes, visto as dezenas de procedimentos e descobertas importantes para a ciência como: monitoramento preciso da gestação e do trabalho de parto, cirurgia cesariana, extração de ovário, descoberta de métodos antissépticos e anestésicos, fertilização *in vitro*, exame de Papanicolau etc. Porém, não se deve idealizar que todo o conhecimento produzido na medicina obstétrica fora aplicado de maneira correta por seus agentes; as diversas

investigações a respeito da violência obstétrica têm mostrado, de modo específico, onde se impõem os principais equívocos, não pretendendo generalizar tal questão.

Antes do Rio de Janeiro e Bahia, as maternidades já haviam surgido nos EUA, na Inglaterra, na Itália, na França e na Alemanha, em meados do século XIX. Por aqui, a migração dos partos para o ambiente hospitalar (maternidades) só ocorreria em meados do século XX, foi o momento em que as mulheres começaram a sair do domicílio para parir nesse novo espaço de “desenvolvimento do saber científico”.

A promessa de melhores condições de atendimento e segurança, a cristalização da imagem do obstetra como protetor da mulher e a legitimação da ciência como verdade, se tornaram a tônica para atrair gestantes às maternidades (FREITAS, 2008). De acordo com Amaral (2005), outros discursos também são importantes neste contexto de atração das mulheres às maternidades, como a ideia do uso da anestesia e a eliminação da dor do parto.

Em alguns países, as maternidades inicialmente se estabeleceram concomitantemente com a presença de médicos e parteiras. Porém, a entrada das parteiras seguirá com mais imposições e restrições, configurando os espaços de poder interno onde ao médico caberia os partos difíceis e cirúrgicos e às parteiras os “partos fáceis”, em que era necessário “apenas esperar”. De acordo com Barreto (2007) “essa divisão de trabalho foi de tal forma absorvida que a encontramos reproduzida nas leis que passaram a regulamentar a assistência ao parto na Europa” (BARRETO, 2007, p. 221).

Dentro das maternidades, as parteiras foram proibidas de medicar, aplicar manobras ou utilizar qualquer equipamento obstétrico. E de alguma forma, a entrada das mesmas aos hospitais também seria estratégico, peças-chaves de confiança para atrair gestantes, ainda que, depois de oferecerem seus conhecimentos elas tenham sido gradativamente expulsas destes espaços (MARQUES, 2003 *apud* FREITAS, 2006). De acordo com Martins (2004) “nesse processo, as parteiras formaram uma profissão de auxiliar do médico, este sim, o novo especialista em mulheres que surgia no século XIX” (MARTINS, 2004, p. 78).

Diferentes países tiveram trajetórias peculiares na delimitação de territórios e competências da ação sobre as parturientes. Nos EUA, na França, na Espanha e na

Inglaterra, a medicalização do parto avançou metodicamente desestruturando todo saber doméstico de parteiras, negras, entendidas e comadres. Já no Japão, na Alemanha, na Suécia, em Portugal e na Holanda, esses saberes foram aproveitados em um regime de colaboração, onde antigas especialistas eram induzidas à profissionalização da medicina universitária.

Mas, em suma, o processo de inserção do médico e reorganização do lugar da parteira ocorreu em todos os países, com mais semelhanças do que diferenças. O parto, antes, uma “arte menor”, tornou-se território preponderante do cirurgião-parteiro, ou médico obstetra, com ajuda e aliança de discursos de jornais, de parlamentares e das próprias mulheres. Estava em jogo o monopólio da autoridade e da competência médico-científica.

Em Portugal, na Espanha e na Itália, por exemplo, os sistemas de parturição passaram a funcionar reduzindo o papel das parteiras:

Em **Portugal**, os cirurgiões e médicos não eram os únicos a terem contato com as mulheres em trabalho de parto. Na realidade, estes eram chamados quando a natureza se via impedida, por algum motivo, de seguir seu curso. As funções de cuidar da mulher pejada, acompanhar o parto e aparar a criança ficavam a cargo da **parteira. Esta estava hierarquicamente subordinada ao cirurgião**, e deveria requisitá-lo quando o parto apresentasse complicações que requeressem manobras obstétricas ou uso de instrumentos auxiliares, como o fórceps [...] (BARRETO, 2005, p. 113).

Na **Itália**, os governos iluministas intervieram diretamente no treinamento das parteiras, na criação de regras e na divisão do trabalho, abrindo brechas para um posterior estabelecimento dos cirurgiões e dos obstetras. As autoridades italianas regulamentaram, em detalhes, a divisão das tarefas entre cirurgiões e parteiras. **As parteiras estavam autorizadas, somente, a realizar partos normais. Elas não poderiam administrar medicamentos orais, aplicar sanguessugas, usar qualquer tipo de instrumento obstétrico, nem testemunhar em questões relacionadas ao defloramento de mulheres virgens, sem recorrer a opinião de um médico licenciado** (Pomata, 2001 *apud* BARRETO, 2005, p. 128).

Na **Espanha**, a lei sancionada em 21 de agosto de 1750, instituiu um exame obrigatório para as parteiras, o qual deveria ser prestado. Além de provar que possuía conhecimento da sua arte, as comadres deveriam apresentar certificado de limpeza de sangue, fê de batismo e declaração do pároco sobre sua vida e costumes. **A novidade da legislação espanhola consistiu no reconhecimento de um competidor masculino – o cirurgião, e colocou a arte de partejar no território do saber e da prática cirúrgicos** (BARRETO, 2005, p. 129).

Em linhas gerais, competição e colaboração marcaram o jogo de relações entre médicos e parteiras de cada região determinada. Especificamente no Brasil, o resultado desse jogo de forças seria a perda e destituição completa do poder das mulheres sobre os partos, pois, de acordo com Freitas (2008), foi justamente na escola francesa que o Brasil buscou inspiração, desde o início até o final do século XIX, que depois foi substituída pelas escolas da Inglaterra e da Alemanha.

De acordo com Nucci *et al* (2019), a Escola de Estrasburgo (França) inaugurou uma nova orientação para a assistência ao parto, buscando, através da sinergia útero e corpo, definir o normal e o patológico na hora do parto. A partir desses estudos, uma gama de intervenções foi preconizada com vistas a acelerar os espasmos, resolver o problema da dor e reduzir o tempo da hora de parir.

Salienta-se que antes mesmo da criação das grandes maternidades do Brasil, no entanto, as parteiras estrangeiras no Rio de Janeiro procederam inovando como proprietárias do que assim denominavam de “casas de parto” ou “casa de maternidade” ou “escritório de partos”, que eram locais residenciais das próprias profissionais.

Essas casas eram privadas e se tornaram uma opção para as parturientes darem à luz fora de sua residência, que por muito tempo foi considerada uma situação anormal. Só em casos extremos as mulheres eram atendidas fora do domicílio, as mais pobres nas Santas Casas e as negras escravizadas, livres, mães solteiras ou viúvas podiam ser recebidas nessas casas de parto. Essas casas também serviam como pensionatos de amas de leite, lugar para tratamento uterino, e ainda ofereciam diversos outros serviços relacionados a saúde da mulher.

Pesquisa realizada em 2016, encontrou 7 casas de maternidade no Rio de Janeiro¹¹⁵, a partir de 1861, e demonstrou que “as casas eram alvo do julgamento moral da sociedade que a via como locais em que se recebiam mulheres para práticas como aborto e, portanto, eram desqualificados” (PIMENTA; BARBOSA, 2016, p. 502).

¹¹⁵ Enfermaria de partos do Dr. Pereira de Souza e da parteira Tereza Jesuína Tygna (1861)/ Maternidade Mme Daure, Maternidade São Vicente de Paula (1873 a 1881)/ Maternidade Mme Borgé (com Mme Maria Müller) Maternidade Mme Borgé (dirigida por Mme Hildenwirth) (1874 a 1882)/ Maternidade Mme Marguerite (1876 a 1879)/ Maternidade Saint Marie Mme Dunugon (1877)/ Maternidade de Sant’Anna Mme Bardeaud (1878)/ Maternidade de Mme Jeanne Grangent (1878).

Porém, esses espaços, apesar de terem as parteiras como proprietárias e gerenciadoras, foram também locais de trabalho e experiência para muitos médicos formados, demonstrando certa relação e compartilhamento entre esses profissionais. Porém, nos anúncios de jornais cariocas, as “casas de parto” deixavam explícita a presença da parteira e do médico, diferente dos anúncios das “casas de saúde”, que foram as primeiras clínicas onde os médicos eram proprietários e nelas o lugar da parteira era negligenciado:

Se compararmos os anúncios das maternidades criadas e dirigidas por parteiras com as maternidades das casas de saúde, podemos perceber que a diferença decorre da posição dada à parteira. **Nas maternidades possuíam lugar de destaque, enquanto nas casas de saúde eram secundárias** ou inexistentes (PIMENTA; BARBOSA, 2016, p. 508).

Na Bahia, não encontramos fontes que expressassem a existência dessas “casas de parto” lideradas por mulheres. A primeira maternidade, denominada de Maternidade-Escola Climério de Oliveira¹¹⁶ (MCO), começou a funcionar em outubro de 1910, como entidade anexa à Faculdade de Medicina da Bahia.¹¹⁷

Assinala-se que essa relação de hierarquia entre profissionais da medicina da mulher, passou a ser tensionada não apenas dentro dos novos hospitais-maternidade e das “casas de parto” e “casas de saúde”. No interior da FMB, todas as disciplinas acadêmicas eram lecionadas por homens; os memoriais da Faculdade de Medicina da Bahia também não trazem qualquer menção ao trabalho das parteiras ou à tentativa de compartilhamento de saberes entre médico/parteira. Desde a introdução da primeira disciplina¹¹⁸ referente a partos no currículo da Escola Médico-Cirúrgico da Bahia, não houve referência ao trabalho de mulheres parteiras.

Na FMB, o primeiro docente efetivo para lecionar obstetrícia foi o Dr. Manoel da Silveira Rodrigues, formado pela Universidade de Edimburgo, que só tomou posse em

¹¹⁶ A Maternidade Climério de Oliveira foi construída por iniciativa do professor de obstetrícia e ginecologia da FMB, Dr. Climério de Oliveira, mas já prevista em lei desde 1854. Ele reuniu um Comitê de Senhoras que angariou verbas e complementou-as com auxílios do governo federal, estadual e municipal (*Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, 1940).

¹¹⁷ Reivindicação feita pelos diretores da FMB desde 1854

¹¹⁸ denominação de *Instruções Cirúrgicas, Operações e Obstetrícia*.

maio de 1819. O ensino da disciplina já havia se iniciado no ano anterior (1818), regendo a cadeira o substituto Dr. José Alvares do Amaral.

Para catedrático da cadeira de *Partos e Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas e de Meninos Recém-nascidos*, foi nomeado o Dr. Francisco Marcellino Gesteira, que, desde 1829, já era professor da cadeira dividida. Em 1855, o Prof. Mathias Moreira Sampaio foi seu sucessor e, em 1875, o Barão de Itapoan, Dr. Adriano Alves de Lima Gordilho, assumiu esta cadeira. Ao Barão de Itapoan, que se jubilou em outubro de 1890, sucedeu o Prof. Antônio Rodrigues Lima. E na cadeira de *Clínica Obstétrica e Ginecológica*, após aprovação em concurso em 1885, foi provido o Prof. Climério Cardoso de Oliveira (*Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, 1940).

No ano de 1883, o Dr. Alexandre Affonso de Carvalho, por nomeação da congregação, regeu a cadeira de *Partos* até maio de 1883, e nesse mesmo ano, o Barão de Itapoan ofereceu cursos gratuitos na cadeira de *Clínica Obstétrica*. Entre 1893 e 1897, o curso de *Clínica Obstétrica e Ginecologia* foi regido pelo Prof. Climério de Oliveira, seguido do Dr. Deocleciano Ramos.

Em suma, a atenção à saúde da mulher na Bahia do século XIX esteve dividida entre clínicos, cirurgiões e parteiras (Costa, 2007), porém, nos primeiros cursos da faculdade, o controle da docência foi organizado hegemonicamente por homens, o que significa que as mulheres não participaram da formulação e nem da reflexão quanto ao conhecimento produzido/reproduzido do que seria o novo aparato médico-científico. Ao inaugurar a MCO, portanto, os homens, já presentes na docência da FMB, passaram a dirigir a maternidade em quase todos os sentidos (administrativo e intelectual), e as parteiras, que só conseguiram adentrá-la a partir de 1907, quando ainda era enfermaria Santa Isabel, provavelmente não tinham tanta autonomia para agir.

Para ser parteira da MCO, as mulheres precisavam ser formadas em medicina ou terem autorização (parteiras diplomadas) no curso de obstetrícia da FMB. Além disso, precisavam ser nomeadas pelo corpo administrativo. Sabe-se que a quantidade de parteiras legitimadas oficialmente na Bahia foi muito pequena. Em todo século XIX, apenas 2 parteiras se formaram no curso obstétrico da FMB e 2 se diplomaram; já no curso médico da FMB, somente 6 mulheres se formaram.

Dentro das maternidades do Brasil, no início do século XX, as maiores referências não eram parteiras diplomadas e nem as médicas parteiras, eram homens médicos que não apenas orientavam estudantes de medicina na lida didática da profissão, mas também produziam bibliografias orientadoras da prática obstétrica.

Desde 1772, já vinha a público o livro *O novo método de partejar, recopilado dos mais famigerados e sábios autores*, dos irmãos e cirurgiões Manoel José Affonso e José Francisco de Mello, que recompilaram diversas coletâneas europeias. Em 1785, estes mesmos autores publicaram o livro intitulado *Princípios acerca da arte obstétrica*. Em 1772, apareceria o livro do médico francês Joseph Rauli, intitulado *Breves instruções sobre os partos a favor das parteiras das províncias*. Em 1793, seria publicado o livro do médico inglês Thomas Denman, intitulado *Aforismos sobre a aplicação, e uso do fórceps, e vectis, e sobre partos preternaturais, partos acompanhados de hemorragias, e de convulsões*. Estas obras foram direcionadas à formação dos cirurgiões e passaram a reproduzir a tendência francesa voltada para a subordinação das parteiras à autoridade do cirurgião e do médico.

Requisitavam um perfil ideal do cirurgião e da parteira, no qual se deveria aliar conhecimentos da anatomia feminina com técnicas, instrumentos e remédios. Para as parteiras, além das exigências de caráter técnico e cognitivo, acrescentavam-se quesitos morais, tais como “ser de boa vida, e consciência, de muito segredo, paciente, alegre e bem civilizada” (AFFONSO; MELLO, 1772, p. 24 *apud* BARRETO, 2007). Através destes manuais, verificamos que progressivamente as parteiras tiveram suas atividades restringidas e reguladas por médicos e cirurgiões, e os ensinamentos ficavam cada vez mais voltados à utilização de instrumentos e cirurgias interventoras. Já vemos também a culpabilização das parteiras por danos aos fetos e às mulheres e até a culpa por transformarem partos fáceis em mais difíceis.

No século XIX, os manuais de obstetrícia continuavam a defender a instrução parcial e diferenciada para a parteira, de forma que esta se mantivesse subordinada ao cirurgião, exemplo da obra de 1810 do cirurgião Jacinto da Costa, intitulada *O compêndio da arte de partos para uso dos praticantes de cirurgia, e parteiras*. A justificativa empregada para tal distanciamento foi calcada na ideia de que a mulher não teria a natureza para desenvolver a cognição suficiente no desenvolvimento da tarefa e era pouco

disposta aos estudos. As obras passaram a defender a necessidade de os cirurgiões instruírem as parteiras e estas estarem restritas a partos naturais, além de estabelecerem uma conduta padrão que retirava a autonomia delas para qualquer interferência no procedimento.

De acordo com Barreto (2007), as décadas de 1820 e 1830, na Alemanha, foram de intensa hospitalização do parto, conseguindo integrar hospital, sala de autópsias, laboratório e sala de aulas. “Nesse período, os cirurgiões portugueses já haviam incorporado o parto como um ramo da cirurgia, e já se encontrava sedimentada, academicamente, a divisão das funções entre cirurgiões e parteiras, na assistência ao nascimento” (BARRETO, 2007, p. 231).

3.4 A cesariana

Nesse contexto de surgimento e ascensão dos novos hospitais-maternidade no Brasil, os médicos obstetras do Rio de Janeiro, Fernando Magalhães e Jorge Rezende, se tornaram famosos e de grande referência. Eles engajaram-se na proposição categórica da necessidade do uso de diversos instrumentos e técnicas cirúrgicas, com o fim de acelerar o parto e amenizar aquilo que se tornou “o problema do nascimento”.

Estes médicos firmaram seu protagonismo no meio acadêmico como professores e diretores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e à frente da Maternidade ProMatre de Laranjeiras (Rio de Janeiro), porém seus ensinamentos ressoaram na Bahia e por todo o país.

Rezende publicou inúmeros trabalhos em congressos e artigos na *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*. De acordo com Nakano et al(2016), “o papel de formador de opinião na obstetrícia brasileira [...], pode ser percebido pela recorrente presença de seus livros nas ementas de disciplinas de cursos da área da saúde” (p. 159).

Para o Dr. Jorge Rezende, a cesariana, antes da fundação da Maternidade de Laranjeiras em 1904, ocorria em episódios bastante raros e tem uma “história pobre”,

pois, era realizada de maneira clássica e com muito temor. Em 1915, seu parceiro e professor o Dr. Fernando Magalhães, inovou na técnica da cesariana “consistente em isolar o útero, exteriorizado, por lençóis de borracha, que protegiam a grande cavidade de contaminação” (NAKANO, et al; 2016, p. 161). Entre outras inovações, ele “abriria transversalmente o abdômen e o útero e suturaria primorosamente todos os planos cirúrgicos” (p. 161).

O Dr. Rezende afirmava ser “cesarianista” convicto, pois essa “era a melhor forma de nascer”, mais segura para a mãe e o bebê. Ele não fazia menção a estatísticas sobre necessidade da cirurgia e nem aos riscos; tudo que fosse contrário à cesariana (CS) ele mencionava de modo pejorativo. Chegou a sugerir que a cesariana fosse feita mesmo sem indicação relativa ou absoluta, já que para ele, em situações obstétricas realmente necessárias, ela era mais arriscada do que se fosse realizada em situações eletivas ou optativas.

Em suas publicações, defesas à cesariana eram feitas também com fulcro na otimização do tempo de trabalho do médico e como forma de preveni-lo de ações judiciais: “se antevisto um risco, cesárea; na iminência dele, cesárea; na emergência, cesárea; para se proteger de processos, cesárea; para proteger a saúde mental da mulher, cesárea; se não souber resolver casos complicados, cesárea” (NAKANO, et al; 2016, p. 165). Com seu afã de modernidade, o Dr. Rezende chegou a afirmar quanto a inexorabilidade dos progressos da medicina e das técnicas operatórias obstétricas, e o que não fosse cesárea era a “velha arte de parto”.

As constantes publicações organizadas por Rezende e Magalhães se alastraram, sendo adotadas pelos médicos obstetras de todo o Brasil, na Bahia também; nos anos de 1920 e 1930 a cesariana atingiu um grau tamanho de evolução cirúrgica que a geração de médicos das gerações seguintes já tinham maior dificuldade em realizar o parto natural.

Chegaram a sistematizar uma verdadeira escola obstétrica, que em 1962 foi concretizada por um tratado (livro) nomeado "Obstetrícia". As décadas seguintes e, nos anos 1980, já era possível observar que a CS havia transcendido de uma cirurgia por indicação para casos de morte da gestante, para indicações relativas, eletivas e optativas. Muitos argumentos em prol da universalização da CS se expandiram, com alegações variadas. Um deles era o próprio despreparo dos obstetras na realização de “complexos”

partos vaginais, e o fato da mesma se manifestar como um procedimento “completo, rápido e elegante”, uma “cirurgia perfeita” que, portanto, deveria imperar universalizando-se.

Costa (2007) afirma que foi o médico baiano Dr. José Adeodato de Souza (1873-1930), professor de *anatomia médico-cirúrgica e de clínica ginecológica e obstétrica* da Faculdade de Medicina da Bahia quem primeiro realizou a cesariana na Bahia. Mas Nakano *et al* (2016) colocam o Dr. Fernando Magalhães, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, nas primeiras décadas do século XX, e o seu aluno, o Dr. Jorge de Rezende, como pioneiros e peças centrais na divulgação e no desenvolvimento da cesariana e do parto sob sedação total e fórceps no Brasil.

O Dr. Fernando Magalhães despontaria, assim, como o “pai” da obstetrícia e o Dr. Jorge de Rezende como seu grande discípulo e continuador. A fundação da Maternidade ProMatre no Rio de Janeiro, pelo Dr. Fernando Magalhães, em 1904, também seria um impulso à “modernização” desse modelo de assistência obstétrica (NAKANO, *et al*, 2016).

O livro *Obstetrícia* chegou a 12 edições, apareceu como o principal manual de difusão do conhecimento médico-obstétrico na formação e na capacidade de criar visões médicas, referências de saber institucionalizado, sistematização, estilo de pensamento, verdades e axiomas sobre parto no Brasil. De acordo com Nakano *et al* (2016), citando Thomas Kuhn (1991) e Ludwik Fleck (2010), no âmbito da sociologia das ciências, o papel dos manuais e da formação de profissionais na prática científica é de sistematizar percepções, construir pensamentos hegemônicos e saberes fechados.

Através da intensa divulgação da cesariana, a ideia da nova ciência médica era ainda derrubar a tutela católica que apregoava ao parto uma condição de pena pelo pecado divino “que a mulher então cometera” (RIFFEL, 2005), e provar ser possível intervir cientificamente para “salvar” a mulher de sua condição penosa na hora de parir. Segundo Brenes (1991), todas as 83 teses defendidas na área de obstetrícia, nas faculdades de medicina no Brasil do século XIX, atestam um objetivo incomum e fundamental: “salvar” mulheres.

Na tese do século XIX, do médico José Teixeira Bacellar, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia, sobre operações obstétricas, se diz: “enquanto se tracta de salvar a Mãe e o filho, ou de sacrificar este por amor d’aquella, o Médico, moralmente falando, não deixa de assimilar-se ao Supremo Creador” (BACELLAR, 1845, p. 6).

Um modelo de assistência obstétrico salvacionista se voltou à “gerência” do médico sobre a mulher e seu parto, de forma instrumentalizada, cirúrgica e por sedação química. Com a evolução da química moderna, o parto passou a ser manipulado tanto ideologicamente, como forma de confrontar os posicionamentos dos clérigos (RIFTEL, 2005), quanto experimentalmente, como forma de testar os poderes da medicina em tornar o parto um evento indolor.

De maneira geral, a partir do século XX, os atendimentos às parturientes, agora no interior dos hospitais-maternidades, tinham o objetivo de transformar o parto num episódio rápido, daí a utilização de instrumentos que puxassem o bebê (fórceps¹¹⁹, craniômetros), o empurrassem para baixo (manobra Kristeller), e cortassem o períneo feminino, diminuindo o tempo de saída do feto (episiotomia). Também deveria ser um inconsciente, apagado da memória, daí o uso de morfina, amnésicos, ocitócitos e alucinógenos. Com a introdução desses métodos “as mulheres passavam o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. E para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos passaram a ser cobertos como uma barraca” (DINIZ, 2005, p. 2), referência ao que ficou conhecido como “parto barraca”.

No rol de procedimentos e intervenções fomentadas pela ciência obstétrica desde o século XIX, a expansão deliberada da cesariana se apresentou como uma das faces desse cenário. O advento de técnicas de anestesia mais seguras, a introdução da esterilização, a manipulação de antibióticos e, sobretudo, a descoberta da ocitocina sintética, na década de 50 do século XX, ofereceram um momento propício para o florescimento de práticas ainda mais invasivas sobre o nascimento: as práticas de cesarianas desnecessárias.

¹¹⁹ Em 1878, a *Revista Gazeta Médica* da Bahia publicou um artigo denominado “Obstetrícia e ginecologia”, no qual havia a informação de que o Professor Barker realizou um estudo “interessantíssimo” encontrando mais de 67 tipos de fórceps.

Até 1927, dos 5.003 partos realizados na MCO, somente 8 foram cesarianas (AMARAL, 2005), segundo Teixeira *et al* (2016), no Brasil, a expansão da cesariana começou mesmo a partir da década de 1970, com 14,6% de índices de partos registrados no INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica para Previdência Social; já em 1980, este índice cresceu para 31%; em 1996, foram registrados 36,7% de cesarianas em todos os partos; e, em 2008, 45,9% (MARCOLIN, 2014). Em 2010, 52% dos nascimentos no Brasil ocorreram via parto cirúrgico (NAKANO et al; 2016). Já, em 2021, as taxas de cesariana no Brasil superaram muito as de parto normal (OMS; 2021).

Mesmo com uma gama de trabalhos e resoluções publicadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde no Brasil proibindo e apontando os malefícios, a pesquisa intitulada *Nascer no Brasil- inquérito nacional sobre parto e nascimento* (2012), traçou um perfil da assistência obstétrica hospitalar no país demonstrando que continuam sendo realizadas cesarianas desnecessárias e intervenções arriscadas e dolorosas nas parturientes, tornando o risco de parir habitual.

De certa forma, a cesariana (CS) contribui para a diminuição de taxas de mortalidade materna e neonatal em diversas regiões do mundo e se tornou um componente essencial da assistência obstétrica à mulher. Entretanto, a utilização prevalente deste procedimento tem motivado indignações em muitos setores sociais (científico, político, leigo) (NAKANO et al 2016), sobretudo porque seu aumento, em nível mundial, estaria invertendo a própria lógica de benefício e segurança à gestante e ao recém-nascido, pois incidiria provocando mais danos e mortalidade do que vantagens à saúde (PÁDUA, 2008) (LIBERTAD, 2013) (RATTNER, 1996) (DINIZ, 2005) (TORNQUIST, 2004) (FREITAS, 2008). Além disso, pesquisas recentes têm apontado maior preferência das mulheres pelo parto vaginal (PÁDUA, 2008) (COPELLI et al, 2015) (MANDARINO et al, 2009), o que caracterizaria a promoção indesejada da CS e o componente da oferta (médico-hospital) como fator determinante para a realização desta cirurgia.

Em termos clínicos, indicadores assinalam que a abertura abdominal feminina, denominada cesariana, evidencia maiores relações com morte materna, parada cardiorrespiratória, retirada de útero emergencialmente, complicações anestésicas, hematomas, hemorragias, infecções, embolia amniótica, tromboembolismo venoso,

consumo de medicamentos pós-parto, dor pélvica crônica, depressão pós-parto, maior tempo de internação, readmissão hospitalar, maior tempo de assistência, retardo na recuperação e problemas em gestações subsequentes (infertilidade, placenta prévia, aborto e gestação ectópica). Para os bebês, a cesariana eletiva, segundo dados, também está relacionada a maiores taxas de mortalidade neonatal, prematuridade iatrogênica, síndrome do desconforto respiratório, hipertensão pulmonar, dificuldades de amamentação, atraso no desenvolvimento neurológico, asma, diabetes, obesidade, rinite e alergia alimentar (LIBERTAD, 2013) (RATTNER, 1996) (MANDARINO et al, 2009) (MARCOLIN, 2014). Diante disso, muitas investigações vêm sendo realizadas sobre o modo como o modelo de parto cesáreo ascende e se traduz por indicadores confiáveis e mais vantajosos para as gestantes, já que na prática ele é a via de parto mais arriscada e danosa.

A normalização de um modo de nascer por meio cirúrgico teve início mais especificamente na década de 70 do século XX, e os estudos ascendem de 1990, quando índices elevados tornaram o país líder internacional de operações realizadas. Com vistas a descortinar os meandros desse cenário, além de pesquisas, muitas políticas de atenção ao parto e movimentos sociais de mulheres vêm se dedicando a um delineamento crítico da hegemonia CS e, assim, fortalecem interpretações renovadoras sobre a relação entre instituições médicas, gênero, ciência e políticas de saúde.

Para Teixeira *et al* (2016), a ideologia do progresso científico e da simplificação do procedimento cesáreo contribuiu para a naturalização e substituição das práticas antigas de parto vaginal. Seriam, portanto, as abordagens de produção acadêmica obstétrica perspectivas convincentes entre os profissionais e que desde o início estariam levando à normalização da cesariana.

