

CARMEN SIMONE GRILO DINIZ

**ASSISTÊNCIA AO PARTO E RELAÇÕES DE GÊNERO:
ELEMENTOS PARA UMA RELEITURA MÉDICO-SOCIAL**



Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Medicina. Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. **JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES**

SÃO PAULO
1996

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Diniz, Carmen Simone Grilo

Assistência ao parto e relações de gênero : elementos para uma releitura médico-social / Carmen Simone Grilo Diniz. -- São Paulo, 1996.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Descritores: 1.MEDICINA SOCIAL/tendências 2.TECNOLOGIA MÉDICA/história 3.OBSTETRÍCIA/história 4.OBSTETRÍCIA/tendências 5.RELIGIÃO E SEXO 6.DIREITOS DA MULHER/história

USP/FM/SBD-228/96

“We need to imagine a world in which every woman is the presiding genius
of her own body”

Adrienne Rich

Para Artur, Beatriz e Maria Arminda

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract	ii
Agradecimentos	iii
Apresentação: origens do problema	vi
Capítulo 1 - Aspectos teóricos e metodológicos da Investigação	
1.1. Delimitação do problema	1
1.2. Delimitação do objeto de estudo	16
1.3. Metodologia	17
1.4. Material e óticas: limites e possibilidades	30
Capítulo 2 - Técnicas e rituais de parto entre as antigas	
2.1. Fragmentos de técnica	36
2.2. Assistência ao parto entre as hindus	38
2.3. O culto de Ísis e a assistência	41
2.4. As meyaledeth: cenas de parto no Gênese e no Êxodo	47
2.5. Autoridade e resistência: a maiêutica das gregas	50
2.6. Os mitos de criação e o varão parturiente	57
2.7. A obstetrix romana e os Deuses Genitais	61
2.8. A demonização da assistência e da técnica	74
Capítulo 3 - “As que maiores males nos trazem”	
3.1. Um longo período de “retrocesso”	81
3.2. As mulheres cultas na assistência	86
3.3. Misoginia e assistência no ritual cristão	89
3.4. “As parteiras, que superam todas as outras mulheres em perversidade”	92
3.5. O pecado e o batismo na assistência	99
3.5 Técnica, ritual e as razões da assistência	108
Capítulo 4 - O parto moderno	
4.1. Dos pecados das mulheres aos vícios da pélvis	111
4.2. O parto como campo de batalha	129
4.2.1. A epidemia de febre puerperal	129
4.2.2. Técnica, religião e o dilema entre mãe e filho	138
4.2.3. O arsenal cirúrgico da operatória de arrancamento	144
Capítulo 5 - O parto fisiologicamente patológico	
5.1. A enfermaria vazia	155
5.2. A enfermaria silenciosa	160
5.3. O caso da maternidade e os perigos do parto transpelvino	166
5.4. A técnica como expressão do pessimismo sexual e reprodutivo na obstetrícia médica	172
Capítulo 6 - Considerações finais	
6.1. O parto (e sua assistência) como construção social	180
6.2. Técnica e gênero	185
Bibliografia	194

Resumo

Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma Releitura Médico-Social

Este estudo consiste numa releitura exploratória, orientada pelas questões de gênero, das transformações históricas na assistência ao parto, buscando enriquecer a compreensão das contradições técnicas e da chamada “desumanização” das atuais práticas. Partindo do reconhecimento da consubstancialidade técnico-social das práticas de saúde, buscou-se analisar, nos diversos contextos visitados, a assistência como forma de construção do feminino, do masculino e da parturição. Nesta reflexão buscamos apontar, primeiro, a necessidade de analisar a reprodução e o parto, para além de sua tradução médica, como construção social e expressão de relações de poder; segundo, a importância de aspectos simbólicos, rituais e religiosos, em especial as questões relativas à sexualidade, na compreensão destas práticas; e terceiro, a partir de uma breve recuperação de sua construção, discutimos o modelo do ‘parto como patologia’ e seu papel na organização das atuais práticas de assistência.