Muitos também compreendem a expansão das cirurgias cesarianas como prática de opressão institucional (BARBOZA; MOTA, 2016), quando tantas peças (universidades, médicos, hospitais, Estado) se conectam em prol de procedimentos comprovadamente perigosos.

Para outras autoras e autores, a hegemonia da cesárea representaria, por ora, uma violência de gênero (FREITAS, 2008), quando um emaranhado de roteiros de submissão do corpo feminino, construídos historicamente (BATISTA, 2015), precisou ser reforçado,

com vistas a tornar a mulher “obediente”¹²⁰ frente ao patriarcalismo da medicina¹²¹, que posicionou a mulher como um subproduto de seu próprio parto, aceitando “alienadamente” condições adversas ao seu corpo, sem possibilidade de opinar (BOARETTO, 2003).

Numa linha parecida de compreensão, Santos (2002) acredita que o aperfeiçoamento e a disseminação da cesárea estariam atrelados à trajetória histórica da posição do homem na hora do parto. Desde os tempos remotos só lhe era solicitada presença em momentos extremos de dificuldade, então, o mesmo teria se orientado estritamente às condições cirúrgicas em que intervir se fazia forçoso. Assim, quando se expande a medicina, controlada hegemonicamente por homens, o “cacoete” da tradição irá se especializar e a evolução da cesariana expandir-se-á como o “achado” da medicina.

Por outro lado, para Diniz (2005), a cesariana é fruto de um sistema de parturição que desde o início do século XIX vinha se tornando violento e, desde a década de 50 do século XX já era denunciado por movimento de mulheres e vanguardas obstétricas. Caberia, portanto, àquela geração de médicos soteropolitanos, fundadores e reprodutores de métodos de partejar, a coerência na atenção e reconstrução de novas experiências nesse setor e, se isso não foi feito, considera-se que efetivamente a perpetuação da violência de gênero, que adoce a saúde e marginaliza a autonomia feminina, foi conduzida.

Brenes (1991), por sua vez atesta que a prática obstétrica acadêmica, sob forte influência da anatomia patológica, centrou seus estudos iniciais na interrupção da gravidez, no aborto. Deste modo, não espantaria um mergulho “sangrio” e cirúrgico sobre o corpo gestante e, conseqüentemente, não espantaria a dedicação ao aperfeiçoamento da cesariana, posto que são investidas cirúrgicas para extração do feto. Na faculdade de medicina da Bahia, encontramos 394 teses que dissertaram sobre temas da saúde da mulher, entre os anos de 1848 à 1928, e dentre elas, 36 se dedicaram a falar sobre aborto.

¹²⁰ Na hipótese mais genérica de Foucault, a modernidade produziu corpos dóceis e disciplinados, onde poder e política foram as grandes tecnologias responsáveis por essa conquista (RIFFEL, 2005).

¹²¹ De acordo com dados coletados na pesquisa coordenada por Maria Helena Machado, em nível nacional, sobre a situação profissional na Medicina, nos anos 1940, as mulheres representavam somente 1% do contingente de médicos (SANTOS, 2004). Já no ano de 1990, 31,5% do número de médicos ERAM mulheres, e em 1996 esse número subiu para 37,9% (BRUSCHINI; LOMBARDI (1999) *apud* TORNQUIST (2004)).

Na mesma linha de raciocínio, Freitas (2008) compreende que a cirurgia de retirada do ovário (ovariotomia) e de extração do útero (histerectomia) foram as experiências iniciais da ginecologia e estiveram intimamente ligadas ao desenvolvimento da obstetrícia, o que ocasionaria inspiração para processos similares, como a cesariana. Podemos, assim, traduzir tal contexto de expansão de cesarianas apenas como resultado do desenvolvimento de um saber cirúrgico e sem dar atenção a “afinidades despóticas” e/ou econômicas intrínsecas na condução de tal prática.

Já de acordo com Carmem Tornquist (2004), no entanto, a geração da década de 1960 apontou algumas críticas ao movimento Parto sem Dor da década de 1950.¹²² De certa forma, as novas críticas por uma naturalização mais radical do parto e a criação de nomenclaturas e tendências inéditas¹²³, fomentadas na década de 1960, teriam contribuído para o apagamento da memória sobre os próprios preceitos do originário Movimento Parto sem Dor, que assim foi reapropriado por correntes conservadoras da medicina, passando a interpretá-lo como a necessidade da moderna analgesia peridural¹²⁴ e da operação cesariana. Neste sentido, a cirurgia entraria em sua fase de expansão, nas décadas de 1960 e 1970, como um método indolor e brando de parir, próprio daquilo que desde sempre se reivindicava: um parto sem dor.

Diferentemente, Mendonça (2013) e Pádua (2008) mencionam as teorias Neomalthusianas, as ideias de melhoramento da raça e a questão da eugenia como portas de entrada da expansão de cesarianas no Brasil. Para as autoras, na primeira metade do século XX, países como Alemanha e EUA utilizaram a esterilização compulsória como meio de controle populacional de “grupos indesejados”, sobretudo os pobres. No Brasil, as práticas de eugenia¹²⁵ vinham encobertas de políticas de planejamento familiar em que se induzia pacientes a realizarem ligação tubária após a cesariana. Entre 1970 e 1987, o índice subiu mais de 50% e, no ano de 1986, 29% das mulheres brasileiras com união

¹²² Especialmente no que concerne à posição que a autora denomina de “autoritária” do médico frente a parturiente.

¹²³ A geração pós-PSD (Movimento Parto sem Dor), em decorrência das novas demandas de autonomia da mulher, reivindicará o parto erótico, ecológico, humanizado e os novos direitos do recém-nascido nesse processo.

¹²⁴ Anestesia na parte lombar, durante o parto vaginal.

¹²⁵ Deriva do grego eugenes, “bem nascido”.

estável se encontravam esterilizadas. Consequentemente, a ligação tubária se tornará o argumento principal para a rotinização da cesárea.

O aumento das “práticas cesaristas”, a crença generalizada no tecnicismo individualista, o descrédito aos valores humanistas, a reificação dos corpos e a concepção mecânica do mundo, consequência do paradigma cartesiano da modernidade (FURLANI, 2004), nesses termos, também são entendimentos mais globais anunciados por alguns autores.¹²⁶ As questões de saúde da mulher gestante estariam imersas no totalitarismo de que a técnica cirúrgica produziria a melhor alternativa para o parto, daí se impulsioná-la.

Inúmeros trabalhos também têm confirmado a perda do caráter de procedimento médico da cirurgia e sua transformação em um bem de consumo (RATTNER, 1996) (SANTOS, 2011) (DINIZ, 2005) (MIRANDA, 2012) (BATISTA, 2015). Esta tendência economicista na área médica viria desde o século XIX, antes mesmo do aperfeiçoamento da CS, quando o campo cirúrgico da ginecologia, especializando-se na extração de útero e de ovário, ganhou espaço para a obstetrícia, no sentido de ter se transformado em uma atividade mais vantajosa financeiramente e, desse modo, o obstetra tradicional¹²⁷ perderia seu prestígio frente às novas empreitadas cirúrgicas da ginecologia (ovariotomia e histerectomia).¹²⁸ Outro exemplo é o do Dr. Magalhães que relatou a “contramão” em que vinha a obstetrícia se comparada à biologia, física e química, pois estas, diferentemente da atuação que ele mesmo designou de “cortante” e “mutiladora” da medicina, teriam um desenvolvimento pautado em recursos que tratassem as lesões nos órgãos e não que os extirpassem. Desta forma, o Dr. Magalhães denunciaria o que chamou de abuso e práticas comerciais de seus próprios colegas de profissão (FREITAS, 2008). Esta abordagem, clivada por interesses econômicos da obstetrícia, manifesta-se em muitos trabalhos atuais.

¹²⁶ De maneira geral, vemos que a tese de que o desenvolvimento tecnológico seria o determinante no aumento das taxas de vida e sobrevivência da população já foi bastante confrontada por muitos autores, que atribuem tal virtude a outras dimensões, como as melhorias sanitárias, a educação preventiva e as conquistas por direitos sociais (FURLANI, 2004). Por exemplo, a morte materna por cesárea se manifesta enquanto um risco três vezes maior se comparada as mulheres que realizam o parto vaginal, portanto, não é o caso de uma tecnologia que deva substituir generalizadamente a naturalidade do parto, posto que não apresenta melhores resultados para as pacientes. Para Beck (2010), temos que repensar nossa sujeição ao desenvolvimento tecnológico, pois há também forças destrutivas no processo de modernização.

¹²⁷ Responsável por cirurgias somente em caso de tumores e feridas, pela descoberta da febre puerperal, por estudos sobre a pelvis e pela cesariana.

¹²⁸ Na análise dos cursos de Medicina da Paris do século XVIII, Foucault (1998) destaca que os cirurgiões tinham formação menor, precisavam passar em apenas 3 exames, enquanto os médicos precisavam ser aprovados em 6 exames. A visão é de que os cirurgiões não eram profundos em teorias e nem precisavam ser sábios (RIFFEL, 2005).

As políticas públicas na atenção ao parto também ocupam importantes papéis no debate sobre expansão de cesarianas em diversos países (BOARETTO, 2003). Suas abordagens não são meramente clínicas, o que tem provocado controvérsias políticas e éticas, inclusive no princípio do controle, da escolha e da autonomia da mulher na hora de ter seu filho. Neste sentido, por toda uma multiplicidade de razões quanto às causas determinantes de um modo de nascer via parto cesáreo, desenrola-se a constituição de um objeto de narrativa bastante interdisciplinar, pois compõe a dinâmica entre ciência, história, corpo e política. Também porque as políticas e programas médicos de atenção ao parto atravessam o corpo materno em um regime de regulação (rede de poder-saber) (MEYER, 2005) que, em grande medida, contrapõe-se às demandas de movimentos sociais feministas e demonstram fraturas numa possível unidade de discursos.

Ainda que a *CS* seja um recurso médico para casos de complicações no parto, é deveras salutar analisar sob quais interesses uma técnica de exceção se torna hegemônica, já que a demanda biológica não corresponde à abundância de sua realização.¹²⁹

Apresentamos, aqui, diversas conjecturas sobre as causas da expansão da cirurgia – crença no corpo patológico, paradigma tecnicista, eugenia, interesses comerciais, patriarcalismo –, bem como sobre seus efeitos – violência institucional, de gênero, desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos –, e todas elas evidenciam a construção histórica de um sistema científico erudito universitário.

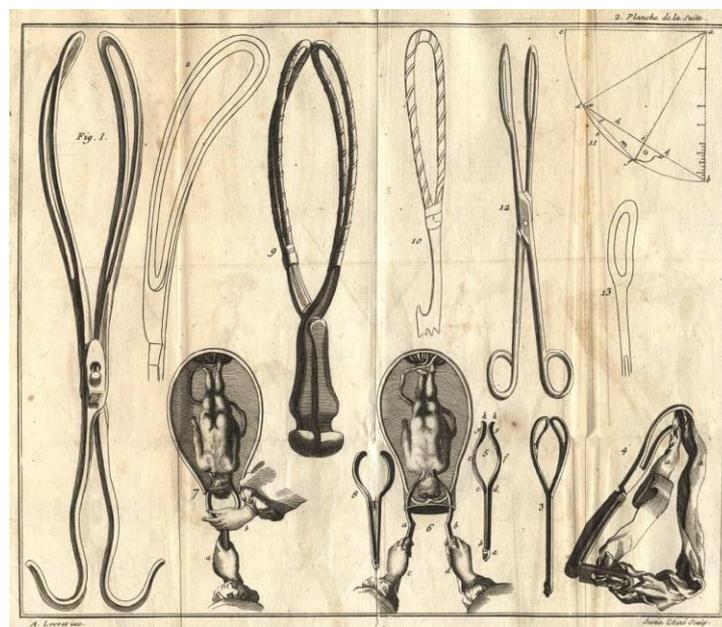
Com o apoio do novo instrumental tecnológico, de domínio exclusivo do cirurgião, sobressaiu ainda mais a fama da autoridade médica nas cenas de parto. A ideia de que estes instrumentos poderiam oferecer garantia de sucesso para partos difíceis contribuiu para aceitação dos homens no parto, já que tais instrumentos eram rejeitados pelas parteiras. É justo admitir as limitações das parteiras para lidar com os partos complicados e, concomitantemente, admitir os avanços no desenvolvimento da assepsia, da analgesia e da possibilidade de uma cirurgia para retirada do bebê. Porém, “os riscos oferecidos pelas parteiras não eram maiores do que os oferecidos pelos médicos. Em 1878, estimou-se que a mulher inglesa aumentava em seis vezes as suas chances de morrer

¹²⁹ Em 1996, um estudo sobre taxas cesarianas no Estado de São Paulo afirmou: “é difícil crer que $\frac{3}{4}$ das mulheres não apresentem condições de ter seus filhos por via vaginal, reforçando a suposição de que há outras razões, que não as indicações obstétricas, incrementando o uso dessa tecnologia de nascimento” (RATTNER, 1996, p. 11).

ao dar entrada nas maternidades daquele país” (OSAWA, RIESCO, TSUNECHIRO, 2006, *apud* PALHARINI; FIGUERÔA, 2018). De acordo com Martins (2004):

Quando uma mulher não conseguia dar à luz normalmente e as parteiras não resolviam o problema, depois de várias tentativas fracassadas só restava esperar pela intervenção divina ou então chamar um cirurgião. **Normalmente, os cirurgiões não tinham conhecimento sobre o parto e quase sempre eram tão ineficazes quanto as desesperadas parteiras** (MARTINS, 2004, p. 71).

Figura 7 Novos instrumentos para partejar.



Fonte: Site <https://bebemamae.com/parto>

Nota-se que os manuais de obstetrícia, desde os séculos XVI e XVII, lançam registros de instrumentos inventados e aplicados como uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista. Os cirurgiões criaram todo um arsenal cirúrgico com a utilização de pinças, tesouras, dos fórcepses, ganchos e perfuradores, além de manobras obstétricas e operações, como a embriotomia e a cesariana (Martins, 2004).

Tal como na psiquiatria do século XIX e início do século XX, a teoria persuasiva dos aparatos obstétricos se pautou na justificativa da humanização, compaixão e da recusa do tratamento “ainda mais punitivo” à mulher, pois, afinal tratava-se de um projeto apresentado como científico e racional. Enquanto a psiquiatria atraía os “loucos” para os

hospícios, a ginecologia e a obstetrícia atraíam as mulheres para a maternidade, tornando normal e orgânico dezenas de intervenções sobre o parto, mais tarde descobertas como desnecessárias e violentas.

CAPÍTULO 4 - A inserção das mulheres na nova ciência

Neste capítulo, passamos a discutir as dificuldades impostas para a manutenção e exercício do protagonismo feminino na medicina da mulher, de meados do século XIX até meados do século XX. Estudamos a respeito da retirada e da posterior entrada das mulheres na “ciência” vinda para o Brasil, e também tratamos das dificuldades na obtenção dos títulos de parteira e médica, impostas pelas autoridades sanitárias e pela Faculdade de Medicina da Bahia.

Por ora, discutimos a lei que permitiu o ingresso das mulheres nos cursos de medicina, destacando as primeiras a conquistarem a graduação na Bahia e os traços de diferenciações epistemológicas entre mulheres e homens da ciência médica obstétrica.

Considerando desse modo a orientação do texto, também nos dedicamos a falar de controvérsias suscitadas pelas feministas da ciência na década de 1980, que identificaram todo um percurso criado por homens no passado a respeito da dedicação das mulheres à atividade científica. Aqui, discutiremos epistemologias feministas, ideologias de gênero e saúde, os pontos de partida investigativos da ciência feminina no século XIX, o lugar privilegiado de conhecimento, o controle masculino da medicina, as classificações de normalidade e anomalia corporal e a naturalização de preconceitos de gênero.

Constatamos que o estudo de aspectos da história do parto e da ciência, constituem percursos nítidos de como os discursos e práticas científicas foram capazes de gerar enormes violências em corpos grávidos, suscitando a necessidade de repensar a instrumentalização de dominações e violências físicas, psicológicas e morais nas relações de gênero.

4.1 Exclusão das mulheres na medicina

A história da medicina da mulher passou a ser estudada em anos recentes por pesquisadores/as, em sua maioria mulheres, que protagonizaram investigações no campo da história da mulher na ciência. A perspectiva inicial era resgatar as mulheres pioneiras

que produziram ciência, identificar as diferenças entre trajetórias profissionais de mulheres e homens e as diversas barreiras que obstaculizam estas mulheres. Depois, inúmeros trabalhos foram desenvolvidos no sentido de identificar as influências epistemológicas que a ausência de gênero trazia para as ciências, e no suporte de acesso educativo dessas mulheres.

As agendas feministas e esses estudos de gênero da década de 80 do século XX, contribuíram enormemente para os avanços no campo de estudo das ciências, revelando inclusive estruturas de poder e relações nas quais interesses e disputas influenciavam embasamentos científicos epistêmicos. Passaram, deste modo, a questionar o determinismo científico pelo viés de gênero e apontar controvérsias e conflitos presentes na produção acadêmica, bem como consequências sociais destes conhecimentos envezados.

Margaret Rossiter (EUA-1980) foi a primeira historiadora a se debruçar sobre o tema da trajetória de mulheres na ciência. Também a filósofa Sandra Harding (EUA-1986) e a historiadora Londa Schiebinger (EUA-2000) reconheceram epistemologias moldadas por campos masculinos que silenciavam as mulheres e construíam um universo hegemônico androcêntrico e sexista. No Brasil, Maria Teresa Citelle (2000) foi expoente na problemática do gênero na ciência e focou-se na questão da inclusão, permanência e distorção da experiência feminina universitária, motivando interesses em perspectivas ligadas às mais diversas áreas (ciências exatas, biológicas, humanas, sociais).

Nosso caso específico, qual seja, a medicina da mulher, sobretudo em atenção ao parto, foi uma área aqui delimitada justamente por integrar pressupostos de uma ciência que, consolidada no século XIX, ainda hoje insere a mulher em situação de violência e desestabilização sobre seu próprio corpo. Pensamos não somente na baixa inserção da mulher nos cursos de medicina (outrora), mas, sobretudo, na decorrência desse processo¹³⁰.

¹³⁰ Levantamentos da Demografia Médica (2020) apontaram que os homens no Brasil representam 53,4% da população de médicos e as mulheres, 46,6%.

A princípio ressaltamos que tais análises feministas produziram também um caminho de desconstruções da imagem pejorativa das mulheres imersas em ambientes de conhecimento e habilidade. Por exemplo, as parteiras, durante muitos anos foram exibidas como sujas, ignorantes, feiticeiras, abortadeiras, supersticiosas e de pouco saber. Porém, anos mais tarde se compreendeu que suas práticas de partejo tradicional não provocavam mortes, nem foram tão nocivas à sociedade como fizeram crer os médicos e seus caminhos sistemáticos de afirmação de sua ciência.

Tais debates no Brasil, a princípio, foram lançados pela socióloga Anayansi Brenes (RJ – 1991), pela antropóloga Carmen Tornquist (SC – 2004), pela historiadora Ana Paula Vosne Martins (SC – 2004), pela médica Simone Diniz (SP – 2005), pela enfermeira Dionice Furlani (SC – 2004), pela historiadora Maria Renilda Barreto (RJ – 2007), entre outras. Estas autoras contribuíram para a quebra da visão monolítica da história das parteiras, identificando-as como importantes agentes de saúde pública.

Outras contribuições de pesquisadoras e pesquisadores, que apesar de não focalizarem especificamente a questão do parto, lançaram discussões sobre a história da medicina da mulher. Entre elas estão Maria Lúcia Mott (1993), Mary Del Priori (1995), Adriana Luz (1996), Fabíola Rohden (2001), Caroline Santos Silva (2011) e Patrícia Freitas (2008). Pesquisadores homens também vêm aos poucos se debruçando sobre estas problemáticas, tais como o médico baiano José Souza de Costa, que, em 2007, fez um resgate da história da obstetrícia e da ginecologia na Bahia, o historiador baiano Marivaldo do Amaral, que, em 2005, abordou a fundação da Maternidade Climério de Oliveira, e o historiador Luiz Antônio Teixeira, que, em 2016, com seu grupo de investigadores, analisou o principal manual de obstetrícia do Brasil no século XX.

Com o suporte destes/as diversos/as autores/as e de recortes teóricos que abriram a ponte para discussões entrelaçadas sobre a arte da cura, a medicalização do parto e a medicina da mulher, verificamos que os relatos de naturalistas estrangeiros, desde o século XVI, já informavam que as mulheres na Bahia/Brasil eram as primeiras a serem ouvidas quando havia necessidade de intervenção médica. As cozinhas, quintais e hortas caseiras serviam como verdadeiros laboratórios medicinais e espaços de predominância feminina; os cuidados com a gestação, o parto e a prole também eram apropriados

originalmente por elas, que, deste modo, intercambiavam saberes empíricos e ensinamentos passados de geração a geração por suas ancestrais (RIBEIRO, 1997).

No entanto, a chegada de um aparato científico-erudito no Brasil, unido à prática preconceituosa e inquisitorial da igreja, tornou o conhecimento daquelas mulheres algo espúrio e diabólico e suas atividades foram sendo repreendidas em grande medida pelos homens de poder público, como vemos neste trecho o relato com tamanha carga pejorativa e incriminadora: “apesar de serem muito procuradas, as mulheres só costumavam tratar de picadas de cobra após a menopausa, pois, antes disso, ‘elas próprias [eram] venenosas’” (SPIX; MARTIUS *apud* RIBEIRO, 1997, p. 105)¹³¹.

Ainda que despontassem como figuras importantíssimas na formação e desenvolvimento da medicina popular, o universo masculino teológico e governamental português, desde o início da colonização brasileira, tratou de organizar processos acusatórios e desfavoráveis às mulheres que se dedicavam à cura. Muitos foram os julgamentos sociais, jurídicos e administrativos que, da América colonial, iam parar na Corte Portuguesa, entregando curandeiras e parteiras à tribunais inquisitoriais, como foi o caso da escrava Maria, da Vila de Itu, da mameluca Domingas Gomes da Ressurreição, no Grão-Pará, e de Joana Dias, da Vila do Mogi Mirim (RIBEIRO, 1997).

Por este cenário, já se nota a tentativa de superposição de poderes de gênero na prestação da assistência aos doentes, desde os tempos mais remotos. De acordo com a autora do livro *A medicina além dos trópicos*, “os ataques às mulheres eram ferozes”, demonstrando que o despeito e o temor aos conhecimentos femininos no Brasil adviriam desde o século XVI, pesando a tradição milenar da Igreja Católica em associar a mulher ao pecado (RIBEIRO, 1997).

Além disso, antes mesmo da chegada das Escolas de Cirurgia em 1808, como vimos no capítulo anterior, o campo da assistência à saúde, de um modo geral, passou a exigir títulos oficiais aos que informalmente se dedicavam à cura na sociedade (barbeiros, boticários, cirurgiões, curandeiros e parteiras). A Corte Portuguesa fundou seus tentáculos em todos os setores sociais, inclusive no exercício das atividades médicas,

¹³¹ Johann Baptist Spix, foi um naturalista alemão. Em 1817, Spix e o seu colega Carl von Martius foram convidados para realizar uma expedição ao Brasil, com o objetivo de descrever sua fauna e flora.

através do estabelecimento de requisitos institucionais como aquisição de cartas de autorização e/ou exigência de formação nas faculdades de medicina.

As cartas de autorização eram expedidas perante solicitação e seleção realizada por Comissões Sanitárias, Físicos-Mor, Cirurgiões-Mor, Junta Central de Higiene Pública, Câmara Municipal do Rio de Janeiro, Junta do Protomedicato e/ou por órgãos de fiscalização e controle da saúde pública como o Departamento de Higiene. Mas, partir de 1832, o processo de vigilância e institucionalidade ficou mais avançado, tornando dificultoso e centralizado a possibilidade do exercício da cura popular, pois só poderia adquirir títulos e autorizações aqueles que ingressassem nos cursos ofertados pela Faculdade de Medicina da Bahia – FMB (farmacêutico, dentista, parteiro, médico).

Como se vê, não foi diferente com as mulheres parteiras, além de inicialmente serem exigidas as cartas de autorização para exercerem o partejo, passaram a cobrar, após 1832 (com a segunda reforma da Faculdade de Medicina da Bahia), ingresso e formação acadêmica dentro das instituições oficiais de ensino, no caso da Bahia, a FMB, em seu curso de obstetrícia.

Deste modo, sem registros, formações ou cartas de exame/autorização, penas drásticas ameaçavam as parteiras. A aquisição do título de parteira se tornou um gargalo para diversas mulheres que se dedicavam informalmente à assistência (parteiras leigas), pois, ser uma parteira “profissional”, a partir de 1832 no Brasil, exigia: cursar 2 anos da faculdade de medicina, ter ao menos 16 anos, ter autorização do pai, apresentar atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz, ter domínio da escrita e da leitura em português, além de efetuar pagamento pela matrícula no valor de 20\$000 réis (SILVA, 2011).

Em 1854, o decreto 1.387 de 28 de abril, ampliou as exigências para aquisição do título de parteira, impondo, para entrada no curso de obstetrícia, as seguintes cobranças: nova idade das candidatas, que passou de 16 para 21 anos; moralidade atestada pelas famílias; autorização do marido caso fosse casada; conhecimento do francês e das quatro operações matemáticas.

Neste curso obstétrico, com duração de 2 anos, criado na FMB em 1832, somente 2 mulheres se formaram durante todo o século XIX.¹³² Ou seja, no período de 68 anos de oferta, a escola baiana diplomou apenas 2 parteiras – Joanna Maria Vieira e Maria Leopoldina de Souza Pitanga – e validou o diploma de outras duas – Aurora das Dores Leitão (portuguesa) e Mathilde Bertelli (italiana) (BARRETO, 2008).

Já no início do século XX até 1908, somente 5 mulheres se formaram parteiras (Santos, 2019). Para Palharini e Figuerôa (2018), “as primeiras escolas de parteiras no Brasil foram criadas no Rio de Janeiro e na Bahia, em 1832, e em São Paulo, em 1912. Em Porto Alegre, apesar de ter funcionado apenas por dois anos, a Santa Casa de Misericórdia criou o curso de partos em 1897” (p. 1045). De acordo com Santos:

O curso de parteira foi ofertado pela FMB com o objetivo de controlar os saberes das parteiras e medicalizar o parto; os médicos buscavam dominar este campo até então das mulheres que “[...] obtinham a legitimação de sua profissão através da prática cotidiana, conquistando a confiança das parturientes”. Com os empecilhos colocados para que as mulheres adentrassem esse curso, como idade, os valores e o aval escrito de seu pai, o curso de parteira, além de formar pouquíssimas estudantes, era considerado o mais periférico dentro da Faculdade. As parteiras não tiveram direito sequer a formatura, colação de grau e muito menos anel que simbolizasse a conquista; “só nos meados dos primeiros 50 anos do século XX os Odontólogos e posteriormente as Parteiras tiveram atos solenes e Oradoras (SANTOS, 2019, p. 57).

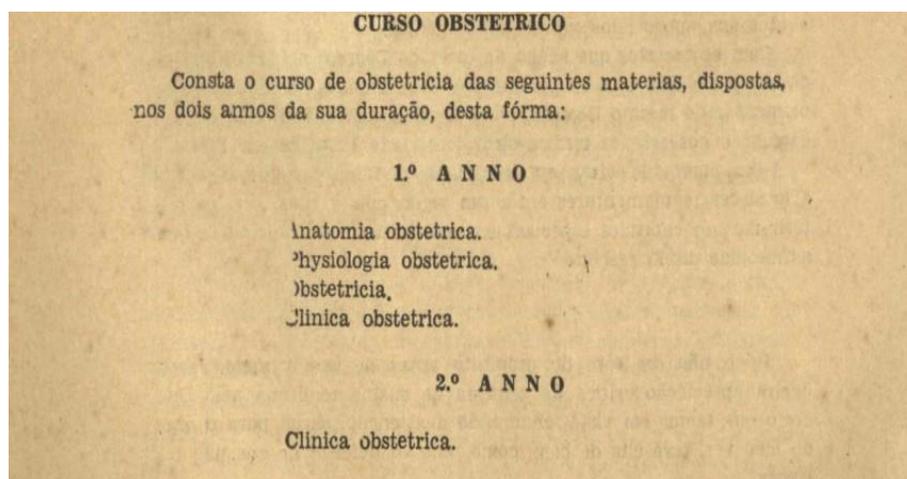
Em 1862, um conselheiro diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, médico e senador Jobim, para tentar expandir o curso de parteiras, sobretudo alegando ausência de médicos no interior do país, elaborou um projeto de reformulação do ensino, no qual previa a criação de escolas secundárias de saúde, puramente práticas, com o objetivo de prover a falta de médicos, farmacêuticos e parteiras no interior do Brasil.

O projeto previa curso de formação de parteira com duração de 1 ano (ao invés de 2) e sem cobrança de matrícula. No entanto, o parecer da comissão da faculdade de medicina do Rio de Janeiro negou o pedido, alertando para a concorrência de profissionais, e os argumentos deixaram evidente “o desejo de reservar a prática obstétrica para os médicos” (MOTT, 1999, p.139).

¹³² Em 1911, 13 alunos se matricularam no curso obstétrico ofertado pela FMB.

A primeira mulher formada parteira no curso obstétrico da FMB foi Joanna Maria Vieira, em 1843, e a segunda foi Maria Leopoldina de Souza Pitanga, que concluiu o curso em 1847 (FORTUNA, 2004). Em âmbito nacional, a primeira mulher formada no Brasil como parteira do curso obstétrico foi na FMRJ, chamada Marie Josephine Mathilde Durocher.¹³³ Era de origem francesa e recebeu a carta de parteira em 1834, foi também a primeira mulher membro da Academia Imperial de Medicina em 1871: “Madame Durocher vestia-se como homem porque, explicava, exercia uma profissão masculina” (SOUZA, 1967 *apud* BRENES, 1991, p. 139).

Figura 8 Disciplinas do curso de parteira/o/ obstetrícia da FMB, 1924.



Fonte: *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. 1940, ARAGÃO, 1940.

No período em que antecedeu a criação do curso de obstetrícia na FMB, 13 mulheres¹³⁴ conquistaram, perante a Fisicatura-mor, a autorização de seu ofício de parteira e receberam as cartas de autorização. Mulheres oriundas de Salvador e do

¹³³ A clínica de Madame Dorucher chegou a realizar mais de 5 mil partos (MOTT, 1994).

¹³⁴ Mulheres que conquistaram autorização para partejar entre 1811 e 1826: “Anna Maria do Carmo, Anna Francisca de Oliveira, Anna Roza, Raimunda Nonata de Jesus, Ignacia Francisca de Souza, Anna Maria Joaquina de Sant’Anna, Antonia do Rozário de Moura, Maria da Anunciação, Maria do Rozário, Anna Maria do Sacramento, Clemência Maria da Silva, Joaquina Maria das Virgens e Simoa Maria de Jesus (Livro de Exame..., 1825-1828; Fisicatura-mor, 1808-1828 *apud* BARRETO, 2008, p. 910). Dessas 13 mulheres, 4 eram viúvas e 9 solteiras; 3 eram negras e 1 crioula forra.

Recôncavo e algumas raras estrangeiras, no século XIX, conquistaram este “status profissional oficial”, mas, no geral, muito poucas conseguiram obedecer às exigências de legitimação da profissão, tanto em relação às cartas, quanto em relação ao curso de obstetrícia na FMB. E, de acordo com Barreto (2008), na Bahia não se consolidou um movimento homogêneo de parteiras, tal como se deu no Rio de Janeiro, onde buscaram de maneira organizada e coletiva a conquista de cartas e matrículas nos cursos de partos.

Compreende-se, assim, que práticas obstétricas difundidas no mundo universitário, demoraram a fazer eco entre as mulheres baianas parteiras e parturientes, até a chegada das maternidades, visto que a maioria destas mulheres estavam longe dos estudos acadêmicos e hospitais. Além de poucas profissionais formadas ou atestadas, o número de parturientes a frequentar os espaços hospitalares consolidados pelos novos médicos obstetras foi muito pequeno também, não proporcionando mudanças amplas nas cenas de parto nesse período.

As extensas teorias quanto à medicalização do parto, já formuladas pela categoria de médicos e autoridades sanitárias no século XIX, e o perfil fiscalizador das autoridades baianas, foram pouco reconhecidos socialmente, se comparado ao Rio de Janeiro, por exemplo. Desse modo, afirma-se que o embate entre médicos e parteiras do século XIX, na Bahia, situou-se muito mais no campo retórico do que no campo prático, acabando por tornar inoperante as legislações fiscalizadoras. Sobre isso, Barreto afirma:

A legislação que proibia a atuação das parteiras e outros praticantes das artes de curar sem formação acadêmica ou licença **foi letra morta**, demonstrando assim o prestígio social desse grupo. Essa leniência por parte daqueles que deveriam ‘vigiar e punir’ levou os médicos a bradarem contra os curandeiros e as parteiras nas páginas dos periódicos leigos e especializados e a responsabilizarem as instâncias fiscalizadoras por inoperância (BARRETO, 2008, p. 911).

Mesmo sem possuir cartas de autorização ou formação na FMB, as parteiras leigas continuavam a anunciar seus serviços em jornais e periódicos baianos, e algumas parteiras mais atuantes (4 parteiras) foram encontradas nos registros de óbito do cemitério Campo Santo em Salvador. Vê-se, portanto, que em sua maioria, o nascimento na Bahia do século XIX preservou sua característica de evento restrito ao espaço doméstico, sob os cuidados dessas parteiras leigas.

Na estatística elaborada por Barreto (2008), as parteiras leigas eram pardas, já as diplomadas ou as que conseguiam se formar pela Faculdade de Medicina da Bahia, tinham o perfil de mulheres brancas, alfabetizadas e que viviam do ofício.

Se já não era simples adquirir as cartas de autorização ou adentrar aos cursos normais de parteira na FMB, ainda mais difícil foi contrair o título de doutora em medicina, que só se tornou possível com o decreto 7.247, de 1879, através da reforma de ensino do ministro Leôncio de Carvalho. Esta reforma permitiu a entrada de mulheres brasileiras em todos os cursos de ensino superior no país: “É facultada inscrição de que tratam os §§ 16, 17, 18 e 19 aos indivíduos do sexo feminino, para os quaes haverá nas aulas logares separados” (art. 24 § 20).

Isso significou a concretização de um longo debate em que a educação feminina virou tema central de parlamentos políticos e onde diversas vertentes de pensamento apresentaram seus argumentos sobre o papel e a capacidade intelectual das mulheres na sociedade: “as discussões sobre a entrada das mulheres no ensino superior foram extremamente acirradas” (SANTOS, 2019, p. 79). De acordo com Rago (2001), a primeira médica brasileira a militar no país pela causa da educação universitária feminina foi a Dr^a. Maria Augusta Generoso, que tendo se formado nos EUA, lutou pelos direitos civis das mulheres no Brasil e exerceu influência nos debates intelectuais travados no século XIX, levando D. Pedro II a assinar a Reforma Leôncio de Carvalho, decreto nº 7.247.

A Dr^a. Maria Augusta Generoso foi fonte de inspiração para outras mulheres dispostas a enfrentar um mundo masculino da medicina universitária e abriu portas para o acesso ao ensino superior de mulheres. Assim, comentava Rago:

Peter Gay escreveu que, na Europa, **o acesso às faculdades suscitou polêmicas mais violentas do que o direito ao voto feminino**. Os médicos do século XIX, principais responsáveis pela construção da imagem da mulher como mãe e esposa, suspeitavam das que adotassem uma atitude contestatória diante dos papéis exclusivos de mãe-esposa-dona-de-casa e almejassem um novo lugar no mundo e novas definições do "ser mulher". Na França, por exemplo, nessa época, **as profissões ligadas à saúde e ao direito só foram confiadas às mulheres depois da regulamentação das profissões ligadas ao magistério**. A inserção das mulheres na medicina foi um processo lento e difícil, e muitos obstáculos tiveram de ser removidos até que as primeiras

médicas, no mundo todo, fossem reconhecidas tanto por médicos como pela sociedade em geral (RAGO, 2008, p. 987).

Nísia Floresta foi também intelectual de destaque, professora e escritora norte rio-grandense, que escreveu em 1832 o documento *Direito das mulheres e injustiça dos homens*¹³⁵, foi considerada a primeira feminista do Brasil e denunciou a situação de subordinação das mulheres, reivindicando liberdade e direitos como o acesso à educação, à ciência e aos postos de comando. Nísia, tal como outras feministas de sua época, apesar de despontarem num imenso roteiro de pautas para mulheres, permaneciam pregando os papéis virtuosos da maternidade e da rainha do lar (SIQUEIRA, 2009).

Especificamente a medicina do século XIX foi o campo profissional mais rígido e fechado para a ascensão das mulheres, pois a oposição dos homens era contumaz. Apesar de já começarem a aceitá-las em profissões de menor prestígio (enfermagem e o magistério), na medicina, a falta de aceitação era taxativa. A oferta às mulheres nesse período era restrita à cursos e instruções para cozinhar, lavar, engomar e costurar, e as que tivessem maiores condições financeiras podiam até aprender música, pintura e outras artes.

A reforma de ensino do ministro Leôncio de Carvalho, portanto, significou o início de uma possibilidade para mulheres (de classe alta) adentrarem aos espaços de instrução superior frequentados apenas por homens. Esta reforma atualizou o direito à educação no país, apesar da persistência de muitos desafios para desenvolver tais estudos. Alguns entraves perpassavam não apenas os problemas de acesso, mas também: 1) a desconfiança que a sociedade tinha em ver mulheres estudando nos “cursos de homens”; 2) a necessária preparação prévia para adentrar ao curso de medicina; 3) as despesas provenientes de matrículas e do material para o curso; 4) a disponibilidade de algum homem da família para acompanhar as mulheres durante as aulas (SANTOS, 2019), pois “no final do século XIX, a legislação do ensino médico obrigava as estudantes a assistirem às aulas devidamente acompanhadas, sentando-se em cadeiras separadas dos colegas homens” (RAGO, 2008, p. 989).

¹³⁵ Tradução e acréscimo da obra da inglesa Mary Wollstonecraft.

Um estudante de medicina no final do século XIX chegou a publicar na *Gazeta Acadêmica* que uma mulher médica deveria abandonar sua carreira em nome da pátria, pois em a exercendo, passaria a frequentar as ruas¹³⁶ e se absteria de ser mãe (SANTOS, 2019). Ou seja, o exercício profissional da medicina significava o trânsito das mulheres para fora do ambiente doméstico, aferia-lhe rendas e possibilidades de independência e autonomia em relação ao controle masculino (VANIN, 2008). Há que se dizer que a reivindicação de um trabalho externo e remunerado para as mulheres nesse contexto, estava voltado às de classe média e da elite, uma vez que as pobres (mestiças e negras) já trabalhavam fora dos muros domésticos desde o período colonial.¹³⁷

As mulheres baianas só puderam adentrar às instituições formais para obtenção do título de médica (curso geral), 71 anos após os homens, e, ainda, na condição de estudantes. Devido mesmo ao anúncio do ingresso de mulheres na graduação em medicina, intensos e acalorados debates sociais foram revelando as dicotomias da relação de gênero no período. E, antes mesmo da reforma educacional de Leôncio de Carvalho e de sua legislação favorável à entrada dessas mulheres, a *Revista Gazeta Médica da Bahia* exemplificava a mentalidade da época em relação à formação universitária de mulheres médicas:

Não há nada tão materialmente inaceitável como uma doutora em medicina [...] Fez Deus a mulher para ser a companheira do homem, deu-lhe o lugar mais santo da família, incumbiu-lhe as funções instintivas da maternidade. [...] Emancipação da mulher pela medicina! A que preço? Porque sacrifício? Privam-a dos melhores sentimentos, roubam-lhe os mais santos affectos, empanam-lhe a sua mais brilhante auréola, compram-lhe o coração, a alma, os sorrisos, as lágrimas, o amor, a poesia só para lhe deixarem....o quê? A cabeça? **A cabeça! A única coisa má da mulher** (Escholiaste Medico) (*Gazeta Médica*, 1868, pp. 70, 71,72, *apud* FORTUNA, 2014, p. 57).

Piadas e deboches são os primeiros relatos encontrados quando se divulgou na Bahia o início da admissão de mulheres em escolas médicas na Suíça (em 1868), o que

¹³⁶ O que só era permitido às mulheres solteiras

¹³⁷ Ao analisar a força de trabalho feminina na Bahia, Vanin (2008) afirma ter ocorrido um aumento de 4,4% em 1900 para 22,4% em 1920, chegando a 22,7% na década de 1940.

aconteceria mais tarde em relação ao ingresso delas nas escolas médicas da Bahia (ALENCAR, 2012).

Embora oficialmente aceitas na graduação em medicina da FMB em 1879, o número de mulheres inscritas também foi, durante muito tempo, irrisório. O preconceito da sociedade e a impossibilidade de frequentarem cursos preparatórios para o ingresso nessa instituição dificultava sua entrada no ensino superior. Para adentrar à FMB, em 1924, era necessário passar pelo vestibular demonstrando conhecimentos em inglês e francês, além de conhecimento em aritmética, geometria, filosofia e latim (BRENES, 1991). A bibliografia indicada para o vestibular era a seguinte:

Os livros escolhidos para as provas escritas foram: Lanessan — Histoire naturelle ou Brumpt — Parasitologie e The New Reader, para **os exames de francês e de inglês** correspondentes à matrícula no curso médico; para os exames atinentes aos cursos de farmácia, de odontologia e de obstetrícia: Fénelon — Télémaque, para o primeiro, e Filon — Narrations françaises, para os dois últimos (*Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*. ARAGÃO, 1940, p. 41).

Unindo o levantamento de teses doutorais da FMB, realizado por Meirelles *et al* (2004) (teses de 1840 a 1928) e o levantamento da Biblioteca Virtual em Saúde (teses de 1821 à 1852), realizado por nossa pesquisa, podemos constatar que de um total de 2.577 teses escritas em 107 anos, somente 15, ou seja, 0,6%, foram escritas por mulheres. Obviamente, como elas só puderam ter acesso à universidade para produzir tais teses a partir de 1879, verifica-se que em 49 anos de acesso, somente 15 teses foram produzidas. Esses dados trazem à luz a dimensão da produção e da participação acadêmica feminina e masculina na Bahia e permitem compreender a existência de uma ciência controlada unilateralmente por homens.

O fenômeno do controle do pensamento social, da exploração e do domínio de ferramentas de mediação do sistema de poder científico, deflagraram aspectos centrais na história do parto e da medicina da mulher na Bahia, entre os quais: a desconsideração de múltiplas experiências científicas femininas originais; a exclusão de sujeitas de um habitat profissional próprio, no caso, as parteiras; e o equívoco da construção de um domínio escolar-universitário distanciado da rede de apoio social já consolidada no conhecimento sobre o parto.

Durante todo século XIX, apenas 6 mulheres se graduaram em medicina na Faculdade de Medicina da Bahia e 3 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Na Faculdade de Medicina da Bahia, formaram-se: em 1887, Rita Lobato Velho Lopes; em 1890, Anna Machado Marinho Falcão; em 1890, Ephigênia Veiga; em 1890, Amélia Pedrosa Benebaim; em 1892, Glaфра Corina de Araújo; e, em 1893, Francisca Prager Fróes. Já na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, formaram-se: em 1888, Ermelinda Lopes Vasconcelos; em 1889, Antonieta César Dias; e, em 1892, Maria Amélia Cavalcanti de Albuquerque (MEIRELLES *et al*, 2004).

A sétima mulher diplomada na FMB se tornou a primeira graduada no curso médico do século XX na Bahia e foi Maria Odília Teixeira, que, em 1914, virou a primeira mulher médica negra docente da FMB, na função de médica-parteira da Maternidade Climério de Oliveira, na época, por lei, considerada auxiliar de ensino (SANTOS, 2019).

Em 1883, estavam matriculados 67 estudantes de medicina da FMB, todos do sexo masculino e 41 anos depois, em 1924, nessa mesma faculdade, existiam 53 professores, 42 auxiliares de professores, 11 administradores e 71 formandos, todos homens também (ver **anexos 4 e 5**).¹³⁸ Ainda, de acordo com Vanin:

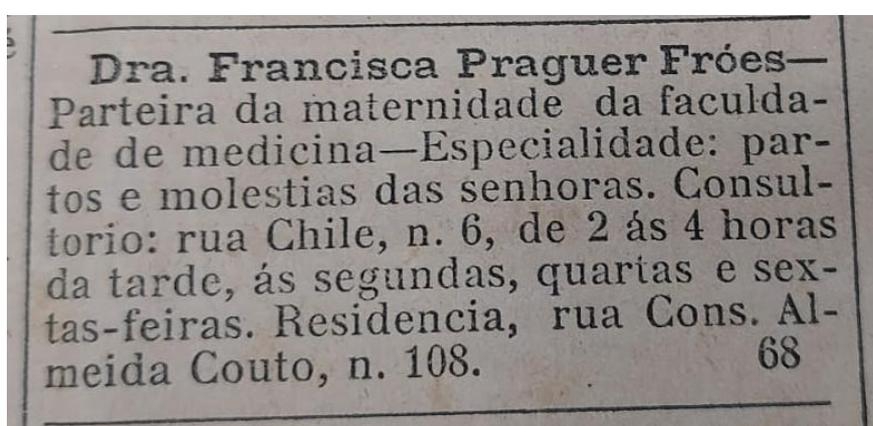
A constatação válida para a Sociedade de Medicina da Bahia, onde as mulheres que porventura participavam diretamente da diretoria encontravam-se em funções de não destaque, também o é para o **1º. Congresso Regional de Medicina da Bahia ocorrido entre os dias 1 e 8 de dezembro de 1935, onde a presença feminina é insignificante na plateia da conferência de abertura do evento**, onde aparecem em fotografia reproduzida nos Annaes da Sociedade de Medicina da Bahia (1936, p. 161) a presença de três mulheres (VANIN, 2008, p. 238).

Em 1907, Aurora das Dores Leitão foi nomeada parteira interina da Maternidade Climério de Oliveira. Porém, esta instituição ainda estava sendo construída e após sua inauguração, não encontramos nenhum relato a respeito da atuação desta parteira na MCO (*Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao Ano de 1906-1907*. MENDES, Antônio Pacheco).

¹³⁸ ARAGÃO, Gonçalo Moniz Sodré de. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1924*.

Já em 1910, Francisca Pragner Fróes se tornou médica-parteira¹³⁹ da MCO , e em 1914, foi a vez da médica-parteira Maria Odília Teixeira¹⁴⁰: “ao lado de Odília trabalhava Aurora das Dores Leitão, portuguesa que havia revalidado seu diploma de parteira em 1899 e fora admitida no cargo de parteira interina em 1907” (SANTOS, 2019, p. 119).

Figura 20 Anúncio dos serviços clínicos da médica parteira Dr^a Francisca Pragner Fróes.



Fonte: *Jornal Diário da Bahia*, outubro/1910.

Em suma, de meados do século XIX às primeiras décadas do século XX, vimos a exclusão das mulheres das faculdades de medicina, tanto no curso superior, quanto nos cursos livres de obstetrícia. Por volta de 1871:

O curso obstétrico para mulheres acha-se de há muito no esquecimento; não é de certo por falta de vocação e capacidade das nossas patrícias que elle só teve de ser frequentado, **desde a promulgação da lei que o criou, duas alunas sucessivamente**; Quanto a cursos particulares, **não consta que houvesse durante o ano, como em quasi todos os anteriores** (*Memória Histórica da*

¹³⁹ Chamo de parteira a mulher formada no curso de obstetrícia da FMB (2 anos), e de médica-parteira a mulher graduada no curso de medicina e especializada em obstetrícia (6 anos).

¹⁴⁰ “Francisca Fróes trabalhou até o ano de 1914 como médica parteira da MCO, o que corresponderia ao cargo de assistente de Cadeira de Clínica obstétrica, deixando vago o seu cargo, que, em seguida, passou a ser ocupado por Maria Odília” (SANTOS, 2019, p. 117).

Não podemos afirmar com precisão se o número muito reduzido de mulheres e, por longos anos, a ausência delas no interior das faculdades de medicina, possibilitaram a disseminação de procedimentos e métodos mais invasivos, cirúrgicos e interventores no parto. Como vimos, o avanço progressivo deste modelo de assistência foi a tônica predominante de diferenciação entre médicos e parteiras. Mas é fato que, quando as mulheres começaram a adentrar as instituições universitárias enquanto estudantes, os homens já tinham 71 anos de influência no conhecimento, e quando o acesso delas para exercerem a cátedra universitária foi possível, já tínhamos 167 anos de diferença de gênero.

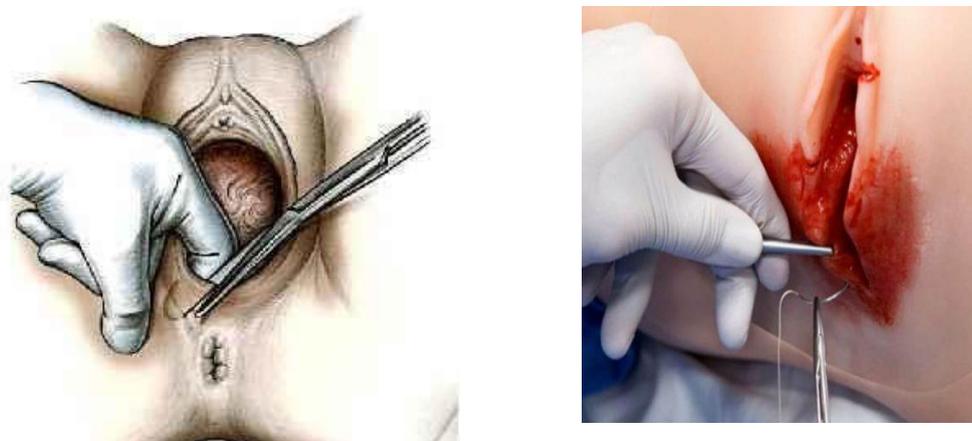
Para Santos (2019), a primeira mulher a conseguir o título de catedrática de uma cadeira médica na FMB foi Maria Theresa de Medeiros Pacheco, somente no ano de 1975. Desse modo, as mulheres, apesar de adentrarem nos primeiros anos da fundação da Maternidade-Escola Climério de Oliveira, com o cargo de médicas-parteiras ou auxiliares de ensino, não estavam legitimadas a atuarem na prática docente.

A primeira mulher médica-parteira da FMB foi Francisca Prager Fróes (1872-1931), formada pela FMB em 1893, que também virou parteira da Maternidade Climério de Oliveira. A Dr^a. Fróes publicou um artigo na *Revista Gazeta Médica da Bahia* em 1903, com o título *Episiotomia e profilaxia das rupturas perineais durante o parto*. Por este artigo, Francisca levanta estudos de mais de 20 autores sobre o tema do corte na vagina durante o trabalho de parto (episiotomia), indicando que existiam controvérsias entre médicos sobre o assunto, no entanto, a mesma era adepta de um posicionamento menos interventor e se mostrava contrária ao corte vaginal durante o parto, chamando assim atenção de todos os parteiros: “nenhuma operação, ao meu ver, foi mais desvantajosamente lembrada e praticada [...] é preciso muito jeito e paciência...” lembra ela sobre a arte de partejar (*Revista Gazeta Médica da Bahia*. FRÓES, 1903, p. 66).

A episiotomia se configura como caso clássico e rotineiro de violência obstétrica. Ela se caracteriza como um corte realizado no períneo da mulher (entre a vagina e os anus). O procedimento tem como justificativa ampliar o canal de saída do bebê para

facilitar o parto normal, porém já foi provada sua ineficácia. Atualmente, a episiotomia não é recomendada pela Organização Mundial de Saúde (2018)¹⁴¹ e nem pelo Ministério da Saúde do Brasil¹⁴², e os movimentos de mulheres pelo parto humanizado consideram-na violência obstétrica; no entanto, ela também não é taxativamente proibida. Fica evidente que a Dr^a. Francisca Prager Fróes, desde o início do século XX, já rejeitava tal procedimento.

Figura 21 Foto ilustrativa de episiotomia



Fonte: Site souenfermagem.com.br

Dois anos depois, no mesmo periódico, a Dr^a. Fróes publicou um outro artigo, intitulado *Abortamento no 3º mês com retenção de placenta e infecção consecutiva*. Neste segundo artigo, é possível perceber novamente uma conduta expectante, no sentido de que a Dr^a. Fróes preferia adiar a curetagem, procedimento uterino invasivo, a fim de esperar a resposta natural do corpo, do que agir raspando a cavidade uterina (endométrio). Como esta resposta natural do corpo não veio, a Dr^a. Fróes entendeu por realizar a

¹⁴¹ WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO. Traduzido por Miriam Rêgo de Castro – Enfermeira Obstetra – Equipe Bom Parto.

¹⁴² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

curetagem, o que estancou a hemorragia e a infecção da paciente (*Revista Gazeta Médica da Bahia*. FRÓES, 1905, p. 62).

Francisca Prager Fróes se declarava feminista e ela se dedicou também à causa dos direitos civis e políticos da mulher (voto, divórcio, educação, contra o adultério). Defendeu com mais afinco a questão da saúde feminina publicando discussões relativas às mulheres infectadas por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), preceitos higiênicos, moral, sexual e necessidade de realização do pré-natal. Foi contra o descaso dos governantes em relação às condições sociais das gestantes e a condição de pobreza das mães de prole numerosa, das mães solteiras, das viúvas desamparadas.

Para esta médica baiana, isso fazia parte do quadro de regeneração social e de defesa e proteção da maternidade. Ela se envolveu em discussões científicas e políticas sobre estes assuntos, mas, “se por um lado, lutou pela cidadania feminina, por outro, se envolveu com a defesa da saúde da mulher, combatendo a dupla moral, ou seja, a infidelidade masculina e as ‘doenças venéreas’ transmitidas pelo casamento” (RAGO, 2008, p. 991).

Outro exemplo pode ser visto na tese da Dr^a. Rita Lobato Velho Lopes, que foi apresentada em 1887, ano em que a mesma colou grau em medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia. Rita Lobato despontou como a primeira mulher a colar grau em medicina no Brasil, defendendo uma primeira tese acerca do procedimento cesáreo, intitulada *Paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana*.

No início de sua tese, a Dr^a. Lobato (1887) lançou um olhar histórico sobre a cesariana, citando nomenclaturas dessa operação, também denominada de “gastro-hysterotomia, secção cesaria, hysterotomia abdominal, laparo-hysterotomia”, entre outras; citou mitologias gregas de nascimentos; casos de cesarianas “salvadoras” como o nascimento de Júlio Cezar; e o fato de cidadãos romanos receberem o nome de Cezar. Mencionava ainda que 700 anos antes da era cristã, uma “célebre” lei romana proibiu que se enterrassem mulheres grávidas sem realizar a extração do feto e dessa imposição legislativa nasceram Scipião, O Africano, Manlius, Júlio César e “alguns outros homens notáveis”. Já na era cristã, com a continuidade da vigência desta lei, a intenção era aumentar o número de cidadãos cristãos ou servis ao Estado.

No segundo capítulo da sua tese, Lobato escreveu sobre cesarianas realizadas em mulheres vivas, citando o marco do ano de 1500, quando ao mundo científico viera a ser apresentada esta operação com êxito, realizada por Gaspard Bauhin. Ela afirmou que a cesariana já vinha sendo feita por alguns cirurgiões brasileiros graças ao tratamento listeriano, porém, considerava que só quem detivesse regras científicas bem delineadas poderia ter a honra de ser citado na história da cirurgia.

Mencionou o cirurgião Francis Rousset que, em 1581, publicou o primeiro tratado científico sobre o assunto, “apresentando resultados brilhantes”. Em um dos trechos de sua tese, foi descrito que o livro *Traité nouveau de histerotomia ou enfentement césarien*, de Rousset, era obra de tão grande excelência que, entusiasmados, muitos homens parteiros praticaram “irracionalmente” a cesariana e, assim, houve um abuso da sua utilização na Itália. Por outro lado, Lobato (1887) também acrescentou que a cesariana havia quase desaparecido devido à ocorrência de muitos casos de insucesso e por ter sido combatida por “ilustres” cirurgiões.