Abstract**Childbirth Care and Gender Relations: Elements for a Social Medical Revision**

This study consists in a gender-oriented exploratory revision of the historical transformation of childbirth care, aiming to enrich the understanding of the technical contradictions and of the so-called 'dehumanization' of present practices. Recognizing the technical-social consubstantiality of health practices, we analyzed, in the different historical settings, childbirth care as expressions of the constructions of the feminine, masculine and childbirth. In this reflection we want to indicate, first, the importance of analyzing reproduction and childbirth, beyond their medical translation, as social constructions, expressing power relations; second, the importance of symbolic, ritual and religious aspects, specially those related to sexuality, in the understanding of these practices; and third, following a brief discussion of its historical construction, we debate the 'childbirth as pathology' model and its role in the organization of present care practices.

Agradecimentos

Os agradecimentos que se fazem ao apresentar um trabalho costumam afirmar que, sem a ajuda que se agradece, o trabalho teria sido impossível. Esta dissertação não foge à regra. Isentando todos os que listarei de qualquer responsabilidade pelas idéias aqui colocadas, gostaria de expressar minha gratidão pelo apoio na concepção, gestação e parto deste trabalho.

Em primeiro lugar quero agradecer a Artur Kalichman, meu amigo, colega e marido, por seu amor, solidariedade, bom humor e paciência; por me substituir como mãe nos tantos momentos que este trabalho exigiu; por sua leitura atenta do trabalho e seus comentários sempre preciosos, enfim, pela partilha. A Beatriz, minha filha, que suportou sem tantas queixas minha ausência de cena e, sobretudo, por tudo o que sua existência me ensina.

Ao professor doutor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, meu orientador, por sua capacidade de *orientar* de fato, de iluminar as questões colocadas para a pesquisa de forma instigante, inteligente e metódica; por abertura a questões novas e desafiadoras; por sua dedicação e paciência firmes. Na ausência de palavras que possam expressar minha satisfação com nosso trabalho conjunto, gostaria de afirmar o privilégio de ser sua primeira orientanda formal.

Agradeço também a Richard G. Parker, Lília B. Schraiber e H. Maria Novaes, que participaram da banca de qualificação, pelos valiosíssimos comentários ao projeto deste estudo.

A Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, *in memoriam*, meu primeiro orientador, amado guru de toda uma geração da Medicina Social, com enorme saudade e com a crença de que ele permanece presente no trabalho dos seus alunos.

A Paulo R. Michalyszyn, *in memoriam*, outro guru desta geração, por ter-nos estimulado o espírito crítico, o bom humor, e a atenção ao “estranho” e à violência nas práticas de saúde.

Agradeço a todas as colegas do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, em especial a Sara Sorrentino e Paula Francisquetti, pelos comentários à versão preliminar deste estudo; a Melodie Radler, por sua inspiradora radicalidade nas questões sobre o parto, e a Sylvia Marien, pelas sugestões bibliográficas; a Maria José Araújo e Jacira Melo, pelo estímulo e pela paciência com que lidaram com a minha ausência.

Às amigas e amigos da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, pelo encorajamento e inspiração, pessoal e política, nesta aventura de traduzir em versão acadêmica algumas de nossas reflexões; agradeço em especial a Islene Carvalho e a Livia Carneiro, pelas sugestões bibliográficas.

A todas as colegas do International Reproductive Rights Research Action Group, pelo estímulo à necessidade de aprofundar uma reflexão política crítica sobre a sexualidade e a reprodução, que resultou inclusive numa coletiva “volta aos bancos escolares”, em especial a Ana Paula Portela, Cássia Carloto, Dida Pinho e Margareth Arilha. Agradeço também a Cecília Melo e Souza, pela deliciosa biblioteca que pôs ao meu dispor, e a Rosalind Petchesky, tanto pelos valiosos comentários a algumas das questões aqui trabalhadas quanto pelo encorajamento nos momentos mais difíceis.

A Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, minha querida comadre pessoal, intelectual e espiritual, pela amizade, pelo suporte logístico na co-maternidade, pela rica partilha de discussões teóricas e ações práticas, e sobretudo por sua leitura e preciosos comentários sobre as primeiras versões deste trabalho.