Logo em seguida, a Dr^a. Rita Lobato tratou de explicar que as indicações reais e necessárias da cesariana eram para os casos de estreitamento da bacia e tumores uterinos. Ela se referiu também a alguns parteiros como Pajot, que preferia recomendar um aborto em caso de anomalia visível nos primeiros meses à uma cesariana: “aconselhar o aborto é recomendar um feticídio, mas premeditar a operação cesárea é preparar um assassinato científico e algumas vezes um feticídio”(LOBATO, 1887, p. 13). Lobato conferiu grande atenção às palavras ciência e parteiro.

Esta médica adentrou às discussões sobre o que seria mais importante – a vida da mulher ou da criança –, tentando encontrar um equilíbrio entre indicações mais radicais e outras menos, e adotou o posicionamento de que tal operação somente seria indicada em situações de estreitamento de menos de 5 cm, o que é diferente das indicações de cesárea *post-mortem*, onde se sugere que nenhum parteiro deveria abdicar-se da função de realizá-la.

Em suma, as médicas mulheres Francisca Prager Fróes e Rita Lobato demonstravam cautela e propostas menos intervencionistas sobre os corpos femininos.

De acordo com Rago (2008), a Dr^a. Fróes, além demonstrar preocupações no tema da “escravidão das mulheres” em pleno século da “razão” e do “progresso”, também entendia que “a raiz da “inferioridade” do “sexo frágil” residia principalmente na deficiência, ou mesmo, na ausência de uma educação feminina que fosse além dos bordados e do piano” (p. 987). Deste modo, ela atacou a pretensa inferioridade física e intelectual da mulher, propondo outra concepção de corpo, maternidade e cidadania.

Já a Dr^a. Rita Lobato, além de sugerir cautela na aplicação da cirurgia cesariana, defendia o esclarecimento da paciente por parte do médico, colocando a parturiente não como um objeto, mas como um sujeito que precisava e devia saber quais as intervenções seriam feitas em seu corpo: “assim, Rita Lobato parece conceder racionalidade a esta mulher, acreditando que ela tinha a capacidade de entender todo o processo” (SILVA, 2011, p. 59).

Em relação aos principais temas de interesse abordados pelas poucas mulheres que conseguiram tornar-se médicas até o início do século XX na Bahia, traçamos um panorama do período de 49 anos (1879 até 1928), e verificamos que das 15 teses defendidas por mulheres, 10 referiam-se a temas ligados ao gênero feminino. Estas teses tinham como objetos de discussão os seguintes assuntos: cirurgia cesariana; ovariectomia; hemorragia puerperal; raspagem uterina; criminalidade da mulher; lactação; infanticídio; tônus vaginal; e gravidez.

A primeira mulher negra a se formar na FMB, Dr^a. Maria Odília Teixeira, e primeira médica formada no século XX na Bahia, não se restringiu a estudar o tema da ginecologia e da obstetrícia, o que, de acordo com Santos (2019), teria sido uma ousadia para época, pois, assim, maiores possibilidades de expansão na carreira se abririam. A tese da Dr^a. Maria Odília foi defendida em 1909 e se intitulava *Algumas considerações acerca da curabilidade e do tratamento das Cirrroses Alcoólicas*. Com ela, a Dr^a. Maria Odília foi a primeira mulher a escrever sobre este assunto na FMB, quebrando “os padrões sexistas na escolha do tema ao romper os limites do mundo considerado feminino” (p. 74).

Se entre as mulheres médicas, a tendência era discorrer a respeito do corpo feminino (ginecologia e obstetrícia), já entre os homens médicos, das 2.562 teses defendidas em 88 anos (1840-1928), apenas 15 indicavam no título algum debate

específico sobre o gênero masculino, debruçando-se em assuntos tais como: celibato na saúde do homem; infecções; audição; aparelho genital; histeria; uretra; sífilis; psicologia; e próstata. E das 2.562 teses defendidas por homens, 380 delas diziam respeito a temas ligados ao gênero feminino.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA			
2.562 TESES ESCRITAS ENTRE 1840 E 1928			
15	TESES	SOBRE	GÊNERO
MASCULINO		380	TESES
		SOBRE	GÊNERO
		FEMININO	

Notamos, desse modo, a desproporção com relação aos focos de interesses e conhecimentos. “Por exemplo, haviam teses sobre a natureza do ovário, o que é, como funciona, para que serve. Mas não haviam teses sobre os testículos” (ROHDEN, 2002, p. 104). Ao mesmo tempo, estas teses acadêmicas tornavam por justificar diferenças entre os sexos, que se refletiam nos papéis sociais do homem e da mulher. A ginecologia, que em seu nascimento andou atrelada à antropologia, ainda admitiu fazer uma “ciência da humanidade”, que vinha “comprovando” teorias do tipo: “ao homem caberia os desafios do mundo público e à mulher a reprodução da família” (ROHDEN, 2002, p. 122).

Entre as 380 teses da Faculdade de Medicina da Bahia sobre mulheres, escritas por homens, de meados do século XIX às décadas iniciais do século XX (1821-1928), 157 abordaram temas ligados a problemas no útero, ovário, períneo, puerpério, aleitamento, infertilidade e placenta (41%); 58 descreveram processos cirúrgicos, operações ou mutilações em órgãos do corpo feminino (embriotomia, histerectomia, ovariectomia); 56 parto normal e/ou cirúrgico; 36 gravidez; 33 aborto; 26 comportamento moral/corporal da mulher; e 28 discutiram hemorragia e febre puerperal.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA	
380 TESES ESCRITAS ENTRE 1840 E 1928 SOBRE GÊNERO FEMININO	
157 temas ligados à problemas no útero, ovário, períneo, puerpério, aleitamento, infertilidade e placenta	58 temas ligados a processos cirúrgicos, operações ou mutilações em órgãos do corpo feminino (embriotomia, histerectomia, ovariectomia);
56 temas ligados à parto normal e/ou cirúrgico	36 temas ligados à gravidez
33 temas ligados à aborto	26 temas ligados à comportamento moral/corporal da mulher
28 temas ligados à hemorragia e febre puerperal.	

Já na análise das teses da FMRJ, feita por Rohden (2002), num intervalo de tempo de 107 anos, entre anos de 1833 e 1940, temos um achado de 7.149 teses. A autora realizou um recorte a partir da temática da sexualidade e da reprodução e encontrou 1.593 teses, dentre elas, 606 eram referentes ao sexo feminino e 56 ao sexo masculino.

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO	
7.149 TESES ESCRITAS ENTRE 1833 E 1940	
56 TESES SOBRE GÊNERO MASCULINO	606 TESES SOBRE GÊNERO FEMININO

Tais dados sugerem que a mentalidade dos novos “cientistas” da medicina estava presentemente inclinada à ideia de “problemas” relacionados ao aparelho reprodutor e a sexualidade feminina. Já em relação à temática do aparelho reprodutor e da sexualidade

masculina, além do interesse ser muito menor, as teses apontavam para abordagens diferentes:

No conjunto que denominei doenças no aparelho reprodutor masculino, a maioria das teses é sobre tumores ou problemas na próstata e só começam a aparecer a partir de 1869. As teses referentes à urologia não implicam o tratamento da função reprodutiva. As doenças venéreas abrigam, em uma certa medida, a preocupação com a degeneração da capacidade reprodutiva masculina; porém **os órgãos reprodutivos masculinos não são analisados por si mesmos**. Muitas vezes, as teses sobre menstruação ou mesmo sobre puberdade feminina caracterizam a vida da mulher a partir das passagens que sofre em função da preparação, exercício e perda da capacidade reprodutiva. **Não há nada equivalente para o homem, ou seja, a vida masculina não é problematizada pela medicina a partir da capacidade ou não de reprodução como acontece com as mulheres** (ROHDEN, 2002, p. 105).

De acordo com De Beauvoir (1980), Poulain de la Barre escreveu no século XVII: “tudo o que os homens escreveram sobre as mulheres deve ser suspeito, porque eles são, a um tempo, juiz e parte” (p. 16). Desse modo, como num processo de “colonização do parto”, termo cunhado por Pimentel *et al* (2014), a entrada tardia das mulheres no ambiente médico universitário fez com que muito território se perdesse e se marginalizassem os saberes antecessores femininos. Ou seja, a institucionalização da medicina “científica” na Bahia, deslocou o gênero feminino do campo que ele antes protagonizava e ofereceu, por mais de 71 anos, o seu domínio exclusivo para os homens, já que apenas eles tinham acesso à formação científica e à cátedra.

Neste sentido, aventa-se que o ano de 1879 “significou uma conquista política não apenas quanto aos direitos de igualdade no acesso ao ensino superior pelas mulheres, mas no seu ‘retorno’ ao ofício do cuidado com a saúde, que por longo tempo lhes foi retirado” (PALHARINI; FIGUERÔA, 2018, p. 1.040).

A foto abaixo ajuda a compreender a trajetória de exclusão das mulheres de seus saberes ancestrais. Efetivamente, os homens passaram a ministrar cursos e formação às mulheres, mesmo sendo elas as detentoras originais daquele conhecimento.

Figura 22 Médico austríaco Gabriel Schlatter, que veio ao Brasil em finais do século XIX oferecer cursos de partos às mulheres. Assim como ele, vieram médicos da Alemanha, Áustria e Itália.



Fonte: Arquivo pessoal de Gabriel Schlatter, Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul.

Como vimos, ainda que as mulheres tenham sido as primeiras a dominarem as práticas de partejo na origem da história de atenção à saúde da mulher, seus conhecimentos foram, em muitos casos, desprezados e descredenciados pela ciência universitária masculina. Seus saberes e suas lógicas foram transformados em um “conhecimento menor” e uma invisibilidade proposital dentro das historiografias científicas apagou a contribuição das mesmas nestes campos. Ademais, por muitos anos as mulheres foram relegadas ao confinamento doméstico e às atribuições do lar, o que de fato impôs bastantes limitações e afastamentos de setores sociais estratégicos na disputa de poder.

De acordo com pesquisa bibliográfica desenvolvida por Fortuna (2014), na civilização mesopotâmica, milênios antes de Cristo, mulheres praticavam cirurgias,

receitavam e manipulavam medicamentos. Na tumba da Rainha Shubad, em Ur, instrumentos cirúrgicos de pedra e de bronze colocados sugerem que ela praticava cirurgia. Em importantes centros de ensino médico no Egito, como na “Escola de Heliópolis”, mulheres podiam estudar e exercer a medicina.

Existe comprovações de que muitas delas alcançavam o topo da hierarquia médica egípcia, como Peseshet que foi a “Chefe dos Médicos”; Merit Ptah (2700 a.C) também foi alta sacerdotisa e “Chefe dos Médicos” e Hatshepsut (1400 a.C) rainha e médica (Howard, 2008 *apud* Fortuna, 2014). Na bíblia, “Êxodo”, capítulo 1:15:22, há a citação de 2 mulheres que exerceram a obstetrícia – Sifra e Fua. A eficiência de mulheres na medicina teve testemunho público gravado numa placa da cidade de Tlós, na Ásia Menor, de gratidão à médica Antiochis (FORTUNA, 2014).

Já na Grécia, como citamos no capítulo 2, as mulheres passaram a estar em situação de inferioridade em relação aos homens, mas ainda assim apareciam em alguns textos, como Agande (século IV a.C.), Laís e Sotira e as Parteiras Salpe e Olympias de Tebas. Um dos mais antigos textos sobre doenças de mulheres foi escrito por Metrodora de Alexandria, que teria vivido entre os anos 200 e 400 d.C., intitulava-se *Sobre as Doenças e Curas das Mulheres*. Uma cópia deste texto de Metrodora, símbolo de uma cultura médica greco-helenística, encontra-se depositado na Biblioteca Medicea Laurenziana de Florença (FORTUNA, 2014).

Segundo Vanin (2008), o próprio destaque dado a Hipócrates nas historiografias da medicina, que o colocam como construtor dos princípios da medicina ocidental, reflete-se nas relações sociais e de gênero da sociedade grega, onde a ação de pensar o mundo e o cosmo era atribuída somente aos homens. Aristóteles afirmava que “a fêmea é fêmea em virtude de certas carências de qualidade” e que as mulheres possuíam uma deficiência natural de caráter (DE BEAUVOIR, 1980).

Hipócrates tem seu grande valor enquanto compilador dos conhecimentos a respeito da cura e permitiu a criação de um tratado conhecido como *Corpus Hipocrático*, mas a importância deste tratado também foi construído sob o arcabouço teórico da medicina ligada à manutenção e reprodução da vida, atividade dirigida por mulheres parteiras. As mulheres gregas não apenas transmitiam a ciência, mas acrescentaram muita coisa aos tratados médicos masculinos, pois “todas as informações referentes à natureza

feminina contidas nos livros do *Corpus Hipocrático* (do qual se diz que Hipócrates não poderia tê-lo redigido sozinho) foram fornecidas pelas parteiras” (DALL’AVA-SANTUCCI, 2005, p. 32 *apud* VANIN, 2008, p. 19).

Como se vê, a historiografia médica muito pouco reconheceu os saberes que as mulheres produziram ao longo do tempo. Tais saberes não estavam resumidos ao parto, ao nascimento e às doenças das mulheres, mas ampliavam-se para o espaço privado do cuidado com enfermos, do cultivo e preparo de remédios e alimentos, do cuidado com as crianças e da manipulação de ervas. Enfim, as contribuições domésticas e cotidianas das mulheres não foram valorizadas como parte do conhecimento universal, nem tampouco entendidas como tarefas de necessidade vital para a existência humana.

Agnodice praticou medicina disfarçada de homem e ao ser descoberta foi conduzida à Acrópole¹⁴³ para ser julgada por este “crime”, sendo absolvida graça a defesa de suas pacientes mulheres. A Rainha de Caria, também conhecida na Antiguidade como Artemísia II (634 a.C.), além de estrategista naval, destacou-se como botânica e investigadora de problemas médicos.

Em Roma, destacaram-se as obstetras Acca Laurentia, Victoria e Leoparda. E foi Fabíola (Santa Fabíola 380 a.C) que fundou o primeiro hospital da Europa, em Roma, lá ministrando diversos cuidados aos doentes; registro dado pelas *Cartas de São Jerônimo*. Na Gália, a Rainha Radegund (518-587) teve interesse por medicina e acreditou na importância da necessidade da limpeza para os pacientes.

Já na Idade Média, durante os séculos V – XI, a medicina europeia passou a ser uma arte apreendida no interior dos mosteiros, o que a denominou de medicina monástica e ainda não se excluía a presença feminina, época em que Santa Hildegarda (1098–1179), da Alemanha, produziu um acervo médico sobre história natural, cosmologia, medicina e se tornou autora de suma importância.

Os religiosos da Alta Idade Média desempenharam importante papel cultural ao fazerem com que a medicina encontrasse abrigo no interior dos mosteiros, tanto porque atuaram na manutenção (guarda e cópia de manuscritos) e preservação do conhecimento

¹⁴³ Era o ponto mais alto das cidades gregas, ponto montanhoso, onde se construíam templos. Por exemplo, a Acrópole de Atenas ficou famosa pela construção do Partenon, templo em honra à deusa Atena, e o Erecteion, que consagrava o deus Poseidon.

de épocas, como no cuidado e tratamento aos enfermos. Releva-se assim o papel histórico do mosteiro de Vivarium e de Monte Castelo. Devemos lembrar que este período é o de fechamento das academias “pagãs”, quando a cultura estará marcada pela religião católica e restrita aos mosteiros.

Os monges copistas dos mosteiros foram fundamentais na medicina medieval, inclusive na preservação das obras de Galeno e Hipócrates, entre outros. Os escritos médicos passaram a ocupar lugar de destaque nas bibliotecas destes locais. No entanto, um processo de deslocamento gradativo da medicina dos mosteiros para as universidades passou a ocorrer a partir do surgimento destas instituições de ensino no século XIII.

Com o tempo, os monges iam aprofundando, produzindo e divulgando práticas e conhecimentos médicos, porém, as autoridades clericais passaram a temer a atuação deles, que poderia estar sendo desviada das obrigações religiosas. Assim, através de resoluções do Concílio de Clermont, em 1130, e do Concílio de Tours, em 1163, proibiram a prática da medicina aos clérigos, o que fez desenvolver escolas laicas de ensino da medicina. A primeira e a principal delas foi a Escola de Salerno, na Itália, que, desde o século X já não tinha o controle religioso formal, embora seus principais mestres fossem clérigos médicos da Ordem dos Beneditinos.

A formação médica laica ocidental formal, portanto, foi praticada posteriormente, com grande referência na fundação da Escola de Salerno, onde mulheres estudavam e praticavam medicina. Na *Scholae Salernitanae*, mulheres ensinaram e escreveram textos de medicina. Das “Damas de Salerno”, quem alcançou maior fama foi Trótula Platearius (1050-1097), que foi professora e autora de textos médicos, dos quais o mais conhecido é o *De passionibus mulierum curandorum ante, in et post partum*, com 60 capítulos, conhecido como “Trótula Maior” (FORTUNA, 2014). Mas a escola de Salerno não gozava do título de universidade, pois oferecia somente o curso isolado de medicina e não o *Studium Generale* completo.

O curso de medicina vinculado a uma universidade foi instituído somente a partir do século XIII, nas universidades de Bologna (Itália) e Paris (França). Antes disso, a formação médica ocorria de mestre para discípulo, em mosteiros, ou em cursos isolados. E foi assim, dentro da Universidade de Paris, que se seguiu à risca o modelo escolástico, onde judeus e mulheres foram proibidos de frequentar (Vanin, 2008).

A proibição das mulheres no interior das primeiras universidades é explicada pelas transformações que delineavam estrategicamente os planos da igreja no controle dos espaços de construção do conhecimento dito formal. A igreja, sob o controle dessas universidades, aspirou o aniquilamento da presença de todos(as) os(as) sujeitos(as) que pudessem colocar em risco sua organização e funcionamento na hegemonia social. O recente ensino universitário, à medida que se tornou importante para os novos estados-nação, pois para se expandirem requisitavam de corpo técnico burocrático qualificado (médicos, advogados, farmacêuticos, etc.) ensejou um nicho mercadológico em disputa, representando novas formas de ascensão ao poder que quanto mais pessoas fossem proibidas, menor seria a concorrência.

Todo um aparato moral como tática de controle de um “saber legítimo” assim foi articulado contra as mulheres. Em fins da Idade Média, preocupações com magia, heresia e bruxaria, medidas de repressão, silenciamento dos saberes orgânicos e domésticos, imposição de uma política de verdade ortodoxa, tiveram como auge a consolidação das universidades cristãs-escolásticas. Muitas mulheres envolvidas na arte da cura foram parar na fogueira, vistas como bruxas e feiticeiras, pois “acreditava-se que as mulheres eram regidas por sua sexualidade e, portanto, nada mais “coerente” do que afastá-las de funções, atividades e espaços que eram primordiais para a manutenção do poder político e religioso da Igreja” (VANIN, 2008, p. 25).

A influência da Igreja em restringir os saberes e práticas de curas femininas ocorreu tanto no interior das universidades quanto na esfera pública. Ou seja, a proibição dos estudos médicos para as mulheres não mais ficou restrito às universidades, atingiu também os demais setores sociais e de cura. Qualquer iniciativa feminina poderia ser vista como evocação de “poderes sobrenaturais”, afinal ela se tornou a encarnação do pecado, do mal. Assim, os(as) acusados(as) de feitiçaria na Europa, entre XIV e XVII, passaram a ser aproximadamente 82% mulheres (SALLAMANN, 1990, p. 518 *apud*, VANIN, 2008).

4.2 Mulheres na ciência

A historiadora norte americana Londa Schiebinger (1999) afirma que uma das razões da exclusão das mulheres na ciência foi o fato da ciência se institucionalizar no

interior de universidades e academias, pois estas proibiam a entrada das mulheres. Mas para fazer tal afirmativa, a autora realizou um apanhado histórico analisando a contribuição intelectual das mulheres no ocidente.

Ela cita os legados de Hipátia, uma mulher matemática da Grécia antiga; os legados da filósofa natural francesa Émilie du Châtelet; da física franco-polonesa Marie Skłodowska-Curie. No século XV, a filósofa e poetiza italiana Christine de Pizan (1405) relatou alguns inventos famosos criados por mulheres tais como: a fabricação do pão, o tingimento da lã, a elaboração de tapeçarias, o cultivo de grãos, a jardinagem e a fiação de algodão e seda.

Giovanni Boccaccio (1359), crítico literário elaborou 104 mini-biografias de mulheres (maioria rainhas e míticas) do mundo antigo. Em 1690, o estudioso francês Gilles Ménage também publicou uma enciclopédia com filósofas da antiguidade e da modernidade, como parte de sua proposta para admissão de mulheres na *Académie Royale des Science* de Paris. O astrônomo francês Jérôme de Lalande (1786) fez uma breve história das mulheres astrônomas; e o físico alemão Christian Friedrich Harless (1830) apresentou as contribuições femininas em todos os campos das ciências naturais.

No final do século XIX, em 1894, foi organizada a primeira Conferência sobre mulheres e ciência na França, donde derivou o livro de Alphonse Rebière, intitulado *Les femmes dans la science*, sobre as cientistas profissionais, destacando cientistas amadoras e patrocinadoras da ciência. Tais obras eram publicadas majoritariamente em formato enciclopédico (SCHIEBINGER,1999).

Londa Schiebinger (1999) ressalta que a ciência dos séculos XVII e XVIII não era produzida por homens ou mulheres assalariadas. Os cientistas profissionais eram muito raros e existia uma forma menos rígida e economicista de produção da ciência que permitia às mulheres andar pelos círculos científicos neste período. Antes da ciência ser transferida às universidades e instituições de pesquisa, não ficava claro que as mulheres não pudessem exercê-la. Inclusive no século XVI, as oficinas artesanais, organizadas no âmbito das “corporações de ofício” ou “guildas”, serviam como meio de acesso e produção constante de conhecimento e foi justamente nessas “oficinas de guilda”, que as mulheres mais inovaram, produzindo uma ciência menos dependente de livros e mais voltada à experiência prática em cálculo e observação.

Muitas mulheres trabalhavam em observatórios de família com astronomia, tanto que, entre 1650 e 1710, 14% dos astrônomos na Alemanha eram mulheres, que labutavam em telhados e muros de suas casas observando os astros. Neste período, as mulheres das classes mais pobres também foram cruciais nas produções de remédios, prevenção de moléstias, manobras de partejamento, além de participarem como coletoras e catalogadoras de “drogas da Índia” e botânicas. As mais abastadas eram colecionadoras contumazes de curiosidades científicas, encomendando desde conchas a estalactites, insetos, ágatas, etc., e muitas possuíam gabinetes de história natural em suas residências (SCHIEBINGER, 1999).

No campo dos conhecimentos indianos, a matemática Ram Mahalingan afirmou que as mulheres Tamil na Índia desenvolveram áreas cruciais da matemática, como os desenhos de flor de arroz e os jogos de contas. A física Vadana Shiva ressaltou a criação de técnicas de compostos para criação de ecossistemas sustentáveis, além da invenção de bioprodutos agrícolas importantes na manutenção de plantas macias e palatáveis aos animais de criação. No que concerne aos conhecimentos dos povos originais americanos, deve-se notar que as mulheres andinas Quéchuas, foram as guardiãs de sementes de batatas e tubérculos. Consideradas repositórios de altos conhecimentos agrônômicos, estas mulheres Quéchuas ainda cultivam a tradição secular de se reunirem para compartilhar informações sobre a produção, o uso e a conservação e são capazes de distinguir mais de 50 variedades de batatas e outros tubérculos, além de reconhecerem tempo de maturação, rendimentos, susceptibilidade a doenças, propriedades medicinais e culinárias (SCHIEBINGER, 1999).

Entretanto, não há nenhum misticismo no fato das mulheres terem desenvolvido conhecimentos científicos sobre a natureza e o mundo, pois o mesmo trabalho poderia ser realizado pelos homens. Contudo, é importante assinalar que muitos inventos foram proporcionados, sobretudo, pela divisão sexual do trabalho em cada período dado. Os dossiês sobre a história das mulheres são capazes de identificar uma questão chave: o número de mulheres dedicadas a uma ciência específica é inversamente proporcional a seu prestígio e, quanto mais alta a hierarquia científica, menos mulheres são encontradas dentro desses patamares. Na Venezuela, por exemplo, 54% dos médicos formados em 1991 eram mulheres, porém, até aquele ano nenhum membro da Academia Nacional de Medicina era mulher (SCHIEBINGER, 1999).

As bases históricas desse desprestígio se voltam sobretudo aos cenários econômicos do século XIX, que retirou, por um longo período, as mulheres do campo de investigação, prática e consumo das ciências. De acordo com Schiebinger (1999), são estes os fatores responsáveis pelo retrocesso e pela exclusão sistemática das mulheres na ciência: a) a transferência da ciência para o meio universitário (desde o século XIII); b) o fim das guildas artesanais (no século XIX); e c) a polarização entre esfera pública e doméstica no século XIX.

Poucas foram as que conseguiam estudar ou lecionar nas universidades antes do século XX. Laura Bassi se tornou a segunda mulher em toda Europa a se formar no ano de 1732. Com frequência elas prosperavam no campo da física e da matemática, apesar da resistência às incursões femininas. A física Laura Bassi foi celebrada por seu trabalho em mecânica sobre fluidos, efeitos de pressão de ar e invenções de aparelhos com eletricidade. Maria Agnesi também recebeu prêmios por seu manual de cálculo diferencial e integral. Mas, em linhas gerais, as mulheres eram recusadas. Em 1666, a *Académie Royale des Science* de Paris recusou admitir a premiada matemática Sophie German e, muito tempo depois, nem mesmo a física inventora da radioatividade, Marie Curie, foi acolhida (SCHIEBINGER, 1999).

O fechamento das guildas artesanais, após a idade média, encerrou o ciclo de acesso das mulheres de classe média e alta à produção cotidiana e informal da ciência. A criação das indústrias mecanizadas em substituição às guildas ainda as confinou à esfera doméstica.

E desse modo, o formato de instituição científica (academia e universidade) estabeleceu um modelo de cientista, homem, recluso, dentro de um laboratório, bem diferente da ciência que antes era partilhada e mais interna às famílias e corporações coletivas.

A autora Simone de Beauvoir (1980) afirma que a entrada das mulheres pobres no mercado de trabalho durante e após a revolução industrial do século XIX, fez com que a sociedade burguesa voltasse a se apegar à “velha moral” sobre solidez familiar, onde a mulher era o centro dos trabalhos domésticos, já que ela emancipada significava verdadeira ameaça e uma perigosa concorrência.

Nessa tentativa de frear a libertação feminina, apelou-se para o interior das ciências: biologia, psicologia experimental, etc., onde um terreno fértil de moralização e patriarcado ganhou o cunho moderno e científico.

Santos (2019) reforça o entendimento quanto à marginalização dos saberes femininos sistematizados com o progresso da ciência e da medicina moderna (patriarcal), ao afirmar que:

O modelo escolástico e a ciência moderna solaparam os saberes que não fossem constituídos por um método científico validado pelas universidades. Neste ínterim, as mulheres que até então constituíram grande parte destes conhecimentos durante séculos, tiveram seus saberes colocados à margem dessa legitimação científica. **Além do impedimento de estudar nestes espaços,** foi vetado às mulheres o desenvolvimento da profissão sem um conhecimento institucionalizado, e também que mantivessem em suas práticas cotidianas a arte do cuidar, do medicar. Com a medicina passando a ter um valor estratégico, esta não caberia mais à mulher, que no máximo poderia ocupar um papel secundário nas ciências, ora como bem feita ora como auxiliar de um homem que fosse preferencialmente da família (SANTOS, 2019, p. 79).

Mas o funcionamento da engrenagem científica continuou dependente das mulheres, porém, agora, com contribuições não reconhecidas e silenciosas, de esposas que alimentavam, vestiam e cuidavam de seus maridos profissionais. Algumas historiadoras da ciência como Margaret Rossiter (1980) estudaram a colaboração de mulheres como assistentes em trabalhos científicos de seus maridos. Schielbinger (1999) também identificou mulheres que fizeram repetitivos esforços catalogando coleções de história natural, mensurando rastros em filmes, calculando equações, ponderando sobre chapas estelares astronômicas, etc. Apenas ocasionalmente uma mulher desfrutava da assistência marital, como foi o caso de Kathleen Lonsdale, cristalógrafa de raios-X.

Em linhas gerais, as mulheres passaram a ingressar nas carreiras modernas da ciência somente a partir de 1870-1880, após o movimento de mulheres as impulsionarem às universidades. Nos EUA, em 1920, 14% dos doutorados em física e biologia eram ocupados por elas, mas com a ascensão de uma onda conservadora entre os anos 1930 e 1960, este número despencou e só foi retomado com o movimento feminista na década de 1970.

No ano de 1995, por exemplo, 25% dos engenheiros e cientistas nos EUA eram mulheres, no ano 2000, 54% das colações de grau nos EUA eram feitas por mulheres, no entanto, ainda que com estatísticas favoráveis, as ocupações que elas passam a desempenhar após os anos de estudos são de baixa remuneração se comparada aos homens, ou de baixa importância. Se antes as estatísticas serviam para provar o quanto as mulheres estavam em desvantagem na ciência, hoje demonstram o abandono e a má remuneração nas posteriores carreiras científicas que ocupam (SCHIEBINGER, 1999).

Em 1995, no nível de ensino universitário dos EUA, somente 11% do corpo de professores de engenharia eram mulheres e, das 311 universidades de engenharia, somente em 3 delas existiam reitoras mulheres. Quanto mais prestigiosa é a instituição, mais demorada se torna a ascensão das mulheres, afirmou a socióloga Harriet Zuckerman (1980). Também os homens são os que detêm mais financiamentos, laboratórios espaçosos, colaboradores internos e os que mais recebem prêmios. As mulheres tendem a abandonar duas vezes mais suas carreiras em ciência, mesmo com iguais oportunidades e isso acontece em virtude de uma gama de fatores muitas vezes pouco ligados às condições materiais como filhos e casamento.

Londa Schiebinger (1999) cita que pesquisa feita com bebês atestam um tratamento diferenciado entre meninos e meninas, enquanto aos meninos se atribui adjetivos viris e ativos, às meninas se atribuem adjetivos meigos e delicados; na mesma linha estão os brinquedos, os livros e desenhos infantis oferecidos a eles(as). Sociólogos escolares atestam maior credibilidade e liberdade do professor em relação à fala dos meninos, maiores elogios por esmero e capacidade intelectual, ainda que sejam as meninas a receberem notas mais altas. Na faixa etária universitária, pesquisas apontam a autoestima dos jovens homens mais elevada, apesar das notas maiores das universitárias, isso porque se espera que as mulheres sejam mais modestas. Estudo feito com mulheres cientistas com altas realizações constatou que apenas metade delas se considerava acima da média, em comparação com 70% dos homens. Ou seja, em linhas gerais, elas ainda abrigam sentimentos de inadequação, autódvida e de baixa autoestima (SCHIEBINGER, 1999).

Além de contextos científicos restritivos às mulheres, os ataques ideológicos advindos de autores de renome, foram deveras ofensivos às mulheres. Charles Darwin e

Gino de Loria retrocederam em relação às concepções emancipadoras do papel da mulher na ciência. Darwin interveio com sua teoria de evolução das espécies atribuindo inteligência ao monopólio masculino, enquanto Gino salientava que nem se unissem 300 mulheres com qualquer um desses pensadores – Pitágoras ou Arquimedes, Newton ou Leibniz –, elas seriam capazes de rivalizar com eles. Por muitos anos, cientistas naturalistas diminuíram a capacidade intelectual das “fêmeas” e das mulheres, oferecendo justificativas craniométricas, corporais, sexuais, hormonais, etc (SCHIEBINGER, 1999).

No geral, preponderavam visões e descobertas masculinas e, mesmo no século XX, com a criação de uma primeira cadeira de história da ciência nas décadas de 1920 e 1930, o papel das mulheres na ciência era de rara aparição no rol de bibliografias publicadas (SCHIEBINGER, 1999).

Um número grande de anatomistas do século XIX consagrou um conjunto de qualidades antitéticas ao *ethos* científico e as “virtudes” dos cuidados domésticos das mulheres eram retratadas como as falhas em capacidade de desenvolvimento científico. As mulheres foram representadas pela ciência como seres não aptos a adquirir erudição e somente tinham êxito em trabalhos rápidos, práticos e imediatos (trabalhos domésticos).

No campo da filosofia, o alemão Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1807) chegou a declarar que a lei da mulher era a lei da vida familiar e interior, com excesso de subjetividade e sentimento, diferente das leis do Estado, que eram baseadas em abstração. Francis Galton acreditava que os homens da ciência tinham pouca simpatia pelas maneiras femininas de pensar. Francis Bacon (1603), séculos antes, corroborara acrescentando que ciência era poder, domínio do fraco, tal como a soberania masculina frente à subordinação feminina (SCHIEBINGER, 1999).

Para Martins (2004), filósofos como Schopenhauer e Weininger, negavam às mulheres “qualquer forma de superação de suas ‘deficiências’, verdadeiras ameaças à integridade física e moral dos homens, ou esfinges, como as definiu Afrânio Peixoto” (p.222)

A recente psicanálise manifesta por Freud e seus discípulos, no início do século XX, também tratou a mulher com indiferença e rebaixamento, afirmando que a angústia experimentada por ela e o destino feminino definiam-se por uma libido passiva e um

desejo que se realiza na frustração. Simone de Beauvoir indicava que, “em particular, a psicanálise malogra em explicar por que a mulher é o Outro, pois o próprio Freud admitia que o prestígio do pênis explica-se pela soberania do pai e confessa que ignora a origem da supremacia do macho” (DE BEAUVOIR, 1980, p.70).

Nessa enchente de diagnósticos e comparações de gênero, o iluminismo e o liberalismo do século XVIII se deparavam com uma contradição, pois como podiam pregar a igualdade por natureza se a ciência diferenciava o potencial feminino do masculino? Foi então que intelectuais iluministas cunharam a “teoria da complementaridade sexual”, que bem se adaptou à época, inclusive reforçando a divisão sexual do trabalho. Essa teoria certificava que as mulheres não eram iguais aos homens, mas seus opostos complementares. Ou seja, as qualidades masculinas agora não eram tidas como superiores, mas, sim, como incomparáveis, em termos físicos, intelectuais e morais (SCHIEBINGER, 1999). Sobre isso, Vanin complementava:

Inverteu-se a ideia aristotélica de mulher como um homem imperfeito, ela passou a ser perfeita na medida em que o seu papel natural que foi transposto para o contexto social, foi realizado: ser mãe – produzindo filhos fortes e saudáveis para a nação - e cuidar dos outros, era tão importante quanto às atividades políticas e intelectuais (científicas) dos homens para o equilíbrio e desenvolvimento da nação. A liberdade civil (que implica participação nas esferas de poder por meio das atividades políticas, econômicas e intelectuais), portanto, era uma prerrogativa masculina, pois se encontrava vinculada à parte que a natureza delegou aos homens na sua tarefa de manter a ordem e o equilíbrio social. Em suma, **seria no âmbito doméstico que a mulher encontraria a realização das qualidades femininas positivas e necessárias para o bem da sociedade** (VANIN, 2008, p. 53).

As mulheres se tonaram repositório para tudo que não era científico: na era científica, elas deveriam ser religiosas; na era secular, deveriam ser guardiãs da moral; na era contratual, deveriam oferecer sempre um contrapeso a reboque do que os homens faziam (SCHIEBINGER, 1999).

Para Vanin (2008), a exclusão da participação feminina na produção de saberes não se deu de forma homogênea na Europa. A criação de espaços institucionais de produção de conhecimentos (universidades, academias e sociedades científicas) foi um fenômeno inteiramente urbano que perpassou desde o renascimento das cidades às demandas das novas relações de produção capitalistas. Especificamente, a exclusão das mulheres nas atividades relacionadas à cura, sistematizadas com a medicina moderna a

partir do século XVIII, alijou-as também do acesso ao poder, seja por, sem títulos, não terem possibilidade de galgar cargos administrativos nas estruturas dos estados, seja por, terem sido consideradas pessoas de menor intelecto.

Finalmente, as associações que assentam a imagem do cientista a um gênio podem aqui, de acordo com os fatos apresentados, ser questionadas, diante de tantos distanciamentos que os próprios cientistas promoveram em relação às “minorias” e à desvalorização do papel das mulheres na produção da ciência. É sabido que os discursos e práticas arbitrarias da ciência resguardavam interesses econômicos subjacentes, desejos políticos de terem apenas homens como proprietários, como votantes, e desejos econômicos de consolidar funções servis à outrem (SCHIEBINGER, 1999).

As mulheres foram vitimadas, em diversas vias, pela ciência moderna, tanto por restrição de seu acesso, quanto pela baixa confiabilidade, pelo silenciamento de suas produções, pela objetificação científica de seus corpos e tentativas de padronização comportamental. Todo este conjunto ideológico de opressão feminina foi facilmente disseminado, mas, mesmo muitos anos depois, não foi tão facilmente rompido.

As primatologistas, paleontologistas, biólogas e arqueólogas do século XXI continuam a passos largos adentrando na ciência natural e questionando sólidas bases de estereótipos masculinos e femininos e identificando matrilinearidades presentes no mundo primata. Apresentam fundamentos pormenores que contrapõem a divisão sexual do trabalho cunhada pelo darwinismo biológico na ideia angular de que os machos são competitivos e as fêmeas submissas. Estas cientistas prosseguem denunciando o enviezamento do olhar e compreendendo que sensibilidade e inteligência não se reduzem à diretivas de gênero e genéticas, provando empiricamente que as fêmeas não são secundárias no processo de “evolução”. Através da observação científica, confrontam teses que indiretamente certificavam qualquer tipo de inferioridade e/ou fragilidade das fêmeas em doutrinas como a da monogamia feminina, associação masculina à produção de ferramentas, a ideia de um espermatozoide ativo e um óvulo passivo, a ligação entre orgasmos femininos e reprodução, a determinação de sexualidade feminina como versão incompleta, a preponderância do cromossomo Y no processo reprodutivo e o tamanho do crânio e da pélvis como símbolos de seres com maior sapiência (SARDENBERG; MINELLA, 2016).

A análise de gênero dentro das ciências biológicas, arqueológicas, paleontológicas, e primatológicas começa interrogando o que conta como prova das matizes da teoria evolucionária, percebendo o desprezo e a manipulação de um discurso, por exemplo, que coloca o “homem primitivo” como o organizador da lapidação da pedra, mas obscurece fatores tão importantes como a colheita de nozes e grãos, o trabalho com couro e madeira, feito por mulheres.

A filósofa Elisabeth Lloyd sugere que o orgasmo feminino, outro exemplo, não está vinculado à reprodução da espécie e sim a estruturas embriológicas, assim como os mamilos dos machos. Martha Mc Caughey questiona a assimetria de orgasmos femininos e masculinos à propósitos de adaptação, assim como a bissexualidade feminina que pode resultar de vantagens evolucionárias derivadas de gravidez espaçada (SCHIEBINGER, 1999).

De todo modo, há que se enxergar a ciência moderna como uma narrativa ordenadora do mundo e fabricante de realidades. Assim, a incursão científica feminista tem o interesse de se apropriar deste instrumento como forma de reconstruir a vida pública e seus significados de autoridade e reconhecimento, sem, contudo, se auto-mistificar. A dificuldade de entrada das mulheres nas universidades permitiu que discursos misóginos e legitimadores da inferioridade feminina pudessem se perpetuar por longos anos e abriu espaço dentro do parto para violências (obstétricas) e traumas.

Porém, além de acesso, deve-se formular princípios estruturantes de uma ciência mais cidadã e responsável. Ainda que hoje se pregue a libertação das várias faces do patriarcado, inclusive científico, o domínio sobre nossos corpos, agora pela indústria da beleza, continua ratificando a sensação de acesso e permissividade. Quando, na década de 1970, o movimento feminista sacudiu as estruturas sociais, políticas e científicas e conseguimos adentrar às universidades de forma maciça, as cientistas tentaram demonstrar alta produtividade, como alguém que se atrasava e queria recompensar. Muitas chegavam a esconder a gravidez, não tirar licença e, assim, terceirizar sua maternidade (SCHIEBINGER, 1999). Entretanto, a busca de capacidade científica e intelectual não deve estar permeada por categorias que nos impõem superação de limites nocivos à vida pessoal e, sim, por direcionamentos políticos que disputam empirismos e epistemologias de forma conectada e coletiva.

Como visto, a história das mulheres na ciência demonstra ciclos de avanços e recuos a depender de contextos políticos, estruturas, leis, guerras e economia. Mesmo que discussões sobre gênero estejam se disseminando popularmente, vê-se persistir na cultura científica sinais de masculinidade como a afirmação de que “mulheres produziram muito pouca ciência” (COLE, Stephen; FIORENTINE, Robert, 1991 *apud* SCHIEBINGER, 1999), ou a naturalização de partos violentos e cesarianas desnecessárias. Daí, a necessidade de reforçar o debate dentro da sociologia, sobre como a ciência se autoproclama, para romper hierarquias quase que “invisíveis”.

Pretensas afirmações de que as cientistas mulheres são as que mais abandonam suas carreiras, de que a imagem social da cientista está sempre associada a homens, de que cientistas mulheres geralmente assimilam códigos estéticos masculinos¹⁴⁴, continuam presentes no ocidente e em seus círculos de produção da ciência. Portanto, é necessário que façamos resgates históricos que redimensionem concepções estereotipadas de gênero e ciência, como a que aqui tentamos realizar.

A análise deste fenômeno histórico, qual seja, a exclusão da mulher na assistência ao parto e na construção da ciência feminina, não pode ser reduzida a uma história do homem contra a mulher, nem tampouco a história do conhecimento tradicional contra o moderno e institucionalizado, mas temos que questionar todo um sistema de manutenção de prerrogativas científicas que respaldaram conhecimentos sobre anatomia e fisiologia do corpo feminino transitando por desdobramentos autoritários, com ausência de representatividade e sem a consciência reflexiva necessária.

4.3 Epistemologias feministas

De acordo com a filósofa e antropóloga brasileira Lélia Gonzalez (2005), as demandas por epistemologias feministas surgem na década de 1970, na segunda onda do

¹⁴⁴ SCHIEBINGER (1999, p. 154) ressalta este aspecto e reproduz um comentário que era bastante comum no meio universitário: “a destacada astrofísica Cecília Payne-Gaposchkin era o melhor homem em Harvard”.

movimento feminista que emergiu do interior dos movimentos sociais e da academia. Seu debate original surge da concepção de ciência como lugar privilegiado de conhecimento e controle masculino, onde se diferenciou e diminuiu a força e a inteligência da mulher, documentou-se a suposta patologia (perversão) de mulheres e foram deflagradas teorias sexistas.

Os roteiros das discussões feministas no âmbito das construções científicas, para Gonzalez (2005), abordaram temáticas relacionadas à invisibilidade feminina, ao *status* das mulheres nas ciências, às ações afirmativas e aos contextos da produção elaborada por mulheres cientistas, documentando-se o sequestro de conhecimento que muitos homens, com mais *status*, promoveram em torno de conhecimentos formulados por mulheres originalmente. Neste sentido, questões epistemológicas tiveram uma verdadeira atenção e promoveram uma reviravolta nos programas curriculares de escolas e universidades europeias, a fim de erguer discussões em torno de gênero e ciência.

Margaret Rossiter (1993) foi uma das primeiras historiadoras a documentar a situação das mulheres nas instituições científicas americanas no século XX. Esta historiadora denunciou a segregação em disciplinas acadêmicas e a dificuldade de alcances institucionais para as mulheres e também retratou o apagamento destas na história da ciência, mesmo quando elas já tinham acesso às universidades, tanto por aspectos como a tímida oferta de prêmios científicos, quanto pela baixa oferta de empregos de destaque e liderança dentro de centros acadêmicos e científicos.

Rossiter (1993) descreve que a geneticista norte-americana Barbara McClintock, com uma obra tão importante como a questão da posição do genoma, só conseguiu obter o primeiro posto de trabalho num departamento de genética em 1944, quando já estava com 42 anos de idade. Sua obra ficou desconhecida por mais de 30 anos e recebeu o prêmio Nobel somente em 1983. Deste modo, há que constatar a desvalorização sistemática das contribuições das mulheres à ciência e a trajetória de Bárbara McClintock não fugiu à regra.

Outro caso é o da britânica Rosalind Franklin, que foi a primeira cientista a decifrar um modelo de dupla hélice do DNA, o que possibilitou descobertas valiosas sobre a estrutura molecular dos ácidos nucleicos e sua importância para a transferência de informações de material vivo. No entanto, o prêmio Nobel de fisiologia, em 1962, foi

ofertado aos cientistas James Watson, Maurice Wilkins e Frank Crick, seus colegas de laboratório (Elkin, 2003).

Para Elkin (2003), o fato de Rosalind Franklin ter sido mulher, pode ter piorado seu *status* científico e sua aceitação social. Sua descoberta foi apresentada sem os créditos a ela, que não teve o reconhecimento devido. Em 1951, Franklin já havia demonstrado, em uma carta, o estado de irritação em que ficou pelo fato de um colega ter publicado sua ideia sem lhe dar a devida coautoria. Inclusive, alguns de seus colegas a subestimaram e difamaram, afirmando, por exemplo, que ela não soube ler os dados encontrados em sua pesquisa e ainda a retrataram como uma assistente e não pesquisadora, como efetivamente era.

Rossiter (1993), bem como Elkin (2003), justamente citam em seus textos a tentativa constante da sociedade, mesmo em comunidades científicas, de rebaixar a reputação da mulher, descredenciá-la, obscurecer seus trabalhos, apropriar-se de suas obras, subestimar suas invenções, tornando, em muitos casos, injusto o tratamento, se comparado aos homens. Parece, portanto, que o papel de Franklin na descoberta do DNA foi relegado às sombras, enquanto os holofotes caíram diretamente sobre o trabalho de Watson e Crick, seus colegas de trabalho. Alguns historiadores chegam a abordar o fracasso cognitivo de Rosalind Franklin em resolver o quebra-cabeça da estrutura do DNA.

Desse modo, podemos refletir que, em muitos casos, o atropelamento ao conhecimento ancestral das parteiras e o fato da hegemonia na ciência obstétrica acadêmica ter sido masculina, podem ter influenciado nos procedimentos violentos dentro do parto refletidos do século XX, até então.

Os primeiros artigos feministas da década de 1980 relacionados a este contexto de gênero e ciência, debruçaram-se justamente sobre a medicina e a biologia do século XIX, observando que o suposto conhecimento sistemático do mundo organizado, a descrição das identidades físicas e da sexualidade humana, diferenciavam o sexo feminino do masculino com classificações de normalidade e anomalia, naturalizavam preconceitos, linearizavam a “evolução” da espécie e traduziam os órgãos masculinos sempre com ímpetos de conquista, e os femininos de passividade. Um caso clássico é do cientista italiano Cesare Lombroso do século XIX, que criou o biótipo do “corpo criminoso” e

colocou a mulher como menos tendenciosa às atividades criminosas, por ter o diagnóstico de mais frágil e debilitada.

Através desses estudos foi se consolidando a ideia de que os métodos de investigação controlados unilateralmente pelos homens carregavam profundos valores de gênero e daí se pensar maneiras alternativas de se fazer ciência. Constatou-se que a própria fundação da ciência moderna, categorizada por Descartes (1596-1650) e Francis Bacon (1561-1626), já demonstrava a ideia de controle e dominação, incluindo violação, sobre as mulheres.

A gênese do pensamento, os sistemas organizados de conhecimento, o desenvolvimento e a evolução da ciência se tornaram a preocupação das feministas na década de 1980. A princípio, estas feministas se dedicaram ao processo de exclusão das mulheres na ciência, ao tempo em que acreditavam num “perdão histórico”, numa melhora científica e na correção do sistema. Elas ficaram conhecidas como “feministas liberais” e pregavam o “feminismo da igualdade”. Para Gonzalez (2005), a autora Sandra Harding (1986) acreditava que o “feminismo liberal”, apesar de importante, isentava o Estado de crítica, não lhe direcionando um questionamento científico e empírico e considerava irrelevante atribuir identidade aos investigadores do século XIX.

Já a corrente do empirismo feminista contextual, que segundo Gonzalez (2005) tem como precursoras as autoras Helen Longino (1990), Elizabeth Anderson (1995) e Lynn Nelson (1993), formulou uma estratégia que versava a crítica centralmente no indivíduo como sujeito da ciência e do conhecimento moderno. Para as feministas contextuais, o sujeito homem na condução unilateral da ciência moderna foi a principal limitação para ascensão de uma epistemologia feminista. Daí surgiu a necessidade de multiplicar os sujeitos científicos e ampliar a participação das mulheres em conjunto com os homens, pois a ciência não seria válida apenas pelo método empirista feminista, nem pelo gênero dos sujeitos que a constroem, mas, sim, quando o coletivo que constrói a ciência tiver a participação inclusiva de ambos os gêneros, podendo-se pensar em metodologias e interpretações científicas consensuadas coletivamente.

Já a teoria feminista do ponto de vista, de inspiração estruturalista-marxista, enfatiza a posição econômica do sujeito dentro da hierarquia social e descreve que a posição de poder em que se encontra o indivíduo é o que definirá seus interesses de

pesquisa. E, a propósito, as posições mais marginalizadas tenderiam, segundo esta concepção, a enxergar verdadeiramente a questão, pois têm interesse em não manter o *status quo* de vítimas, o que concederia o privilégio epistêmico às mulheres e às minorias marginalizadas.

Considerando que a ciência durante anos trabalhou a serviço dos mais poderosos (homens, ricos, brancos), pode-se afirmar que categorias epistemológicas de objetividade e verdade foram criadas por eles, sem critérios capazes de compreender os erros (cegos, parciais e incompletos). Desse modo, o estudo da realidade, elaborado por mulheres e grupos marginalizados por classe e sexualidade, seria a chave para uma compreensão diferenciada das estruturas de conhecimento, considerando sua posição de poder marginalizada na história da ciência.

Para esta teoria, é necessário ocupar as raízes da estrutura do sistema de produção onde a ciência tem predominância e promover uma ciência sucessora, com personagens que detêm menos poder. Só assim, a ciência estará a serviço e benefício de todos e comprometida com a justiça social. Segundo Gonzalez (2005), esta tendência de ponto de vista tem como partidária autoras como Sandra Harding (1986), Nancy Hardstock (1983) e Hilary Rose (1994); porém, Patrícia Hill Collins (2002), apesar de adepta, a criticou por não considerar as mulheres negras e o recorte racial.

Maria Teresa Citeli (2000) chegou a se perguntar se seria possível falar em “ciência feminista”. Em decorrência desta pergunta básica a autora propõe ainda um amplo conjunto de questões que focalizam os seguintes aspectos: se os estudos sobre a vida e o trabalho das mulheres revelariam aspectos de gênero presentes no conteúdo e nos métodos adotados pelas ciências; se as diferenças no cérebro ou provocadas por hormônios limitariam a aptidão das mulheres para atividades científicas; se as características culturais especificamente femininas favoreceriam as mulheres no exercício da atividade científica; se seria necessário preparar e educar as meninas para facilitar seu acesso a essas atividades; se a entrada massiva de mulheres na ciência contribuiria para a superação de “vieses androcêntricos” contidos na prática científica; se existiria um estilo feminino (ou feminista) de fazer ciência; e se as mulheres desenvolvem e seguem abordagens não padronizadas ou inovadoras na metodologia que utilizam. A resposta de

feministas como Evelyn Fox Keller, Donna Haraway, Helen Longino, Anne Fausto-Sterling e Sandra Harding foi negativa.

Não há que se arquitetar, desse modo, a ideia de que somente a possibilidade de entrada das mulheres na Faculdade de Medicina da Bahia fosse capaz de frear o intervencionismo médico sobre o parto e reconsiderar os conhecimentos originais das parteiras, adaptando-os e renovando-os, pois, pensaríamos que sua entrada, a partir de 1879, fosse suficiente para desestruturar todo um roteiro violento que foi sendo construído na lida com o parto.

De acordo com a lógica de pensamento das recentes pesquisadoras como Evelyn Fox Keller, Donna Haraway, Helen Longino, Anne Fausto-Sterling e Sandra Harding, não se deveria falar em sensibilidade ou visão inata feminina. Portanto, para superar os desafios de uma construção científica já consolidada pelos homens, devemos refletir que, quando as mulheres entraram na FMB, suas teses não necessariamente questionaram as teses elaboradas por homens. Afinal, já tinham decorridos 167 anos de domínio e apropriação de conhecimento por eles. No entanto, na medida em que as mulheres passaram da condição de objeto de estudo para a de estudantes, produtoras, pesquisadoras e professoras de medicina, uma possibilidade de mudanças de preceitos pôde se abrir, além da constituição de possibilidades de crescimento intelectual e autonomia para elas.

A partir dos trabalhos das médicas baianas Francisca Fróes, Ephigenia Veiga e Rita Lobato, especialistas em obstetrícia e ginecologia, notamos uma visão menos intervencionista em relação aos médicos homens. Porém, não se pode afirmar que a entrada dessas mulheres na FMB criou um ambiente de contingências e contestações e uma ruptura de paradigmas científicos imediatamente. Para Silva (2011), no entanto, a médica Francisca Prager acreditava que “sendo mulher seria capaz de oferecer um atendimento mais adequado às pacientes, podendo fazer perguntas mais detalhadas e diretas e dar conselhos sobre saúde e higiene às suas pacientes” (p. 49).

Como a capacidade mental das mulheres estava inferiorizada pelos homens da ciência, elas deveriam ter suas vidas tuteladas pelo pai, pelo marido e, por conseguinte, pelo médico. Neste caso, a relação de poder se instaurava sob a égide de um corpo silenciado, em nome dos progressos da civilização, que, como vimos, representaram formas veladas de opressão cirúrgica, na carne, direta. Porém, quando surgiram médicas

do sexo feminino, representando a não exclusividade do poder dos homens no ramo médico-científico, sem dúvida, novas formas de relação com o corpo da parturiente começaram a se instalar.

Santos (2019) faz comparações entre teses escritas no século XIX por homens e teses escritas por mulheres da Faculdade de Medicina da Bahia sobre o tema da cirrose hepática. Não é o foco de sua pesquisa tais comparações, mas a autora demonstra, numa passagem de sua dissertação, pontos teóricos convergentes e divergentes entre teses encontradas e conclui que a médica Maria Odília Teixeira evidenciava uma postura diferente da de seus colegas de área. Para Santos (2019), Odília estaria mais pautada na esperança da cura, no fomento a triunfos da terapêutica, no combate positivo à moléstia, se comparada aos médicos homens que salientavam uma medicina mais “derrotista” e “impotente” para lidar com a cirrose hepática.

Ou seja, a retomada das mulheres aos espaços do conhecimento, agora institucionalizados, contribuiu, no mínimo, para demarcação de posicionamentos, dantes silenciados pela lógica do preconceito e da exclusão. Ademais, colaborou para a diversidade e democratização de teorias científicas, demonstrando a retirada da condição privilegiada dos homens como únicos detentores do saber científico. De acordo com Rago (2001), as mulheres trazem uma experiência histórica e cultural diferenciada da dos homens e, desse modo, suas trajetórias de inserção, sem dúvida, desessencializam a imagem de subordinação social, pois assim permitem a produção de novos conhecimentos segundo subjetividades femininas.

Segundo a tese *As damas de branco na biomedicina baiana (1879-1949): médicas, farmacêuticas e odontólogas*, defendida pela pesquisadora Iole Macedo Vanin, em 2008, as pioneiras da medicina acadêmica na Bahia, ao chegarem aos espaços acadêmicos, não promoveram um rompimento, mas sim um acomodamento da presença feminina em atividades específicas; ou seja, uma construção política dentro do próprio sistema que lhes ditava as normas, valores e posições.

Assim, elas tiveram que elaborar estratégias para serem aceitas e respeitadas no novo mercado universitário e de trabalho. Foi isso que se sucedeu, portanto, com as médicas obstetras, somente ao longo do tempo conseguiram meios de compreender, questionar e subverter as violências na hora do parto, travestidas de inovação científica.

Segundo ainda Vanin (2008), “apesar da inserção feminina nos cursos e profissões de medicina, farmácia e odontologia” (p. 240), o mundo continuou a ser masculino.

CONCLUSÃO

Em meados do século XX, após muitos anos de um roteiro de experimentações químicas e mecânicas sobre corpos grávidos, surgiram inúmeros questionamentos quanto aos inaceitáveis índices de morbimortalidade materna e neonatal, bem como índices de traumas e insatisfações generalizadas de mulheres no parto. Segundo Diniz (2005), o uso irracional da “tecnologia científica” no parto levou a um paradoxo: é ele que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, uma vez que este uso provoca mais danos do que benefícios.