Aos colegas da pós-graduação, em especial a Fátima, João, Vera, Ivan e Verônica, tanto pelo estímulo e troca intelectual que se faz na convivência, quanto pelo “auxílio mútuo” que se desenvolve na troca de angústias e descobertas do processo de criação desta natureza. Agradeço também a Lenira Moraes, pelas constantes conversas e pelo privilégio da “revisão” teológica de sua leitura atenta deste texto.

Ao professor Aníbal Faúndes, por sua atenta e preciosa leitura “obstétrica” do texto, por seu encorajamento e sugestões bibliográficas.

Aos meus pais, Maria Arminda e Carlos, por terem me ensinado a perseverança, a flexibilidade, o espírito crítico e o bom humor; espero ter aprendido. A meus sogros, Anna e Salo, pela ajuda logística e estímulo intelectual.

A Mitsue Morissawa, pela cuidadosa e inteligente revisão do texto, e a Dodó, por lembrar ao pós-graduando dos prazos e rituais burocráticos a serem cumpridos.

E finalmente, agradeço a Luciene de Oliveira e Vera Lúcia Santos, pelo apoio logístico na esfera doméstica.

Apresentação: origens do estudo

Este trabalho consiste numa aproximação preliminar à questão da assistência ao parto em sua dimensão histórico-social. E por que estudar a assistência ao parto, por que estudá-la como prática social? A escolha de um objeto de estudo reflete sempre um percurso de quem a faz, que precisa ser explicitado de maneira a evidenciar a razão tanto do interesse por esse objeto quanto da abordagem que pretende empreender. Esse percurso inclui um conjunto de elementos da experiência pessoal, profissional e acadêmica, entre outros, que orientam as motivações práticas inscritas nas perguntas formuladas.

No nosso caso, esse conjunto de experiências traz implícitas duas vinculações básicas ou duas “heranças”, a partir das quais pretendemos elaborar um sentimento de estranheza, uma perplexidade diante das formas de assistência ao parto com as quais convivemos.

Nos últimos onze anos, temos trabalhado em uma organização não-governamental de mulheres, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, onde desenvolvemos, além do ativismo direto no movimento aí incluso, atividades de assistência, capacitação e pesquisa. Esse trabalho propiciou-nos um contato com a produção política e teórica do movimento de mulheres, em especial com a crítica feminista no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, que se constrói dentro e fora da academia, com seus limites, avanços e impasses. Como médica, essa experiência tem nos estimulado a buscar alternativas de atenção que favoreçam um exercício cada vez mais pleno pelas mulheres do papel de sujeitos efetivos da sua saúde, promovendo uma relação com o corpo mais positiva e amorosa. Essa busca se insere no

contexto mais amplo do trabalho coletivo desenvolvido pelo movimento de mulheres na sua interação com os serviços de saúde, onde se aprofunda um diálogo cada vez mais fecundo com outros setores críticos desse campo.

A experiência nos ajudou também a elaborar o desconforto que sentíamos, como mulher, ao confrontarmos uma assistência à saúde marcada por um caráter tecnocrático e “desumanizado”, a perceber esse desconforto como coletivo e a buscar soluções igualmente coletivas de enfrentamento do problema. Esse movimento é uma das “heranças” aqui invocadas.

Quando pela primeira vez assistimos a um parto, “desassistido” e fácil, de uma mulher pobre na área rural, mesmo conhecendo os aspectos objetivos do processo, impressionou-nos profundamente ver, de súbito, surgir uma pessoa, inteira, viva, algo indescritível, inexplicável, impressionante. Essa primeira cena contrastou de maneira dramática com a do primeiro parto hospitalar, a que assistimos logo ao entrarmos no curso de Medicina, quando a perplexidade foi o da sucessão de rotinas, pernas amarradas, a indução, dores, uma tesoura cega cortando a vulva, mais dores, o sangue jorrando do corte, os fórceps. Nada conseguimos perceber do milagroso da cena, onde restava uma mulher cortada, ensangüentada, exausta, largada sozinha, nua e com as pernas abertas e amarradas, vazia de um bebê a quem haviam levado. E isso era um parto normal, ou quase.