Um emaranhado de diferentes opiniões e setores dentro e fora da obstetrícia, críticos ao sistema de intervenções desnecessárias, seguiu pressionando a formação e surgimento do primeiro Comitê Europeu na OMS para discutir intervenções na hora do parto, questionando, sobretudo, a continuidade de mortalidades maternas, quando investimentos tecnológicos nesta área estavam em alta.¹⁴⁵

Este Comitê, apoiado pela Organização Mundial de Saúde, inicialmente formado por profissionais da saúde, professores de epidemiologia clínica e bioestatística da Universidade de McMaster (Canadá), depois composto por ativistas, parteiras, e sociólogos, criou, em colaboração internacional, uma metodologia de estudos e pesquisas globais em assistência à gravidez, parto e pós-parto, formando um movimento intelectual que ficou conhecido como movimento da Medicina Baseada em Evidências – MBE (BOARETTO, 2003). Tal metodologia propunha a inclusão de achados de pesquisas clínicas no processo de tomada de decisão em medicina a partir de meta-análises, revisões sistemáticas, estudos randomizados, estudos transversais e relatos de caso.

Provocando reações adversas em entidades médicas, o MBE publicou inúmeras pesquisas no campo da assistência ao parto e recomendou a menor intervenção possível durante o mesmo: a liberdade de posições¹⁴⁶, a presença de acompanhantes¹⁴⁷, o fim dos

¹⁴⁵ Pesquisa DATASUS “Razão de Mortalidade Materna” (2000-2006) avaliou que a mortalidade materna no Brasil gira em torno de 77 para 100.000 nascidos vivos.

¹⁴⁶ **Comprovou-se** que a posição deitada e imóvel durante o trabalho de parto desacelera o ritmo, aumenta a dor e causa maior laceração no períneo (LOTFI, 2012).

¹⁴⁷ **Comprovou-se** que o trabalho de parto é um momento sensível em que os parentes e amigos deixam a mulher mais segura e confiante para realizá-lo (LOTFI, 2012). Só em **2005, o Brasil** sancionou a Lei do Acompanhante.

enemas¹⁴⁸, raspagens¹⁴⁹ e amniotomia¹⁵⁰, a abolição do uso generalizado da episiotomia¹⁵¹, da manobra Kristeller, e o fim da aplicação da ocitocina sintética rotineiramente.¹⁵² O MBE ainda argumentou que as menores taxas de mortalidade materna e perinatal estão nos países que mantêm o índice de cirurgias cesarianas abaixo de 10% e que nada justificaria taxa maior que 10% a 15% (OMS, 1985) (WAGNER, 1997 apud DINIZ, 2005). Tal orientação divergia completamente dos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, quando constatava que o percentual de partos cesáreos no Brasil em 2019 foi de 70%, sendo 51% deles feitos antes das mulheres entrarem em trabalho de parto. Já entre as mulheres que pariram através de planos de saúde privados, os dados de cesariana eram de 84,76% nesse mesmo ano.

No contexto brasileiro, o movimento feminista do final da década de 1970, passou a reivindicar políticas de saúde da mulher que não mais se resumissem aos cuidados em manter filhos saudáveis¹⁵³, mas que se atentassem ao parto, à sexualidade, ao gênero, à contracepção, ao aborto, etc. Neste sentido, grandes mobilizações de mulheres pelo país iriam resultar, em 1984, num primeiro Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Porém, somente ao longo dos anos 1990, as discussões específicas sobre o modelo de parto foram se fortalecendo e questionando intensamente o que chamavam de “ações intervencionistas e medicalizadoras”. Estas ações, no ano de 2000, serão responsáveis pelo lançamento do primeiro Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do

¹⁴⁸ Lavagem intestinal antes do parto, o que se comprovou desnecessário (LOTFI, 2012).

¹⁴⁹ **Raspava-se** a vagina da mulher em pleno trabalho de parto acreditando diminuir infecções, **o que foi** comprovado ineficaz e desnecessário (LOTFI, 2012).

¹⁵⁰ Ruptura artificial da bolsa amniótica através de instrumento cortante. Foi comprovado que essa ruptura provoca riscos de infecção e de placenta prévia, que podem levar a mulher a uma cesariana de urgência se não for bem indicada (LOTFI, 2012).

¹⁵¹ Segundo a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (**FEBRASGO**), a **episiotomia** pode acarretar: alterações cicatriciais, infecção, hematoma, extensão traumática da episiotomia com lesão, por exemplo, do reto ou nervos da região, além de poder causar dispareunia (dor nas relações sexuais) (ZANETTI, 2009).

¹⁵² A aplicação de ocitocina sintética aleatoriamente, a fim de acelerar o parto, provoca contrações artificiais que aumentam as dores e podem levar a um prolapso de cordão, levando à cesariana de emergência (LOTFI, 2012).

¹⁵³ Em 1940, foi implantado o Departamento Nacional da Criança, cujo objetivo foi a normatização do atendimento à criança e o combate à mortalidade infantil; em 1975 foi estabelecido o Programa de Saúde Materno-infantil,

Ministério da Saúde, tendo como objetivo central a valorização e o resgate ao parto normal e a diminuição de taxas de cesárea no Brasil (MATOS et al, 2013).

Ainda que as denúncias começassem a fazer coro, em meados do século XX persistiriam artificios onde o corpo da mulher era colocado sob um padrão de manipulação geral. Mulheres “levadas” para hospitais eram imobilizadas, postas de pernas abertas e para o alto, sozinhas, com químicas aceleradoras, com corte na musculatura perineal, uso generalizado de fórceps, manobras de empurrar bebês, etc. (DINIZ, 2005). Desta forma, o sofrimento físico e emocional continuava, e a tecnologização prosseguia causando lesões, traumas e mortes.

A hospitalização do parto, na presença do agente médico, experimentou procedimentos diversos, tais como o uso do fórceps, o pelvímetro, a apalpação abdominal, o craniômetro, a posição supina e imóvel, a manobra kristeller, a episiotomia, a amniotomia e a cesariana desnecessária, sendo provado, em grande medida, que estes procedimentos geraram muitos incidentes fatais, lesões e sofrimento às parturientes.

Na importante tese sobre história da medicina de Maria Renilda Barreto, apresentada em 2005, sob o título *A medicina luso-brasileira instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)*, é possível encontrar citações diversas de autores, desde o século XVII na Europa, favoráveis à substituição do cirurgião-parteiro nas cenas da parto em detrimento das parteiras, com a justificativa de que as técnicas “desqualificadas” delas promoviam a morte de inúmeras mulheres e bebês. Porém, a história presente mostrou o contrário e nos informa que os novos agentes da medicina, suas regulamentações, cirurgias, intervenções e ferramentas provocaram muito mais desvantagens e insucessos.

Uma agenda higienista para o parto e sua construção no interior da história social da medicina e da ciência moderna se constituíram nos objetivos gerais de discussão na presente tese. No desdobramento destes objetivos de investigação, procuramos ponderar acerca da crescente substituição do fisiológico reprodutivo natural por técnicas invasivas e excessivamente medicalizantes de assistência, que subjagam dados empíricos, comprometem a segurança vital de mulheres e recém-nascidos, marginalizam a autonomia corporal e o desejo objetivo feminino e provocam traumas psico-emocionais em gerações desde os finais do século XIX, por todo o século XX, e ainda hoje presentes.

Podemos afirmar, juntamente com Isabelle Stengers (2002), que não se deve reduzir reflexões científicas a revelações e conquistas de mensuração e juízos sobre um objeto “subordinado”, nesse caso a mulher. Deve-se pretender afastar da ideia de progresso e a narrativa dominante que pressupõe um mundo disponível e hierarquizado artificialmente e integrar-se a um pensamento conectado sem conceber que os cientistas são representantes das coisas. Deste modo, os erros cometidos pela obstetrícia no passado, que perduram ainda hoje no Brasil, são justamente o retrato de uma visão arrogante da ciência, que de muitas formas tenta representar e se apropriar com superioridade de um movimento já consagrado no fisiológico feminino, o parto.

O sociólogo Bruno Latour (2001), realizou uma antropologia científica capaz de derrotar a concepção química da fermentação de Pasteur, que rejeitava a vida como causa do fenômeno. Latour (2001) demonstrou que muitas “invenções” da ciência são simplesmente narrativas de aparição, pois em grande medida os fenômenos já existem. Assim, ele questiona: de que modo um cientista diagnostica a autonomia do próprio objeto de estudo deixando claro que a competência é dele mesmo? Latour (2001) apresentou um modelo de observação científica que questiona o próprio papel do cientista quando muitos fenômenos a vida, por si mesma, fabrica.

Verificou-se, por tudo aqui explanado, que o campo de disputas sobre os procedimentos adequados ao manejo do parto constituiu-se no âmbito das disputas entre os saberes “científicos” modernos e os saberes tradicionais seculares das mulheres. O modo pelo qual se hierarquizou desproporcionalmente a paisagem desses saberes consagrou o triunfo de práticas científicas universitárias, que, além de serem desvendadas como potencialmente prejudiciais, demonstraram um volume imenso de substituição da concepção natural da vida para o alcance propriamente tutelado desta concepção.

Efetivamente, estamos diante de um duplo prejuízo que deve ser contornado: de um lado, os saberes femininos subjugados à anedótica; de outro lado as mulheres se tornando cobaias de experimentos dolorosos no âmbito daquela que maior levantara a bandeira salvacionista, a ciência. Certamente, refletimos a tarefa de reencontros e apreensões difíceis, como salienta Donna Haraway (1995), é preciso que as feministas não demonstrem apenas as contingências históricas, mas que interfiram na codificação epistemológica, que produzam uma “ciência sucessora” trazendo à tona a objetividade

corporificada, participando do núcleo duro da política científica, a fim de que não fiquem somente a “devolver textos”, mas postular semióticas.

Sabe-se que a imprensa especializada foi um instrumento poderoso em prol dos interesses de desenvolvimento da “ciência”. Deste modo, não apenas personalidades médicas, mas um bojo de atores como jornalistas, juristas e parlamentares foram responsáveis pelo fortalecimento de uma classe médica que passou a diferenciar-se, auto reconhecendo-se como cientista. A dinâmica ora delineada na construção da ciência obstétrica, portanto, não dependeu só do cientista, mas também do jornalista, da população e de correntes intelectuais dominantes e influentes à época.

De acordo com Freire Jr. (2020)¹⁵⁴, quando na Inglaterra do século XIX os filósofos inventaram a palavra “scientist”, era pra descrever um fenômeno social já em curso: a profissionalização do cientista. Almejavam que suas atividades deixassem de ser uma atividade nobre, exclusiva, um passatempo, e pensaram na constituição de uma profissão estável, fortemente vinculada às universidades.

Nesse sentido, a edificação do discurso científico “de verdade” leva em consideração, sem dúvida, o obscurecimento de outros saberes, na medida em que, no jogo de poder sobre o que é ou não a “verdade”, induzir o outro ao descrédito faz parte da natureza da competição. E, como vimos acima, as parteiras passaram a ser rotuladas como “irmãs bastardas dos doutores, como afirmou o Dr. Paterson em um artigo da GMBa” (SILVA, 2011, p. 86). Nestes termos, foi a partir de um nicho mercadológico em debate, que os novos cientistas apregoaram críticas e imperícias às suas concorrentes, as parteiras.

No artigo de João Arriscado Nunes, intitulado “Um discurso sobre as ciências 16 anos depois” – que faz parte da coletânea *Conhecimento prudente para uma vida decente*, organizada por Boaventura Sousa Santos (2ª ed. 2006), há uma revisitação e rediscussão do livro *Um discurso sobre as ciências*, publicado pelo próprio Boaventura em 1987. Em seu artigo, a partir das contribuições de Boaventura, Nunes procurou contextualizar e atualizar as discussões sobre postulados científicos da ciência moderna no século XXI.

¹⁵⁴ Palestra “Controvérsias e Concepções sobre a Natureza das Ciências”, proferida como promoção do Grupo de Teoria e História dos Conhecimentos- Instituto de Física da USP, Professor Olival Freire 2020.

Em seu livro, Boaventura (2006) iguala a ciência moderna a quaisquer outras explicações sobre o mundo, como a religião, a astrologia, a arte ou a poesia. O autor considera a ciência moderna um discurso autobiográfico, um juízo de valor, mas sem necessariamente desqualificá-la, apenas dando relevância às variadas outras formas de apropriação de conhecimento e recusando a ciência ocidental como prerrogativa para legislar sobre outras experiências. Para fermentar essa ideia, Boaventura (2006) diferenciou o conceito de conhecimento-regulação do conceito de conhecimento-emancipação, dando ao primeiro conceito a característica de ser hostil à diversidade, de encarar a diversidade como caos irracional, ou mesmo de pretender legislar sobre outras formas de saberes, marginalizando-os e liquidando-os, correspondente, portanto, à situação de colonialismo. Já o segundo conceito, de conhecimento-emancipação, estaria imbricado na solidariedade, coexistência, diálogo e articulação com diversas formas do saber, sem se confundir a um “vale-tudo epistemológico”.

A publicação de *Um discurso sobre as ciências*, por ora, trouxe à tona relatos dos novos interesses dos cientistas ao debaterem sobre suas próprias práticas, descobertas, epistemologias, condições de produção do conhecimento, sobretudo no núcleo duro da física. Diversas interrogações a respeito das leis, conceitos e modos de formular problemas apareceram e foram se conduzindo ao modo histórico e filosófico das abordagens na década de 1990.

O contexto em que se apresentava *Um discurso sobre as ciências*, de acordo com Nunes (2006), era salutar para entender os postulados de Boaventura a respeito das relações entre ciência e sociedade. Após a Guerra Fria, disciplinas mais ligadas à corrida armamentista como a física, entraram em declínio de financiamento e *importância* e muitos projetos de potenciais tecnológicos bélicos, como o projeto de construção do superacelerador de partículas nos EUA, foram abandonados, emergindo, nesse terreno, investigações questionadoras sobre o próprio papel da ciência.

Também foi o período em que ascenderam as ciências da vida, transformadas em *big science* por ocasião do projeto Genoma Humano, o que iria despertar debates acerca da regulação e dos usos sociais da ciência, ao tempo em que também transversalizava o campo de discussão incluindo novos temas, epistemologias e atores (ativistas, consumidores, defensores de direitos humanos, etc.).

A transversalização das ciências, ou mesmo, o processo de convergência de disciplinas científicas, procurou dar respostas aos problemas sociais e humanos então colocados à época, e tendeu a mobilizar recursos de origens diversas através de formas de participação que envolvessem todos os interessados – Estado, empresa, universidades, organizações não-governamentais (ongs), saberes técnicos, analíticos, formais, informais, razoáveis e locais –, o que se configuraria como o “conhecimento prudente para uma vida decente”. Ou seja, os critérios científicos não deveriam mais ser “idealizados” e, sim, situados e interrogados sobre consequências, efeitos, atores, modos de produzir, como bem expressariam a experiência europeia dos “Science Shop”, a “Community-Based Research” nos EUA e o movimento “People’s Science” na Índia.

Ademais, chama atenção a circunscrição que Boaventura (2006) faz, reconhecendo que todo conhecimento científico-natural é também científico-social. A partir da proposta de Isabelle Stengers (1996/97), entendeu-se que a ciência moderna é o resultado da relação entre atores vivos, recursos institucionais, instrumentos, competências diversas, seres não-humanos, objetos tecnológicos, enfim, entidades heterogêneas. Essa “ecologia de práticas”, conceito formulado por Stengers, para dar origem a algo novo, precisa se valer de conhecimentos e materiais construídos anteriormente, daí se afirmar a impossibilidade de opor o que é real e o que é construído, pois tudo, *a priori*, advém de acúmulos do que foi construído e aceito anteriormente, a “acomodação mútua”.

A partir desta perspectiva de um *constructo* heterogêneo, *a priori*, unida ao diagnóstico de surgimento de novos objetos que defrontam, por exemplo, contextos de vida cotidiana às mudanças climáticas, às doenças de saúde e às carências econômicas, há que se pensar em saberes co-construídos, que envolvem tanto passado e presente quanto ciências naturais e sociais.

Faz-se referência, ainda, às contribuições da crítica feminista em virtude dos seguintes fatores: por descrever a necessidade de alargamento do acesso e participação das mulheres nas atividades científicas; pela necessidade de desnaturalização da masculinização ideológica no interior dos mundos científicos; e por propor conteúdos diferenciados dentro do conhecimento científico, demonstrando, porém, que seus

objetivos não são de constituir uma ciência separada, mas de transformar a existente, na direção do que Schiebinger (1999) chamou de *ciência sustentável*.

Mas todos os questionamentos e transformações acima descritas, lançadas por diversos setores científicos e retratadas em *Um discurso sobre as ciências*, não foram recepcionadas de forma pacífica. Os autoproclamados defensores da ciência, em sua maioria físicos, mentores das “guerras da ciência” atacaram não somente Boaventura, como também as interpretações propostas pela recente sociologia do conhecimento, e isso se deu sobretudo na Grã-Bretanha, nos EUA e na França. O metadiscurso sobre cientificidade, reivindicado pelos físicos, tentava colocar as humanidades e as ciências como trincheiras opostas e, além disso, denunciavam a “invasão” relativista, construtivista, os “equivocos sobre critérios de definição de verdades, e não-linearidades”.

No entanto, o caminho pelo qual nos colocaram os cientistas sociais e naturais, os ativistas, os intelectuais e a sociedade civil organizada, tanto pela crítica quanto pela defesa das tradições, mostrou-se irreversível. A ideia do conhecimento que optamos por construir possibilitou a todos participar de um coliseu de controvérsias públicas que envolveu, sociedade, ciência, tecnologia, ética, política, apropriação, segurança, rigor, contingência, autoridade partilhada, recursos culturais e transversalidade.

De todo modo, faz-se necessário atualizar e reforçar os horizontes solidários e emancipatórios para a ciência contemporânea, sobretudo no quesito da escuta. Segundo Marivaldo Cruz do Amaral (2005), os doutores – cientistas da medicina da mulher, aqui estudados – apresentavam-se munidos de um instrumental teórico que refutava os argumentos de suas pacientes, já inibidas pela nova forma de atendimento e por serem atendidas por homens. Neste caso, o saber legitimado por instâncias superiores como a universidade, o Estado, o hospital e o médico, fez da ciência um instrumento com poder de silenciamento e, daí, a consequência de tantos erros e violências.

Na atualidade, obstetras “humanizados”¹⁵⁵ criaram o conceito de “tomada de decisão compartilhada”, que seria o processo através do qual o médico e a paciente interagem sobre benefícios e malefícios, preferências e possibilidades, a qual se insere

¹⁵⁵ Termo popularmente utilizado para denominar obstetras e ginecologistas que só procedem com cesariana quando necessárias, bem como só utilizam intervenções químicas e mecânicas quando necessário.

cada paciente. As evidências científicas devem ser levadas em conta, tornando de amplo acesso as informações. Além disso, a posição do médico dentro da hierarquia de poder, construída há séculos em nossa sociedade, deveria atentar-se para a noção de agente esclarecedor e não alienador.

No século XIX, considerado justamente o século das ciências, o parto começou a se tornar “propriedade” de instituições. O debate atual, portanto, enfrenta ainda um personagem de grande prestígio social, o médico. Mas há que se dizer que não se pretendeu aqui enfrentar particularmente o médico e, sim, um sistema em que ele também está envolvido, não necessariamente sendo a vítima. Nem tampouco podemos interpretar que se trata de reduzir a uma história do homem contra a mulher ou a vitória do saber contra da ignorância.

Vimos que a violência obstétrica não nasce no parto, pois ela vem refletida por todo um enredo patriarcal que se espalha na sociedade. Enquanto a psiquiatria estava pensando num projeto moral de disciplinar/controlar o(a) louco(a), o obstetra/ginecologista estaria disciplinando sua norma de “civilizar” ou “adestrar” o parto, a mulher. Um fato controverso é verificar que se a expansão da ciência obstétrica no campo do parto tivesse se consolidado sem as dificuldades pelas quais passou (falta de verba e resistência das mulheres), muito mais cedo as desvantagens aos corpos das mulheres teriam ocorrido. Ou seja, o isolamento, o atraso e as dificuldades estruturais da ciência universitária significaram prerrogativas de maiores benefícios às parturientes.

A ciência criara para a mulher uma nova subjetividade, que, nesse bojo de alterações do imaginário social, a condenaram a um cenário perfeito para a tutela do médico, sob a égide de um falso rigor científico e do biotipo feminino patológico. Mas com o tempo as historiadoras da ciência, sobretudo feministas, propuseram compreensões valiosas de que os cientistas não eram os únicos representantes legítimos da verdade, pois todos deveriam estar aptos a colocar as questões de seus interesses, exigir explicações, sugerir e expor condições, em suma, participar das invenções científicas (STENGERS, 2002). Todos deveriam ser sujeitos de qualquer teoria que lhes digam respeito para chegar a uma ciência conectada com a democracia, a racionalidade social e a habilidade para pensar a produção da existência como um todo e em meios para atingi-la.

Não é possível pensar a ciência imune à política e sem a introdução das humanidades no debate das lógicas de desenvolvimento da ciência moderna. Ambas vão permitir a desmitificação de muitas “verdades absolutas” que disfarçavam visões políticas, eurocêntricas e epistemologias patriarcais imbricadas em jogos de poder. Sem dúvida, o nicho mercadológico para médicos na obtenção da tutela do parto foi uma conquista que precisou reordenar as visões de mundo, pois, se a segurança da ciência médica estava na confiança, a construção de uma verdade simbólica foi necessária para a apropriação dos corpos sociais.

De acordo com Rolnik (1997), a indústria farmacológica sustenta e produz uma demanda de ilusão causadora de uma espécie de “toxicomania generalizada” onde as subjetividades vão sendo tomadas pela sensação de fracasso e ameaça que gravitam na órbita das possibilidades que o próprio mercado poderia oferecer, pois as técnicas de diagnóstico não se contentam em revelar uma patologia, mas também em criá-la (FAURE, 2008).

MARCOS HISTÓRICOS

1808 - Em 18 de fevereiro, a Carta Régia, documento que ordenou a criação da Escola de Cirurgia da Bahia chega ao Brasil. A Escola de Cirurgia da Bahia passou a funcionar no antigo Hospital Real Militar da Cidade do Salvador, que ocupava o prédio do Colégio dos Jesuítas, construído em 1553, no Terreiro de Jesus.

1813 - A Escola de Cirurgia muda o nome para Academia Médico-Cirúrgica.

1815 - Primeira reforma do ensino médico da Bahia, através da Carta Régia de 29 de dezembro de 1815. O curso foi ampliado para 5 anos.

1829 - Fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.

1832 - Segunda reforma do ensino médico nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. O curso passou a durar 6 anos. Reforma feita pela Regência Trina, em 1832.

1832 - A Corte passou a exigir diplomas de parteiras, boticários, sangradores e dentistas. Mas desde o século XVI Portugal já cobrava Cartas de Autorização aos agentes de cura no Brasil.

1854 - Já se discutia a possibilidade de construção de uma maternidade na Bahia.

1866 - Madame Durocher foi nomeada parteira da Casa Imperial e atendeu à Princesa Leopoldina, filha de D. Pedro II.

1871 - Madame Durocher é convidada a ingressar na Imperial Academia de Medicina, que tinha a função, entre outras, de dar parecer em obstetrícia.

1876 - Criação da Enfermaria para mulheres no Hospital da Santa Casa da Bahia, enfermaria Santa Isabel.

1879 - Quarta reforma do ensino médico da Faculdade de Medicina da Bahia, que permitiu a matrícula de mulheres.

1891 - Primeira reforma de ensino da Faculdade de Medicina da Bahia, no regime republicano.

1894 - Morre Madame Durocher.

1904 - Inauguração da Maternidade de Laranjeiras - Rio de Janeiro.

1910 - Inaugurada em Salvador a primeira maternidade-escola do país, Maternidade Climério de Oliveira, vinculada à Faculdade de Medicina da Bahia.

1915 - Dr. Fernando Magalhães revolucionou na técnica da cesariana.

1919 - Fundação da Maternidade Pro Matre no Rio de Janeiro.

1920 - Dr. Fernando Magalhães e Dr. Jorge Resende se afirmam cesaristas convictos.

1925 – É estabelecida a união entre a FMB e a Santa Casa da Bahia

1950 - Começam a surgir na Europa e EUA movimentos sociais de mulheres reivindicando mudanças no parto: “Parto sem Medo”, “Parto sem dor”, “Parto sem Violência”.

1950- Diversas publicações bibliográficas de países como França, Rússia, Inglaterra e EUA são traduzidas no Brasil.

1956- Fernand Lamaze (obstetra francês) esteve no Rio de Janeiro para realizar uma conferência sobre o parto sem dor.

1958- Primeiro brasileiro Bahiano a publicar um livro humanização do parto. Professor Gerson de Barros Mascarenhas publicou “Parto sem dor pelo método psicofilático”.

1970- As lutas femininas na Europa e EUA intensificam os debates sobre violência obstétrica.

1980- O Brasil passa a discutir mais intensamente a violência contra a mulher, que irá contestar práticas obstétricas.

1984 – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde. Documento inovador, pois considera outros fatores além da gestação e parto.

1985 – “Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto”, em Fortaleza na qual a OMS recomendou o acesso do acompanhante na hora do parto.

1993- Fundada a Rede de Humanização do Parto e Nascimento, ReHuNa e Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade e o Departamento de Medicina Preventiva da USP promoveram cursos de capacitação para o atendimento as mulheres vítimas de violência, no qual a violência obstétrica estava envolvida (SOUZA, 2022)

1994 – Primeira maternidade pública autodefinida como humanizada (Leila Diniz), no Rio de Janeiro.

1995 – A Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres colocou os direitos reprodutivos com inovação, buscando proteger a liberdade e a autonomia para elas decidirem, com responsabilidade, se querem ter filhos, quando e onde.

1996 - 1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo

2000 – Cartilha do Ministério da Saúde sobre o tema “assistência ao parto normal, um guia prático”.

2000 – Programa de Humanização do Parto e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde em 1 de junho de 2000 (Portaria 569, publicada no Diário Oficial da União em oito de junho de 2000, na seção 1, página 4)

2004 – PAISM – Foi proposta a Rede Cegonha

2010 - 3º Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto e Nascimento

2011- Instituição da Rede Cegonha

2015 - A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publica resolução que estabelece normas para estímulo do parto normal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar, contou com a participação de toda a sociedade

2019 – Ministério da Saúde no Brasil tentou obstruir o termo *violência obstétrica*, através do Despacho SEI/MS – 9087621, 3 de maio de 2019, e no mesmo ano, o Ministério Público Federal publicou a Recomendação nº 29, 2019, 7 de maio de 2019 reforçando que negar o termo é prejudicar as mulheres e negar os próprios fatos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Gualter Martiniano Pereira de Alencar. **O protagonismo feminino na faculdade de medicina da Bahia**: Uma visão histórica. Monografia. UFBA. Salvador: 2013.

ALVES, IRACÉLLI DA CRUZ. **A política no feminino: uma história das mulheres no Partido Comunista do Brasil – Seção Bahia (1942-1949)**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em História, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2015.

AMARAL, Marivaldo Cruz do. **“Da comadre para o doutor”, a maternidade Climério de Oliveira e a nova medicina da mulher na Bahia republicana (1910-1927)**. Universidade Federal da Bahia, Dissertação de Mestrado, Salvador, 2005.

ARQUIVO NACIONAL (Brasil) Dicionário Período Imperial. **Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro**. 2014. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/320-academias-medico-cirurgicas-da-bahia-e-do-rio-de-janeiro>. Acessado em: 20/03/2022.

AYRES, Lilian Fernandes Arial; TEIXEIRA, Luiz Antônio; HENRIQUES, Bruno David; DIAS, Anna Karolina Gomes; AMORIM Wellington Mendonça de. Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos publicados no Brasil em meados do século XX. **Rev. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v.26, n.1, jan.-mar. 2019, p.53-70.

BACELLAR, José Teixeira da Matta. **As operações sigautiana e cesariana**. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1845.

BARATA, Lurdes. As reformas no ensino da arte médica. **Rev. News**. nº113, Junho 2021. Disponível em: <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/113/reformas-no-ensino-da-artemedica#:~:text=Devido%20a%20estes%20fatores%20e,era%20considerado%20de%20grande%20import%C3%A2ncia>. Acessado em: 25/10/2022

BARBOSA, GISELLE MACHADO. As madames do parto: parteiras através dos periódicos no Rio de Janeiro (1822-1889). **Dissertação**. Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. 2016.

BARBOZA, Luciana Pereira. MOTA, Alesivânia. Violência obstétrica: vivências desofrimento entre gestantes no Brasil. **Rev. Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador, 2016;5(1):119-129.

BARCELLOS, Jonathas Rodrigues. **Considerações acerca das indicações da ovariectomia**. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1883.

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A Medicina Luso-Brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)**. Tese de Doutorado em História das Ciências de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

BARRETO, Maria Renilda Nery. A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. **Rev. Gênero**, Niterói, v. 7, n. 2, p. 219-236, 2007.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out.-dez. 2008.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.295-301, dez.2011.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Maternidade para escravas no Rio de Janeiro (1850-1889). **Rev. de História Regional** 21(2): 389-406, 2016. *Acessado em: 05/10/2023, Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/rhr>*

BAPTISTA, Hildebrando José. **A mulher e a medicina legal**. Tese da Faculdade de Medicina da Bahia, 1919. National Library of Medicine.

BATISTA, Priscilla Daisy Cardoso. **Entre gestações/partos humanizados e violência obstétrica: subjetividades em movimento**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. São Cristóvão: UFS, 2015.

BEAUVOIR, Simone De. **O segundo sexo**. Trad. Sérgio Milliet, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 4ª ed. 1980.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: Ed. 34, 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE: **Teses médicas do século XIX s/d**.

BOARETTO, Maria Cristina. **Avaliação da política de humanização do nascimento no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2003.

BORGES, Manoel José. **Hemorragia uterina durante o trabalho do parto, e seu tratamento**. Bahia: Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1864.

BOURDIEU, Pierre. Espíritos do Estado. In: **Razões práticas sobre a teoria da ação**. Trad. Mariza Corres- Campinas SP: Papius, 1996.

BRENES, Anayasi Correia. História da Parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, 7(2): 135-149 abr/jun 1991.

BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães; FARINHA, Marciana Gonçalves. Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. **Rev. Abordagem Gestalt**. vol.23 no.1 Goiânia abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARTA RÉGIA, 18 de fevereiro de 1808. **Coleção de Leis do Império do Brasil**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/Internet/InfDoc/conteudo/Colecoes/Legislacao/Legimp-A2_2.pdf

CARTA RÉGIA, 29 de dezembro de 1815. **Coleção de Leis do Império do Brasil - 1815**, Página 64 Vol. 1. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/carreg_sn/antioresa1824/cartaregia-39555-29-dezembro-1815-569931-publicacaooriginal-93096-pe.html. Acessado em: 20/01/2021.

CAIRUS, HF. O Corpus Hippocraticum. In: CAIRUS, HF., and RIBEIRO JR., WA. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CITELI, Maria Teresa. Um mapa estratégico da ciência e gênero. **Rev. Estud. Fem.** v.07 n.01-02 Florianópolis.1999.

CITELI, Maria Teresa. Mulheres nas ciências: mapeando campos de estudo. **Rev. Cadernos Pagu** (15) 2000.

COLLINS, Patrícia Hills. **Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment**. By Routledge, London, 2002.

COSTA, José de Souza. Histórico da ginecologia na Faculdade de Medicina da Bahia. **Rev. Gazeta Médica da Bahia** Vol.77 (jul-dez). 2007.

DATASUS. **“Razão de Mortalidade Materna (2000-2006)”** Brasil. Número de óbitos maternos. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/c03.htm>. Acessado em: 10 de janeiro de 2016.

DATASUS. **“Proporção de partos cesáreos (2000)”** Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2010/f08.def>. Acessado em: 10 de janeiro de 2016.

DECRETO Nº 7.247, DE 19 DE ABRIL DE 1879. **Coleção de Leis do Império do Brasil - 1879**, Página 196 Vol. 1 pt. II. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em: 10/01/2022.

DECRETO Nº 8.659, 1911. Coleção de Leis do Brasil - 1911, Página 492 Vol. 1 Diário Oficial da União - Seção 1 - 6/4/191.

DECRETO 1387, 28 abr. 1854. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1854, Página 195 Vol. 1 pt I.

DEL PRIORI, Mary Lucy Murray. **Dossiê: a história do corpo**. Anais do Museu Paulista. São Paulo. N. Ser. v.3 p.9-26 jan./dez. 1995.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva** vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005.

DOSSIÊ PARA A CPMI DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”** elaborado pela Rede Parto do Princípio. 2012.

EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. **Rev. Asclepio**- Vol. L-2-1998.

ELKIN, Lynne Osman. Rosalind Franklin and the Double Helix. **Source: Physics Today** 56, 3, 42 (2003).

ESCOLA TROPICALISTA BAIANA. Dicionário Histórico-Biográfico de Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/escroba.pdf>. Acesso em: 04/03/2022.

FERREIRA, Luiz Otávio. Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. **Rev. SBHC**. nº10, p 46-52, 1993.

FERREIRA, Luiz Otávio. João Vicente Torres Homem: Descrição da Carreira Médica no Século XIX. **Rev. Physis. Revista de Saúde Coletiva** .Vol. 4, Número 1, 1994.

FIOCRUZ- Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escancimerj.htm#publicacoes> . Acessado em: 20/03/2022.

FIOCRUZ- Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Fundação Oswaldo Cruz. **Escola de Cirurgia da Bahia**. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/escirba.pdf>. Acessado em: 20/03/2022.

FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. **Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia: relativas aos anos de 1916 a 1923 e 1925 a 1941**. Repositório UFBA- Memória Institucional. Bahia, 2014. Acessado em: 10 de fevereiro 2022. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24837>.

FRAGOSO, João Luís. O Império Escravista e a República dos Plantadores. Economia brasileira no século XIX: mais do que uma plantation escravista exportadora. In: LINHARES, Maria Yedda (org.). **História Geral do Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. São Paulo: Paz e Terra, 2019

FREITAS, Patrícia. **Corpos de Mulheres em (Re)vista. A representação da menopausa na Revista de Ginecologia e d' Obstetrícia 1907-1978**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

FREITAS, Patrícia. A mulher é seu útero. **Rev. Antíteses**, vol. 1, n. 1, jan.- jun. de 2008.

FREIRE JUNIOR, Olival. History of Science and Technology in 20th-Century Brazil. **Oxford Research Encyclopedia, Latin American History** - Oxford University Press USA, 2020.

FRÓES, F. P. Abortamento no 3º mês com retenção de placenta e infecção consecutiva. **Revista Gazeta Médica da Bahia**. Salvador, nº2. ago. 1905.

FRÓES, F. P. Episiotomia e Profilaxia das rupturas perineais durante o parto. **Revista Gazeta Médica da Bahia**. Salvador, nº2. ago. 1903.

FURLANI, Dionice. **Os fios de poder e suas repercussões no processo de trabalho de parto humanizado na maternidade**. 2004. 184 f. Tese de Doutorado em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GALEÃO, Caetano de Almeida Galeão. **Paralelo entre métodos preconizados na operação cesariana**. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1889.

GENARO, Ednei de. Corpo e política na teoria social: a formulação nietzschiana e o marco interpretativo de Foucault. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC** Vol. 6 - n. 3 janeiro-julho/2009.

GORDILHO, Manoel de Sá. **Considerações acerca das operações obstétricas mais preconizadas**. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1882.

GONZALEZ, Verônia Sanz. Una introducción a los estudios sobre ciencia e género. **Rev. Argumentos de la Razón Técnica**, nº8, 2005.

GIDDENS, Anthony. **As transformações da intimidade: sexualidade, amor, e erotismo nas sociedades modernas**. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

HARAWAY, D. 1995. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Rev. Cadernos Pagu** 5: 07- 41.

INDICADORES DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A “escola tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. **Rev. Gazeta Médica da Bahia** nº78 (2):86-93, 2008.

JUNIOR, João Ferreira de Araújo Pinho. **Desordens psíquicas da menstruação**. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1900.

LATOUR, B. 2001. **Da fabricação à realidade: Pasteur e seu fermento de ácido láctico**, In: **A esperança de pandora: ensaio sobre a realidade dos estudos científicos**, 133-148. Bauru: Edusc.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Trad. Marina Appenzeller .4ª ed. Campinas: Papirus, 2009.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Trad. Sonia M.S. Fuhmann. 2ª ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LE BRETON, David. **Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver**. Trad. Lólio Lourenço de Oliveira. Campinas, SP: Autores Associados, 2009.

LEISTER, Nathalie. **Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram a luz na década de 1940 a 1980**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2011.

LIBERTAD, Maíra. **Diga tudo, mas não diga que a cesárea é tão segura quanto um parto normal**. 2013. Disponível em: <http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/diga-tudo-mas-nao-diga-que-a-cesarea-e-tao-segura-quanto-um-parto-normal/>. Acessado em: 3 de julho de 2016.

LOPES, Rita Lobato Velho. **Paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana**. Bahia: Imprensa Popular, 1887. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, 1887.

LUZ, Adriana de Carvalho. **Mulheres e doutores: discurso sobre o corpo feminino. salvador, 1890-1930**. Dissertação. Universidade Federal da Bahia, 1996.

MARCOLIN, Alessandra Cristina. Até quando o Brasil será reconhecido como o país da cesárea? **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2014; 36(7): 283-9.

MANDARINO, Natália Ribeiro; CHEIN, Maria Betânia da Costa; JUNIOR, Francisco das Chagas Monteiro; BRITO, Luciane Maria Oliveira; LAMY, Zeni Carvalho; NINA, Vinicius José da Silva; MOCHEL, Elba Gomide; NETO, José Albuquerque de Figueiredo. Aspectos relacionados a escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada em São Luiz do Maranhão. **Cad. Saúde Pública**, RJ, 25(7): 1587-1596, jul, 2009.

MARTINS, Laura Helena Pereira Machado. **Discurso oitocentista dos médicos da província de Minas Gerais: um olhar sobre a amamentação**. 2007. Tese de doutorado em Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

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

MASANERA, Adriano Rodrigues; SILVA, Lúcia Cecília da. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da Psicologia no Brasil. **Rev. Psicologia em Estudo**. Vol. 5, N. 1. Pag. 115-137. 2000.

MATOS, Greice Carvalho de; ESCOBAL, Ana Paula; SOARES, Marilu Correia; HARTER, Jenifer; GONZALES, Roxana Izabel Cardozo. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Enfermagem UFPE on line.**, Recife, 7(esp):870-8, mar., 2013.

MEIRELLES, Nevolanda Sampaio; SANTOS, Francisca da Cunha; OLIVEIRA, Vilma Lima Nonato de; LEMOS-JUNIOR, Laudenor P.; TAVARES-NETO, José. Teses Doutorais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. **Rev. Gazeta Médica da Bahia**, nº 74, 2004.

MEMÓRIA HISTÓRICA DOS FATOS MAIS NOTÁVEIS DO ANO DE 1858 DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. SEQUEIRA, José de Góes.1859. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DOS FATOS MAIS NOTÁVEIS DO ANO DE 1859 DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. FARIA Antônio Januário de. 1860. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVA AO ANO DE 1862. SEIXAS, Domingo Rodrigues de. 1863. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVA AO ANO DE 1865. SODRÉ, Jerônimo Pereira.1866. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVA AO ANO DE 1868. SAMPAIO, Mathias Moreira.1869. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVA AO ANO DE 1871. PEDROSA, Elias José.1872. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVA AO ANO DE 1877.ARAGÃO, Egas Carlos Muniz Sodré de.1878. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DOS ACONTECIMENTOS MAIS NOTÁVEIS DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVOS AO ANO DE 1882. PEREIRA, Antônio Pacífico. 1883. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DOS ACONTECIMENTOS MAIS NOTÁVEIS DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVOS AO ANO DE 1883. D'AZEVEDO, José Olympio. 1884. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVA AO ANO DE 1906-1907. MENDES, Antônio Pacheco. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVA AO ANO DE 1909-1910. FILHO, José Eduardo Freire de Carvalho. 1913. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DOS FATOS MAIS NOTÁVEIS DO ANO DE 1911 DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. 1911. JÚNIOR, Fortunato Augusto da Silva. 1912. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MEMÓRIA HISTÓRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA RELATIVA AO ANO DE 1924. ARAGÃO, Gonçalo Moniz Sodré de. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

MENDONÇA, Sara Sousa. **Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto.** 2013. 159 f. Dissertação de Mestrado em Antropologia. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2013.

MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Rev. Gênero.** Niterói, v.6, n1, p. 81-104. 2005.

MIRANDA, Tatiana Assunção. **Ciência, natureza e a normatização do parto.** 2012. 128 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MOTT, Maria Lúcia de Barros. Madame Durocher modista e parteira. **Rev. Estudos Feministas** vol.02 no.01 Florianópolis, 1993.

MOTT, Maria Lúcia de Barros. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? **Rev. Cadernos de Pesquisa**, nº 108, p. 133-160, novembro/1999. *Acessado em: 21/12/23*
Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cp/a/4SSCrwBY4twT4qSdsRYnWqm/?lang=pt&format=html>

NAPOLITANO, Marcos. **História do Brasil República: da queda da Monarquia ao fim do Estado Novo**. 1ª ed.- São Paulo: Contexto, 2017.

NUCCI, Marina; SILVA, Fernanda; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luis. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.171-184, 2019.

OMS. **Maternidade Segura: assistência ao parto normal, um guia prático**.1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf. Acessado em 13/04/2023.

OMS. **Declaração da Organização Mundial de Saúde sobre taxas de cesáreas**. (2014) Acessado em :09/05/2020 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.

OMS. **Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates**. (2021). Acessado em: 03/04/2022. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>.

OTFI, Ingrid. **As 50 Intervenções desnecessárias durante a gravidez, parto e pós-parto**. Blog do Núcleo Carioca de Doulas. 2012.Disponível em: <https://doulasrio.wordpress.com/2012/05/24/as-50-intervencoes-desnecessarias/>. Acessado em: 5 de julho de 2016.

PÁDUA, Karla Simônia de. **Fatores associados à cesárea em uma amostra de hospitais brasileiros**. Dissertação de Mestrado em Tocoginecologia. Universidade Estadual de Campinas.2008.

PARENTE, Rafael Câmara Medeiros Et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Rev. Feminina**. Set. 2010. Vol 38, nº 9.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**. vol.45 no.1 São Paulo Fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021#backg. Acessado em: 30 de agosto 2016.

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

PERTILE, Rosângela de Almeida. A História das técnicas médicas a partir das ilustrações em papiros do Egito Antigo. **Khronos, Revista de História da Ciência** nº 10, dezembro 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/garga/Downloads/176084-Texto%20do%20artigo-459594-1-10-20201221.pdf>. Acessado em: 20 de outubro 2020.

PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições medicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão;

SAMPAIO, Gabriela dos Reis; SOBRINHO, Carlos Roberto Galvão (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas, Ed. da UNICAMP, 2003a.

PIMENTA, Tânia Salgado. Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. **Rev. Cad. CEDES** 23 (59).2003b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/LF79n7MyS8tYnjFkGmLbvK/?lang=pt>. Acessado em: 17/03/2022.

PIMENTA, Tânia Salgado; BARBOSA, Giselle Machado. O ofício de parteira no Rio de Janeiro imperial. **Rev. de História Regional** 21(2): 485-510, 2016.

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

PINHO JÚNIOR. João Ferreira de Araújo. **Desordens Psychicas da Menstruação**. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1900. Bahia.

PORTOCARRERO, V. Vitalismo e Constituição da Biologia segundo Jacob, Canguilhem e Foucault. In: **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

RAGO, Elisabeth Juliska. **Gênero, medicina, história**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH • São Paulo, julho 2001. *Acessado em: 10/01/2022. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300930869_ARQUIVO_Historiaanpuh2011doc2003.pdf*

RAGO, Elisabeth Juliska. Francisca Prager Fróes: medicina, gênero e poder nas trajetórias de uma médica baiana (1872-1931). **Rev. Ciênc. saúde coletiva** 13 (3). Jun 2008.

RATTNER, Daphne. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesáreas do município de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 30 (1):19-33: 1996.

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Rev. Scientiæ zudia**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45-82, 2006.

RELATÓRIO APRESENTADO À MESA E JUNTA DA CASA DA SANTA MISERICÓRDIA DA CAPITAL DA BAHIA pelo Provedor Conselheiro Manuel Pinto de Souza Dantas, 1876. Centro de Memória Jorge Calmon.

RELATÓRIO APRESENTADO À MESA E JUNTA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA CAPITAL DA BAHIA, pelo senhor Dr. Antônio Carneiro da Rocha, 1877. Centro de Memória Jorge Calmon.

RELATÓRIO APRESENTADO A MESA DA IRMANDADE DA CASA DA SANTA MISERICÓRDIA DA CAPITAL DA BAHIA pelo Provedor Conselheiro Conde de Pereira Marinho, 1882. Centro de Memória Jorge Calmon.

RELATÓRIO APRESENTADO A MESA DA IRMANDADE DA CASA DA SANTA MISERICÓRDIA DA CAPITAL DA BAHIA pelo Provedor Conselheiro Conde de Pereira Marinho, 1885. Centro de Memória Jorge Calmon.

RELATÓRIO APRESENTADO A MESA DA IRMANDADE DA CASA DA SANTA MISERICÓRDIA DA CAPITAL DA BAHIA pelo Provedor Conselheiro Conde de Pereira Marinho, 1886. Centro de Memória Jorge Calmon.

RELATÓRIO APRESENTADO A MESA DA IRMANDADE DA CASA DA SANTA MISERICÓRDIA DA CAPITAL DA BAHIA pelo Provedor Manuel de Souza Campos, 1901 a 1902. Centro de Memória Jorge Calmon.

REVISTA GAZETA MÉDICA DA BAHIA. **Obstetrícia e ginecologia**. Janeiro, 1878.

REVISTA GAZETA MÉDICA DA BAHIA. **Medicina Legal: ainda uma vez um caso de defloração post-nupcial negada pelo marido; exame dos pareceres de Coimbra e de Paris**. Abril, 1879.

REVISTA GAZETA MÉDICA DA BAHIA. **O caso de defloração pós-nupcial negada pelo marido: réplicas dos professores Brouardel e Felipe Simões**. Ano XI, nº 09, set, 1879.

REVISTA GAZETA MÉDICA DA BAHIA. **Tocologia e Ginecologia**. Julho, 1905.

REVISTA GAZETA MÉDICA DA BAHIA. **Mortalidade operatória**. Outubro, 1907.

RIBEIRO, Márcia Moisés. **A ciência dos trópicos, a arte médica no Brasil do século XVIII**. Ed. HUCITEC, São Paulo, 1997.

RIFFEL, Mariene Jaeger. **A ordem da humanização do parto na educação da vida**. 236 pag. Tese de Doutorado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2005.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle; ORTIZ, Pabla Clotilde; FUNG, Yang Tai. A incidência de cesáreas e a remuneração e assistência ao parto. **Rev. Caderno de Saúde Pública**. 1 (4):457-466, 1985.

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

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

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção entre os sexos. **Rev. História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, supl., p. 133-152, jun. 2008.

ROSSITER, Margaret W. The Matthew Matilda Effect in Science. **Rev. Social Studies of Science**, Vol. 23, No. 2, May, 1993.

SANTELLA, Lúcia. Pós-humano por quê? **Rev. USP**, São Paulo, nº 74, p. 26-37, junho/agosto 2007.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **Pequena história da medicina brasileira**. São Paulo. Coleção Buriiti. 1966.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, Boaventura de Souza. (org) **Conhecimento Prudente para uma vida Decente**. 2ª ed, São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Tabi Thuler. **Evidências de indução de demanda por parto cesáreo no Brasil**. 2011. 68 f. Dissertação de Mestrado em Economia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SANTOS, Tânia Steren dos. **Carreira profissional e gênero: a trajetória de homens e mulheres na Medicina**. Anais do Encontro da Associação Nacional de Ciências Sociais, 2004. *Acessado em: 20 de julho de 2016. Disponível em: http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3985&Itemid=319*.

SANTOS, Mayara Priscilla de Jesus dos. **Maria Odília Teixeira: a primeira médica negra da Faculdade de Medicina da Bahia (1884- 1937)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade Federal da Bahia, 2019.

SAYD, Jane Dutra. **Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental**. *Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 1998*.

SAYD, Jane Dutra; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Medicina baseada em evidências. Ceticismo terapêutico, recorrência e história. **Rev. Phisys Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro 10(1):11-38, 2000.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. **A medicina e suas transições ao longo do século: da panjelança à medicina contemporânea**. 2.ed.- Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

SARDENBERG, Cecília Maia Bacellar; MINELLA, Luzinete Simões (Orgs). **Gênero e ciências, mulheres em novos campos**. Salvador: EDUFBA/NEIM, 2016.

SILVA, Caroline Santos. **Com um fórceps na mão, há de se parir uma nação: ensino e prática da obstetrícia e ginecologia em Salvador (1876–1894)**. Dissertação de Mestrado em História. Universidade Federal da Bahia, Salvador 2011.

SILVEIRA, Nise Magalhães. **Ensaio sobre a Criminalidade da Mulher no Brasil**. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1926.

SCHIEBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru-SP, EDUSC, 2001 [original em inglês: *Has feminism changed science?* Cambridge, Harvard University Press, 1999.

SIQUEIRA, Tatiana Lima de. **Impressões feministas: discurso sobre o feminismo no Diário da Bahia: 1935-1937**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, 2009.

SOUZA, Francisco Romano de. **Symphyseotomia e suas indicações**. Tese - Faculdade de Medicina da Bahia, 1865.

SOUSA, Larissa Velasquez. **‘Não tem jeito. vocês vão precisar ouvir’ violência obstétrica no Brasil: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970 – 2015)**. Tese. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2022.

STENGERS, Isabelle; ALTMAN, Max. **A invenção das ciências modernas**. São Paulo: Editora 34, 2002. 205.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **Rev. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.155-172.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; NICIDA, Lúcia Regina de Azevedo; RODRIGUES, Andreza Pereira; BONAN, Claudia. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 25(11):4531-4546, 2020.

TEIXEIRA, Manuel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro v. 19 n. 2 p. 540-560, 2019.

TORNQUIST, Carmem Susana. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. Tese de Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina.

TORNQUIST, Carmem Susana; SPINELLI, Carolina Shimomura. Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor no sul da América do Sul. **Rev. Miolo**, 2010.

TOURINHO, Francisco Lázaro. **Hemorragia puerperal e o seu tratamento**. Tese da Faculdade de Medicina da Bahia, 1872. Repositório UFBA, Biblioteca Gonzalo Muniz
Acessado em: 20/05/2020, Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/25163/1/Francisco%20Lazaro%20Tourinho%20%28TI-1872%29.pdf>.

VANIN, Iole Macedo. **As damas de Branco na biomedicina baiana (1879-1949): médicas, farmacêuticas e odontólogas.** 275 f. il. 2008. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ZANETTI, Mirian Raquel Diniz. PETRICELLI, Carla Delabarba. ALEXANDRE, Sandra Maria. TORLONI, Maria Regina. NAKAMURA, Mary Uchyama. SAAA, Nelson. Episiotomia: revendo conceitos. FEBRASGO- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Rev.FEMINA**, Julho 2009, vol. 37, nº 7.

WALKER TD. Médicos, medicina popular e inquisição: a repressão das curas mágicas em Portugal durante o iluminismo. Walker TD. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2013. **Resenha de:**, Menezes, Rachel Aisengart. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(1):213-216, jan, 2015. *Acessado em:* 20/12/2023, *Disponível em:* <https://www.scielo.br/j/csp/a/JL6ChcVZjSc3HschXKkFWKM/?format=pdf&lang=pt>

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO. *Disponível em:* https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/mod_resource/content/1/Recomendac%CC%A7o%CC%83es%20OMS%202018.pdf. *Acessado em:* 05/04/2023.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CIRURGIÃO FORMADO NA ACADEMIA MÉDICO-CIRÚRGICA DA BAHIA

Lei de 09 de setembro de 1826

“Eu, _____ Director (ou Vice Director) da Eschola Cirúrgica _____ Faço saber que _____, natural de _____, filho de _____ havendo freqüentado o quinto anno do curso cirúrgico, e sendo competentemente examinado, foi approved Nemine Discrepante (ou Simpliciter), e ficou por isso – approved em cirurgia – e habilitado unicamente para poder curar neste ramo da sciência médica em todas as partes do Império. Pelo que lhe mandei passar a presente que vai por mim assignada, e pelo Lente de Prática Médico Cirúrgica, sellada com o sello da Eschola, na Cidade _____ aos ____ de _____ do anno de _____.

E eu _____ Secretário a subscrevi.

_____ Director ou Vice Director

_____ Lente de Prática

Fonte: Memórias Históricas da Faculdade de Medicina da Bahia: relativas aos anos de 1916 a 1923 e 1925 a 1941. (FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. 2014). Repositório UFBA- Memória Institucional. Bahia.

ANEXO 2

DIPLOMA DE FARMACÊUTICO OU PARTEIRO NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Decreto n. 1169 de 07 de maio de 1853

Diploma de Farmacêutico ou Parteira “A Faculdade de Medicina da Cidade de _____ considerando que o Sr.(a) _____ natural de _____ nascido (a) no dia _____ examinado (a) e aprovado (a) em todas as doutrinas do Curso (Pharmaceutico ou Obstetricia) lhe conferio o titulo de (Pharmaceutico ou Parteira) mandou passar este diploma com o qual gozara de todas as prerogativas que as Leis do Imperio outorgao aos de sua profissão.

E eu _____ Secretario da mesma Faculdade subscrevi.

Assignatura do Presidente do Exame _____

Assignatura do Director _____

Assignatura do Secretario _____

Sello da Faculdade

Fonte: Memórias Históricas da Faculdade de Medicina da Bahia: relativas aos anos de 1916 a 1923 e 1925 a 1941. (FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. 2014). Repositório UFBA- Memória Institucional. Bahia.

ANEXO 3

CARTA DE DOUTOR EM MEDICINA NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Decreto n. 1169 de 07 de maio de 1853

“ Em nome e sob os Auspícios do Muito Alto e Muito Poderoso Príncipe o Sr. D. Pedro II, Imperador Constitucional e Defensor Perpetuo do Brazil. Faculdade de Medicina da Cidade _____ Eu _____ Director da Faculdade, tendo presente o Termo de aptidão ao grao de Doutor, obtido pelo Sr _____ filho de _____ nascido em _____ e de lhe haver sido conferido o dito grao no dia ____ de ____ de _____ depois de ter defendido theses e sido approved unanimemente ou por maioria de votos (nas costas da carta o numero de votos que aprovarão e se em 1 ou 2 escrutínio). E em consequencia da Autoridade que me he dada pelos Estatutos que regem esta Faculdade e do que nelles me he ordenado mandei passar ao Senhor.....esta carta de Doutor em Medicina para que com ella goze de todos os direitos e prerogativas attribuidas pelas leis do Império. _____, _____ de _____ de _____ Cidade _____ Presidente do Acto Director da Faculdade _____ Secretario

Fonte: Memórias Históricas da Faculdade de Medicina da Bahia: relativas aos anos de 1916 a 1923 e 1925 a 1941. (FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. 2014). Repositório UFBA- Memória Institucional. Bahia.

ANEXO 4

RELAÇÃO DE ALUNOS QUE SE DOUTORARAM EM 1883 NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA- AUSÊNCIA DE MULHERES

Relação dos alumnos que se doutoraram em março e dezembro de 1883, e dos que prestaram juramento de pharmaceutico

- 1 Joaquim Marques Redig.
- 2 José Alexandre de Moura Costa.
- 3 Léon Ferdinand Gay.
- 4 Antonio Victorio de Araujo Falcão.
- 5 Pedro Leite Chermont.
- 6 Marcellino da Silva Perdigão.
- 7 Jorge Cesimbra Fairbanks.
- 8 Manoel Arvellos Bottas.
- 9 Fabio Lyra dos Santos.
- 10 José Olivio de Usda.
- 11 Emygdio de Barbareno.
- 12 João Gonçalves Ferreira Carvalho da Camara.
- 13 Antonio José da Costa Leite.
- 14 João Candido de Lima.
- 15 Antonio Moreira Maia.
- 16 Fidelis de Oliveira e Silva.
- 17 Joaquim Thomaz de Aquino.
- 18 Carlos Vieira de Bittencourt.
- 19 Clementino Antonio da Silveira Ramos.
- 20 Guilherme Lassance Marback.
- 21 Coelho de Alcantara Coelho Marinho.
- 22 Manoel Pedro Vieira.
- 23 Manoel Claudiano Ribeiro.
- 24 José Antonio Pereira Guimarães.
- 25 João Francisco dos Reis.
- 26 Gabriel Archanjo Dutra de Andrade.
- 27 Luiz Jansen de Mello.
- 28 Antonio Cardoso da Silva.
- 29 Alexandre de Oliveira Freire.
- 30 Antonio Alves Pereira de Lyra.