Aprendemos na faculdade a fazer esses procedimentos com muito empenho e trabalhamos até mesmo como voluntária numa maternidade. Buscávamos, por um lado, superar o desconforto com a técnica e, por outro, recuperar o sentimento de presenciar algo impressionante. Nada disso parecia possível. Assim, o encontro com o feminismo e com o *insight* de que o nosso

desconforto diante da opressão identificada naquela forma de assistência não tem exatamente uma justificativa biológica mas assenta-se em relações sociais historicamente construídas, surgiu como uma espécie de alívio. Com o movimento social, o feminismo colocou-se o problema das práticas de saúde em suas dimensões extratécnicas, dando um sentido político ao sentimento de injustiça inscrito no desconforto e reivindicando a transformação dessa prática.

A crítica que vem sendo desenvolvida pelo feminismo à organização da assistência à saúde da mulher aproxima-se da segunda “herança” que inspira este trabalho: a da Medicina Social. No Brasil, como na América Latina em geral, a Medicina Social tem desenvolvido uma conhecida problematização da naturalização dos fenômenos da saúde e da doença e, de forma correlata, dos aspectos políticos e ideológicos da organização das práticas de saúde, buscando uma aproximação a esses temas que passa pela reflexão sobre os diversos valores e projetos sociais, historicamente circunstanciados, que orientam essas práticas (Nunes, 1983:15-24).

É a partir dessa tradição, e da “confiança na racionalidade dos seres humanos como poder de re-organizar e re-orientar suas intervenções práticas no mundo, na vida, na sociedade, na história, no conhecimento” (Mendes-Gonçalves, 1995:18), que encontramos o ponto de confluência entre nossa experiência como feminista e nosso trabalho como médica sanitária identificada com as preocupações e contribuições da Medicina Social. É a compreensão, aí desenvolvida, da consubstancialidade entre o técnico e o social nas práticas de saúde que possibilita a reflexão sobre a dimensão de socialidade na assistência ao parto a partir de suas formas de organização técnica. Sob a perspectiva dessa consubstancialidade, entende-se a

assistência à saúde como um conjunto de práticas cuja legitimidade social apóia-se em uma positividade técnica mas não se limita a essa “técnicalidade”, permitindo examinar a socialidade dessas práticas pelo modo como a técnica se coloca como instauradora e explicitadora de um conjunto mais amplo de relações e perspectivas intersubjetivas (Donnangelo, 1979).

Se o encontro dessas duas heranças, dessas duas formas de envolvimento com a questão da saúde da mulher, na prática feminista e na vida acadêmica, por um lado, amplia ambos os horizontes, por outro, impõe precauções. Nos últimos anos, em especial nas ciências humanas, os campos da militância feminista e dos estudos de gênero/estudos das mulheres têm-se construído de modo estreitamente articulado, numa retroalimentação crítica e constante entre o ativismo e a produção de conhecimento. Essa intensa relação entre produção acadêmica e movimento social impõe, contudo, a necessidade da distinção clara entre as duas esferas, de maneira a potencializar a vocação crítica e transformadora particulares a cada uma dessas esferas práticas. Da mesma maneira que ao ativismo não se podem impor receitas acadêmicas, inadequadas, para acompanhar a riqueza e o dinamismo da ação direta sobre o social, à prática acadêmica não se pode impor o caráter pragmático e imediatista do ativismo, incompatíveis com o rigor formal e o caráter mediado que essa tarefa demanda. O delicado equilíbrio entre uma e outra identidade será um desafio constante que procuraremos enfrentar no decorrer do trabalho.

Capítulo 1

Aspectos Teóricos e Metodológicos da Investigação

1.1. Delimitação do Problema

Nas últimas décadas, muito se tem debatido sobre a assistência ao parto. As práticas de assistência têm sido reconhecidas como problemáticas por vários dos atores sociais envolvidos, ainda que não necessariamente pelos mesmos motivos, com o mesmo empenho ou na mesma direção. Quais os motivos dessa insatisfação? Quem são e o que dizem esses insatisfeitos?

Um dos pólos da insatisfação é certamente o movimento de mulheres. Para o feminismo que ressurge na década de 60, as questões relativas à reprodução são colocadas no plano das relações de poder e da luta política pela autodeterminação sobre o corpo e a sexualidade (Ávila, 1993). A crítica à assistência aos partos esteve inserida no questionamento mais amplo que as mulheres faziam aos serviços de saúde, e partia da proposição feminista de que a situação de subordinação aí experimentada pelas mulheres era socialmente determinada, e não uma decorrência natural de suas características biológicas (Ehrenreich e English, 1973a).

Esse movimento passou, assim, a questionar um modelo médico centrado numa concepção do feminino como condição essencialmente “defeituosa” e que, com base nesse juízo, tratava o parto como patológico e arriscado, utilizando tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa. Além disso, as feministas afirmavam que esse modelo “suprimia e ignorava as dimensões sexuais, sociais e espirituais do parto e do nascimento” (BWHBC, 1993:398). Elas destacavam a perda da autonomia e a expropriação da

autoridade das mulheres sobre a parturição pelas instituições de saúde, assim como o caráter desumano da tecnologia que estas utilizavam. Ou, como descreveu Rich, “parimos em hospitais, rodeadas de especialistas varões¹, negligentemente drogadas e amarradas contra nossa vontade, [...] nossos filhos retirados de nós até que outros especialistas nos digam quando podemos abraçar nosso recém-nascido” (1979:269).

Para muitas feministas, apesar de todas as críticas já realizadas, do ativismo e de eventuais “mudanças cosméticas” nas práticas, as crenças depreciadoras sobre o corpo das mulheres e sobre o parto não mudaram substantivamente dos anos 60 até os dias atuais. Ao contrário, a formação médica está cada vez mais orientada para o consumo de tecnologia e, na década de 80, a proliferação de exames e outras tecnologias de intervenção na assistência ao parto teria deixado as mulheres “mais vulneráveis do que nunca à idéia de que o parto é inevitavelmente arriscado e perigoso” (BWHBC,1993:398).

No caso brasileiro, a questão da assistência ao parto deve ser compreendida no contexto de um conjunto complexo de fatores característicos da atenção à saúde reprodutiva entre nós, que inclui índices de esterilização e partos cirúrgicos dos mais elevados do mundo. O alto índice de hospitalização do parto, conforme Berquó e cols. (1995), não tem sido garantia de qualidade da atenção, uma vez que o despreparo dos profissionais para a atenção ao parto normal, somado ao sucateamento da rede pública, geram riscos mesmo para

¹ Neste tipo de trabalho, a padronização de termos é tanto fundamental quanto delicada. A palavra *homem*, por exemplo, que quer dizer tanto “varão” quanto “ser humano”, implica numa confusão incontornável, quando se trata da assistência ao parto. Figueroa Perea e Zignoni (1995:195), propõem, em espanhol, “o uso do conceito de varão como uma forma de explicitar claramente nosso sujeito de reflexão, pois o conceito de homem tem sido histórica e semanticamente confundido com o conceito de humanidade”. Usaremos, como a grande maioria dos autores citados, tanto homem como varão para pessoa do sexo masculino, recorrendo a este último termo sempre que isto se mostrar útil para evitar incluir as pessoas do sexo feminino entre os sujeitos a que queremos nos referir.

as mulheres mais saudáveis e tem impacto questionável sobre a morbimortalidade materna e fetal. Submeter-se a uma cirurgia tornou-se o recurso mais comum no país, tanto para ter como para evitar filhos: mais que uma medicalização do corpo feminino, trata-se de uma “cirurgificação”, uma institucionalização da mediação cirúrgica na vida reprodutiva (IRRRAG, 1995).

Berquó (1993:381) afirma que fica patente neste país um “abuso da moderna tecnologia reprodutiva”, sendo o Brasil um caso único da associação entre uma elevadíssima prevalência de partos cirúrgicos e o predomínio de uma contracepção igualmente cirúrgica. Ela alerta para o sério problema de saúde pública que resulta desse quadro, com conseqüências tanto na morbimortalidade materna e perinatal quanto no aumento desnecessário nas contas do setor de saúde, configurando o que chama de uma “cultura da esterilização”.