— 28 —

- 31 Virgilio Cezar Martins dos Reis.
- 32 Antonio Henriques Alvares dos Santos.
- 33 José Raymundo Telles de Menezes.
- 34 Oscar Noronha.
- 35 Antonio Militão de Bragança.
- 36 Hermilio Afonso Monteiro.
- 37 Antonio da Silva Ferreira.
- 38 Argeniro Rodrigues Germano.
- 39 Octaviano Muniz Barreto.
- 40 Zacharias Fernandes Vinhas.
- 41 João Machado de Aguiar Mello.
- 42 José Moreira de Magalhães.
- 43 Joaquim Israel de Cienreira.
- 44 Messias José dos Santos Patury.
- 45 Francisco Teixeira do Carvalho.
- 46 Francisco Cunegundes Vieira Dias.
- 47 Frederico José Rolla.
- 48 Antonio Theodorico Borges de Barros.
- 49 Eivaldo Villaboim.
- 50 Feliciano Faria da Silva.
- 51 Luiz Antonio Ferreira Gualberto.
- 52 José Bonifacio da Cunha Mello Junior.
- 53 Xisto Jorge dos Santos.
- 54 Luiz José Corrêa de Sá.
- 55 Pedro Miguel de Moraes Bittencourt.
- 56 Arthur Benigno Castilho.
- 57 Clicerio José Velloso da Silva.
- 58 José Licerio Primo de Seixas.
- 59 Venancio Ferreira Lima.
- 60 Afonso Mauricio Rodrigues Vianna.
- 61 Carlos Frederico Nabuco.
- 62 Harmindo José Marques.
- 63 Jonathas Rodrigues Barcellos.
- 64 José Antonio Alves Pinto.
- 65 Firmino Thomaz de Aquino.
- 66 José Dionysio Borges da Cruz.
- 67 Carlos Ferreira Pontes.

Fonte: Memória Histórica dos Acontecimentos mais Notáveis da Faculdade de Medicina da Bahia Relativos ao Ano de 1883. (D'AZEVEDO, José Olympio). Acervo Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

ANEXO 5

CORPO DOCENTE E ADMINISTRATIVO DA NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA 1924 - AUSÊNCIA DE MULHERES

DR. GONÇALO MONIZ SODRÉ DE ARAÇÃO 35

PROFESSORES CATHEDRATICOS

Doutores	Materias que leccionam
João Martins da Silva	Physica medica.
Euvaldo Diniz Gonçalves	Chimica medica.
Antonio Amatal Ferrão Muniz	Chimica analytica e toxicologia.
Manuel Augusto Pirajá da Silva	Historia natural medica.
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia descriptiva.
Adriano dos Reis Gordilho	Histologia.
Aristides Novis	Physiologia.
Augusto Cesar Vianna	Microbiologia.
Fernando José de São Paulo	Pharmacologia e arte de formular.
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica.
Gonçalo Moniz Sodré de Araújo	Pathologia geral.
Mario Andrea dos Santos	Anatomia e physiol. pathologica.
Alvaro Fróes da Fonseca	Anatomia medico-cirurgica.
Josine Correia Oelias	Hygiene.
José de Aguiar Costa Pinto	Medicina legal.
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica (1.ª cadeira).
Aurelio Rodrigues Vianna	Clinica medica (2.ª cadeira).
João Americo Garcez Fróes	Clinica medica (3.ª cadeira).
Antonio do Prado Valadares	Clinica medica (4.ª cadeira).
Fernando Luz	Clinica cirurgica (1.ª cadeira).
Caio Octavio Ferreira de Moura	Clinica cirurgica (2.ª cadeira).
Antonio Bastos de Freitas Borja	Clinica cirurgica (3.ª cadeira).
Alfredo Pereira de Magalhães	Clinica pediatrics cirurgica.
Joaquim Martiño Gesteira	Clinica padiatrica medica.
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica obstetrica.
José Adeodato de Sousa	Clinica gynecologica.
João Cesario de Andrade	Clinica ophtalmologica.

36 MEMORIA HISTORICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica neurológica.
Mario da Silva Leal	Clinica psychiatrica.
PROFESSORES SUBSTITUTOS	
1.ª Secção — Alvaro Campos de Carvalho	Physica medica.
2.ª Secção — Vaga	Chimica medica, Chimica analytica e toxicologica.
3.ª Secção — Ega Moniz Barreto de Araújo	Historia natural medica.
4.ª Secção — Antonio Ignacio de Menezes	Anatomia descriptiva, Anatomia medico-cirurgica.
5.ª Secção — Leoncio Pinto	Histologia.
6.ª Secção — Sabino Silva	Physiologia.
7.ª Secção — Octavio Torres	Pathologia geral.
8.ª Secção — Augusto de Couto Maia	Microbiologia.
9.ª Secção — Antonio B. Rodrigues Lopes	Therapeutica.
10.ª Secção — Vaga	Pharmacologia e arte de formular.
11.ª Secção — José Olympio da Silva	Hygiene.
12.ª Secção — Durval Tavares da Gama	Medicina legal.
13.ª Secção — Almir Sá Cardoso de Oliveira	Clinica medica.
14.ª Secção — Aristides Pereira Maltex	Clinica cirurgica.
15.ª Secção — Agrippino Barbosa	Clinica pediatrics cirurgica.
16.ª Secção — Flaviano Innocencio da Silva	Clinica obstetrica.
17.ª Secção — Vaga	Clinica gynecologica.
18.ª Secção — Alexandre Affonso de Carvalho	Clinica pediatrics medica.
19.ª Secção — Alfredo de Couto Brito	Clin. dermatol. e syphiligraphica.
	Clinica ophtalmologica.
	Clinica oto-rhino-laryngologica.
	Clinica neurológica.
	Clinica psychiatrica.

ANEXO 6

DR. GONÇALO MONTE SOBRÉ DE ARAGÃO 37

Professores cathedraes em disponibilidade:

Dr. Sebastião Caróceo,
Dr. José Rodrigues da Costa Dorea,
Dr. João Evangelista de Castro Cerqueira.

Professores honorarios:

Dr. Juliano Moreira,
Dr. Carlos Chagas,
Dr. Thiago de Almeida.

AUXILIARES DO ENSINO EM 1924

Preparadores	Cadeiras
Pharm. ^a Philippe Wandertey de A Pinho	Physica medica.
Pharm. ^a Henrique Diniz Gonçalves	Chimica medica.
Dr. Arnaldo Muniz Silvano	Chimica analytica.
Dr. Alvaro Ribeiro dos Santos	Historia natura'.
Dr. Oscar Teóbeira	Anatomia descriptiva.
Dr. Domingos Emilio de Cerqueira Lima	Anatomia medico-ci- rurgica.
Dr. Elvino de Moura Medrado	Anatomia medico-ci- rurgica.
Dr. Antonio Ribeiro Gonçalves Bastos	Physiologia.
Dr. Victorino Arthur Pereira	Histologia.
Dr. Manoel Maria Ferreira	Histologia.
Dr. Edgard Frederico Tourinho	Anatomia pathologica.
Dr. Hersacio Foncino de Menezes	Anatomia pathologica.
Dr. Francisco Cardoso e Silva	Microbiologia.
Dr. Broech Torres	Pathologia geral.
Dr. Joaquim Glycelio Pires	Pharmacologia.
Dr. Francisco Soares de Senna	Therapeutica.
Dr. Felício Dias Guereiro	Hygiene.
Dr. Arthur Correia Costas	Medicina legal.
Dr. Edgard Passos Beaventura	Clinica medica — 1. ^a cadeira.
Dr. Amândo Sampaio Tavares	Clinica medica — 1. ^a cadeira.
Dr. Duvaltercio Bolivar de Aguiar	Clinica medica — 2. ^a cadeira.
Dr. Dario José Peixoto	Clinica medica — 2. ^a cadeira.
Dr. Manoel Luis Vieira Lima	Clinica medica — 3. ^a cadeira.

38 MEMORIA HISTORICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Dr. Heitor Prager Fróes	Clinica medica — 3. ^a cadeira.
Dr. Claudelina Sepulveda	Clinica medica — 4. ^a cadeira.
Dr. Augusto Vicente Vianna Junior	Clinica medica — 4. ^a cadeira.
Dr. João Gonçalves Martins	Clinica cirurgica — 1. ^a cadeira.
Dr. Oscar Tillemont Fontes	Clinica cirurgica — 1. ^a cadeira.
Dr. Pedro Emilio de Cerqueira Lima	Clinica cirurgica — 2. ^a cadeira.
Dr. Manuel Freire dos Santos	Clinica cirurgica — 2. ^a cadeira.
Dr. Humberto Jesuino dos Santos	Clinica cirurgica — 3. ^a cadeira.
Dr. Antonio Arthur Pereira França	Clinica cirurgica — 3. ^a cadeira.
Dr. Raphael Jacome Martins Baggi	Clinica pediatrica me- dica.
Dr. Armando de Campos Gordilho	Clinica pediatrica cirur- gica.
Dr. João dos Santos Pereira	Clinica ophthalmologica
Dr. David Fernandes Gonçalves Bastos	Clinica oto.rhino.la- ryngologica.
Dr. João Ferreira Caldas	Clinica dermatologica e syphillographica.
Dr. João Dias Tavares	Clinica obstetrica.
Dr. João F. Canna Brasil Filho	Clinica obstetrica.
Dr. Galdino da Silva Magalhães Ribeiro	Clinica gynecologica.
Dr. Eduardo Vidal da Cunha	Clinica neurologica.
Dr. Pery Guimarães	Clinica psychiatrica.

Dos livres docentes tratarei especialmente em outro capitulo.

PESSOAL ADMINISTRATIVO DA FACULDADE EM 1924

Director — Dr. Augusto Cesar Vianna.
Secretario — Dr. Agenor de Souza Bomfim.
Bibliotecario — Dr. Raul Januario Cardoso Costa.
Thesoureiro — Bacharel Francisco Jeronymo Gonçalves

Amaruenses — Anselmo Pires de Albuquerque—José Antonio de Brito. — Casiano Lázaro Tourinho. (Fallecido a 27 — Novembro — 1924). — Carlos Brasilio da Silva. (Fallecido a 24 — Outubro — 1924). — Mario Vergne de Abreu — Durval de Castro Guedes.

Fonte: Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao Ano de 1924. ARAGÃO, Gonçalo Moniz Sodré de. Acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

matriculo.

Secção III

Curso de obstetricia

Art. 30. O curso de obstetricia comprehenderá as seguintes materias, que serão objecto de duas series de exames, a saber:

— 45 —

1.ª serie

Anatomia descriptiva e medico-cirurgica, da bacia e dos orgãos genito-ourinarios da mulher, a cargo do substituto da 3.ª secção.

Obstetricia, a cargo do cathedratico respectivo. *(Continua)*.

NOTICIARIO

ANEXO 7

EMENTA DA DISCIPLINA OBSTETRÍCIA, CURSO DE FORMAÇÃO EM MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA- 1909/1910

SEXTO ANNO	
—	
Obstetricia	
PRIMEIRA PARTE	
1º.	Da obstetricia.
2º.	Origem e natureza das cellulas germens.
3º.	Fecundação.
4º.	Primeiras modificações do ovulo fecundado.
5º.	Desenvolvimento da porção extra-embryonaria do ovulo.
6º.	Estructura e funcções das membranas, da placenta e do cordão umbelical.
7º.	Formação do embryão.
8º.	Physiologia do feto de termo.
9º.	Modificações anatomicas e physiologicas produzidas pela gestão.
10.	Prenhez e signaes de origem materna fetal.
11.	Diagnostico e processos de exploração.
12.	Duração da prenhez e determinação da marcha e prognostico.
13.	Hygiene da prenhez.
14.	Conformação da bacia ossea, seus diametros, planos e eixos.
15.	Tecidos e orgãos que revestem a bacia ossea.
16.	Dimensões do feto do termo e suas relações com diametro da bacia.
17.	Attitude, apresentações e posições do feto.
18.	Asepsia e antisepticia obstetricas.
19.	Parto normal.
20.	Diagnostico e prognostico das apresentações e posições.
21.	Mecanismo do parto segundo as apresentações e posições.
22.	Expulsão dos annexos do feto.
23.	Ligadura e secção do cordão umbelical.

24. Conduta do parteiro antes, durante e após o trabalho do parto.
25. Post-partum.
26. Preceitos hygienicos e cuidados a prestar aos recém-nascidos.
27. Cuidados a prestar no caso de morte apparente.
28. Aleitamento materno e artificial.
29. Prenhez multipla.
30. Diagnostico e mecanismo do parto duplo.

SEGUNDA PARTE

31. Abortamento.
32. Parto prematuro e espontaneo.
33. Hemorrhagias puerperias.
34. Molestias proprias das mulheres gravidas.
35. Molestia da placenta e das membranas.
36. Infecções puerperias.
37. Prenhez extra-uterina.
38. Vicios de conformação da bacia.
39. Dystocia das partes molles.
40. Dystocia fetal.

TERCEIRA PARTE

41. Forceps e sua applicação.
42. Parto prematuro artificial.
43. Versão.
44. Pelvitomia
45. Hysterotomia.
46. Embryotomia.

QUARTA PARTE

47. Deformidades congenitas.
48. Estado dos monstros.

FONTE: Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao Ano de 1909-1910. FILHO, José Eduardo Freire de Carvalho. 1913. Acervo Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

ANEXO 8

ESTRUTURA FÍSICA DA MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA- 1910

Quatro pavilhões separados por terraços representam o conjunto do edifício, cuja fachada principal dá para o Largo de Nazareth, a ala direita para a rua do Cabral e a esquerda para a rua do Limoeiro. Estes pavilhões são cercados pelo lado externo por uma larga cinta de terreno ajardinado, e ligados entre si, pelo lado interno, por uma varanda ininterrupta de 170^m de comprimento e 2^m de largura, com ladrilho de cerâmica e cobertura de zinco forrado de madeira e sustentada por columnas de ferro fundido. Um grande jardim cerca esta varanda, para a qual se abrem as portas de entrada para os pavilhões.

A partir da rua do Cabral, o primeiro pavilhão é destinado as mulheres grávidas. Elle contém um corpo central, com quartos reservados, saleta para o vigilante, gabinetes para banho, para latrina; e duas alas representadas por dois salões, para a estadia em commum das restantes internadas.

O segundo pavilhão, destinado ás puerperas, dispõe de compartimentos apropriados para a permanencia dellas em commum ou isoladas; de um laboratorio com todas as disposições para a pratica da asepsia e antiseptia; de uma sala para os partos communs e outra para as inter-

venções operatorias ; de uma sala de recepção para visitantes ; rouparia almoxarifado, latrina e sala para lavagem, vestimenta, medições e pesagens de recém-nascidos.

O terceiro pavilhão, destinado ao ensino, contém um grande salão central para aulas, tendo de um lado um gabinete para pesquisas, uma sala para consultas, rouparia, banheiro, latrina ; e do outro lado a Secretaria, almoxarifado clínico, gabinete particular do director e quartos para os auxiliares do ensino e da turma de alumnos em serviço.

O quarto pavilhão, destinado ao isolamento das parturientes trazidas ao estabelecimento já em trabalho e infectadas, além da sala disposta para esse fim, tem uma outra para as intervenções operatorias. Ainda nesse pavilhão existem compartimentos para a estadia das recolhidas, gabinete para o vigilante, sala para os recém-nascidos e a trina.

Em uma série de dependências, ao longo das quaes corre tambem a varanda, são installados a capella, a sala para o refeitório, a cozinha, a dispensa, a sala de estufa, quartos de empregados, banheiro e latrina. Um pouco afastado destes commodos estão a lavanderia e o necroterio.

A cubagem de ar para cada mulher é de 50^{m³} a 80^{m³}, permitindo ainda as condições de ventilação que as mulheres, com os devidos resguardos e como medida innociva, estejam em um ambiente de ar constantemente renovado.

Não é justo que termine este capitulo da presente *Memoria Historica* sem render um preito de homenagem merecida á memoria dos dois venerandos mestres de obstetricia nesta Faculdade, Francisco Marcellino Gesteira e Mathias Moreira Sampaio que, em seu tempo, bastante se empenharam tambem pela fundação da *Maternidade*.

FONTE: Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao Ano de 1909-1910. FILHO, José Eduardo Freire de Carvalho. 1913. Acervo Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz -

ANEXO 9

DESCRIÇÃO DA CADEIRA DE PARTOS, CURSO DE FORMAÇÃO EM MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA- 1878

« Dividimos em cinco partes as materias, que constituem a Cadeira de Partos, a saber : primeira parte, anatomia obstetrica ; segunda parte, physiologia obstetrica ; terceira parte, pathologia obstetrica ; quarta parte, therapeutica obstetrica ; quinta parte, finalmente, pathologia dos recém-nascidos.

« Na primeira parte ou anatomia obstetrica fizemos não só a exposição completa do estudo anatomico da bacia e do aparelho da geração, em tudo o que é concernente á prenhez e ao parto, mas tambem considerações praticas ácerca das vantagens, que de semelhante estudo resultam ao parteiro.

« Na segunda parte ou physiologia obstetrica explicamos as funcções da geração considerada exclusivamente em seu estado normal, e na serie completa de seus phenomenos successivos, isto é, desde a ovulação, seu phenomeno inicial, a concepção, a prenhez, etc., até a cessação dos phenomenos puerperaes e o aleitamento, ultimo acto da geração.

« Para os diagnosticos, a saber, da prenhez, da idade ou época da sua existencia e consequentemente de seu termo normal, bem como do trabalho do parto, das apresentações e posições respectivas do feto, habituámos os alumnos á pratica dos processos physicos de exploração obstetrica indispensaveis ao parteiro, o qual premunido dos signaes fornecidos por

esses meios de investigação, a saber, apalpação, toque, auscultação, etc., não só formula facilmente qualquer dos referidos diagnosticos, mas tambem conhece o estado do feto, cuja vida pôde correr perigo imminente: deste modo, portanto, vantajosa e cabalmente preenche o parteiro sua dupla funcção. Campre observar que tal resultado foi obtido, porque dirigimo-nos á enfermaria de partos e gynecologia do hospital da Santa Casa da Misericordia, onde se poz em pratica o que viemos de referir, das mulheres gravidas entradas para a mesma enfermaria, que foi uma excellente acquisição para a cadeira de partos.

« Para o diagnostico das apresentações e posições respectivas do facto, utilizei-me tambem do manequim; assim como para o estudo do mecanismo do parto natural, e que é de vantagem inconcussa na pratica; pois que, sem ter-se gravado no espirito semelhante estudo, toda intervenção obstetrica é intempestiva, porque, além das condições reclamadas para a execução das operações obstetricas, isto é, o estudo de dilatação do orificio uterino, e diagnostico da apresentação e posição respectiva do ovoide fetal, sua penetração ou não no canal pelviano; a boa ou má conformação da bacia, é tambem necessario que o parteiro conheça o mecanismo do parto natural ou os processos que a natureza emprega em semelhantes partos, pois que sobre elles modelam-se os que executa o parteiro, o qual é por este meio imitador da natureza, substituindo-a em qualquer circumstancia anormal que complique o parto.

« Na terceira parte ou pathologia obstetrica estudámos não só as molestias, que affectam as mulheres peçadas e que podem interromper a marcha regular dessa funcção, como tambem os accidentes, que podem tornar o parto difficil e perigoso, o que constitue a dystocia, cuja procedencia demonstrámos poder ser maternal, fetal ou dos annexos do feto.

« Na quarta parte ou therapeutica obstetrica descrevemos todas as operações praticaveis no estado hodierno da sciencia obstetrica; e, dividindo-a em tres classes, mostrámos que nas operações da 1.ª classe os orgãos maternos e fetaes são conservados em estado de integridade, como na versão, applicação de forceps, etc.: que nas operações da 2.ª classe, de accôrdo com a moral e a lei, os orgãos fetaes não ficam intactos, como, por exemplo, na craniotomia, na cephalotropcia, quèr simples, quèr, segundo Pajot, cephalotropcia repetida sem tracções: emfim, que nas operações da 3.ª classe são os orgãos maternas, cuja integridade não é conservada; porém desta ultima classe sómente descreveremos a gastrotomia e a gastro-hysterotomia ou operação cezaria, as unicas até hoje preconisadas e conservadas na sciencia obstetrica.

« Na quinta e ultima parte ou pathologia dos recém-nascidos estudámos as molestias, que sóem affectar taes crianças.

« Releva acrescentar que os estudantes do 4.º anno têm durante os dois annos, em que sou professor desta cadeira, feito exercicios praticos no manequim, do que tiraram excellentes resultados.»

Fonte: Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia Relativa ao Ano de 1877. ARAGÃO, Egas Carlos Muniz Sodré de. 1878. Acervo Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a Guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

ANEXO 10

PROGRAMA DO CURSO DE PARTOS- FACULDADE DE MEDICINA NA BAHIA 1882

Programma do curso de partos, molestias das mulheres pe- jadas e dos recém-nascidos

Proponho-me a estudar no corrente anno lectivo as seguintes questões :

1. Anatomia da bacia e dos órgãos genitales da mulher.
2. A ovulação.
3. A menstruação.
4. A menopausa.
5. A fecundação.
6. A esterilidade.
7. A fecundação artificial.
8. A prenhez em geral.
9. As modificações anatomo-physiologicas que a prenhez determina no organismo materno.
10. A evolução progressiva do producto da concepção nas suas tres phases succes-
sivas — ovular, embryonaria e fetal, e os caracteres do feto de termo.
11. Os annexos do feto de termo.
12. As funcções do feto.
13. A attitude do feto.
14. Os signaes da prenhez fornecidos pelas modificações funcçionaes do organismo materno.
15. » » » » obtidos pela vista do parteiro.
16. » » » » » » apulpação abdominal.
17. » » » » » » escutação.
18. » » » » » pelo toque vaginal.
19. » » » » » » » rectal e vesical.
20. O valor semeiologico dos signaes da prenhez.
21. O diagnostico das apresentações e posições, respectivas do feto.
22. O diagnostico differencial da prenhez, as causas dos erros em confundir-se uma especie de prenhez com outras, em affirmar-a quando não existe e negar-a quando existe.
23. O diagnostico da época da prenhez.
24. A prenhez multipla em geral.
25. » bi-fetal.

26. A prenhez tripla.
27. " quádrupla.
28. " quintupla.
29. " complicada.
30. " anormal ou extra-uterina.
31. " falsa.
32. " molar, devida a um producto da concepção mais ou menos degenerada, desde a transformação do ovo em massa solida até a metamorphose da placenta em vesículas rennidas ou císticas, ou hypertrophia das villosidades choríonias.
33. A duração e termo da prenhez.
34. A hygiene da mulher preñha, principalmente com relação à sua investigação pelo parteiro, que deve reconhecer em primeiro lugar a conformação da sua bacia, em segundo lugar a apresentação e posição respectiva do feto, em terceiro lugar fazer a analyse da urina, a fim de instituir o tratamento apropriado ao resultado desse exame em detalhe, cujo tratamento é o prophylatico da eclampsia.
35. O parto e suas causas.
36. Os phenomenos physiologicos do parto.
37. Os phenomenos mecanicos do trabalho do parto.
38. O diagnostico das apresentações e posições respectivas do feto durante o parto, onde, dos tres processos de exploração obstetrica, é o toque vaginal o que fornece indicações mais completas.
39. Os phenomenos plasticos do trabalho do parto.
40. A influencia do parto sobre as funções maternas e fetaes.
41. A duração do trabalho do parto.
42. O prognostico do parto nas diversas apresentações e posições respectivas do feto.
43. Os cuidados que o parteiro deve presgualisar à mulher durante o parto.
44. Os cuidados a prestar ao recém-nascido.
45. O deliverymento.
46. Os cuidados que reclama a parturiente immediatamente e durante dias depois do deliverymento.
47. O estado puerperal physiologico.
48. O aleitamento.
49. A exageração, sobretudo, persistente nas perturbações funcionaes da mulher pójala, em geral.
50. Os vomitos incoercíveis.
51. A albuminuria.
52. A hydrorrhéa.
53. A eclampsia.
54. O abortamento.
55. As haemorrhagias sem causa accidental dos tres ultimos meses da prenhez, e as que surgem durante o trabalho do parto.
56. As molestias intercurrentes à mulher preñha.
57. A dystocia materna em geral.
58. Os vicios da conformação da bacia, classificados por Pajot.

59. A pelvimetria e a pelviographia.
60. Os vícios de conformação dos órgãos genitais da mulher.
61. As indicações reclamadas na prenhez complicada.
62. A energia excessiva das contrações uterinas no trabalho do parto.
63. A anestesia do trabalho do parto.
64. A fraqueza e lentidão das contrações uterinas no trabalho do parto.
65. O cordão espirrado, suas indicações e contra-indicações no parto.
66. Os dectos uterinos, no parto.
67. As rizezas diversas do collo uterino.
68. A ruptura do utero e da vagina.
69. O thrombo do canal utero-vulvar.
70. A resistência anormal do perineo e da vulva.
71. As molestias que podem complicar o trabalho do parto.
72. A dystocia fetal em geral.
73. As apresentações e posições viciadas do feto.
74. A procelencia dos membros do feto.
75. As indicações reclamadas em certas prenhez multiphas.
76. As indicações reclamadas na prenhez extra-uterina abdominal.
77. As indicações reclamadas pelo desenvolvimento monstruoso do feto.
78. A hydro-copdalia congenita.
79. O hydrothorax, a ascita, a retenção da urina e o emphysema do feto.
80. Os tumores fetaes.
81. Dystocia procedendo dos annexos do feto, em geral.
82. O cordão umbilical excessivamente curto.
83. O cordão umbilical excessivamente longo produzindo circulares, nós e procedencias.
84. A adherencia da placenta, seu volume, retenção, etc.
85. A invaginação e prolapsos do utero por manobras intempestivas.
86. As hemerriagens uterinas manifestadas immediatamente, ou horas depois do parto.
87. As rupturas e fistulas do perineo consecutivas no parto.
88. A febre ou septicemia puerperal.
89. A therapautica obstetrica em geral.
90. A accão comparada do chloroformio, do chloral, do opio e da morphina no trabalho do parto.
91. Cirurgia obstetrica, em que os órgãos maternae e fetaes se conservam em estado de integridade em geral.
92. A operação da versão cephlica, pedalica e por manobras externas.
93. A applicação directa do fórceps.
94. " " obliqua " "
95. A redução da procedencia dos membros do feto.
96. A provocação do parto prematuro.
97. A provocação da abortamento.

98. As operações em que ficam intactos os órgãos maternos, sendo pelo contrario, de acôrdo com a moral e a lei, sacrificados os do fœto, ou embryotomia.
99. A craneotomia classica.
100. A cephalotripsia classica, quer simples, quer repetida, e sem trações, segundo Pajot.
101. A cephalotripsia por trepanação da base do craneo segundo Guyon.
102. A sphenotripsia de Hubert.
103. A secção do pescoço do fœto ou deslocação de Celso, a rachitomia.
104. A secção do tronco do fœto e sua evisceração.
105. As operações obstetricas em que são lesados órgãos maternos e poupados os do producto da concepção, em geral.
106. A gastrotomia.
107. A operação cesareana ou gastro-hysterotomia, seguida de amputação utero-ovariana, de concomitancia com o tratamento Listeriano como tem sido praticada com bons resultados por Porro, Tarnier, Lucas Championnière, Mueller, Spalk.
108. As molestias que soem affectar os recém-nascidos.

Bahia, 1º de março de 1882.

O Professoze da cadeira,

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE ITAPOAN.

Fonte: Memória Histórica dos Acontecimentos mais Notáveis da Faculdade de Medicina da Bahia Relativos ao Ano de 1882. PEREIRA, Antônio Pacífico. 1883. Acervo Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, sob a Guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz - Memória da Saúde Brasileira.