Os grupos que se organizam na década de 90 em torno do tema da assistência ao parto no Brasil criticam “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento”. Consideram que, no parto vaginal, “a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesária como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor”. (REHUNA, 1993). O “medo

paralisante” da dor do parto é apontado como um dos fatores que mais influenciam a escolha das mulheres (Curumim-Unicef, 1995).

Mas as vozes do movimento de mulheres representam uma segmento crítico da sociedade e certamente não expressam o senso comum acerca do tema, sobretudo se considerarmos a adesão concreta e crescente de parturientes e profissionais de saúde a essa tendência “cirurgificadora”.

Quais seriam as razões que levariam as mulheres a aderir a essa “cirurgificação”? Segundo Faúndes e Ceccatti (1991), o medo da dor, o medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina e a crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesária, estariam entre os fatores sócio-culturais que influenciam a preferência das mulheres pelo parto abdominal. Esse tipo de parto seria também mais eficaz para lidar com a ansiedade da família, já que ofereceria um resultado rápido e razoavelmente seguro. Segundo Voloshko (1996), os médicos argumentam que os altos índices de cesária são motivados pelas próprias mulheres, que a solicitam por temerem o processo do parto, seus riscos, dores e seqüelas, desestimulando os obstetras a tentarem um parto vaginal.

A escolha pela cesária estaria, assim, relacionada ao contexto de violência no qual as mulheres vivenciam o parto, conforme também sugerem estudos etnográficos que abordam a questão das relações das mulheres com os serviços de saúde. Um estudo de Souza (1992:125), em São Paulo, mostra que, na opinião de parte significativa das entrevistadas, o atendimento aos partos é violento, os funcionários são agressivos, freqüentemente humilham as pacientes e não respeitam sua dor. Outro estudo conduzido em São Paulo mostra que a negligência e os maus-tratos na assistência ao parto são freqüentes nos relatos das mulheres, mobilizando nelas um intenso

sentimento de injustiça (IRRAG, 1996). Em ambos os estudos que acabamos de citar, uma constante é a queixa relativa à humilhação sexual a que as mulheres são submetidas, traduzidas por agressões verbais do tipo “na hora de fazer você gostou, agora vem fazer escândalo”.

Nas palavras de uma liderança do movimento popular de saúde:

“É uma coisa absurda, as mulheres já vão com tanto medo quando chega a hora de ganhar o seu filho que não têm prazer nenhum [...] Nós mulheres, quando chega no hospital, a gente costuma fazer uma comparação muito triste, que a gente se sente como carne no açougue. [...] A gente fica só com a alma da gente. Isto é muito sofrido, é um sofrimento terrível”² .

O desconforto diante da assistência coloca-nos a seguinte questão: até que ponto esse sofrimento é inevitável? Podemos perguntar-nos: será que se trata de um descompasso entre as expectativas mais leigas, mais preocupadas com as dimensões afetivas, humanistas e políticas da assistência, inevitavelmente incompatíveis com os critérios que orientam a técnica? Essa técnica, por ter como finalidade garantir que o parto se desenrole da maneira mais segura para mulheres e crianças, seria pelo mesmo motivo incompatível com o atendimento a essas expectativas? Para responder a essas questões, será importante verificar o que pensam a esse respeito os sujeitos do pólo técnico da assistência ao parto. Para nossa discussão sobre esse aspecto, muito genérica, dados os objetivos e a natureza da presente investigação, partiremos

² Fermina Lopes da Silva, representante do Movimento de Saúde da Zona Leste. Apresentação na Mesa-Redonda “Situação do Parto e do Nascimento em São Paulo”. Seminário sobre Nascimento e Parto, realizado em 12/06/96. PAISM/ SES

da produção norte-americana e europeia sobre a segurança e efetividade dos procedimentos obstétricos .

Os estudos compulsados apontam que a grande maioria dos procedimentos de rotina efetuados na assistência ao parto jamais foi comprovada como benéfica para mulheres e crianças normais (BWHBC,1993:454). Numa exaustiva revisão de milhares de pesquisas sobre o tema nas últimas décadas, Enkin e cols. (1995:39) sublinham a lentidão da prática obstétrica em adotar a evidência científica sobre segurança dos procedimentos e demonstram como a abordagem médico-cirúrgica do parto, superestimando os riscos inerentes ao processo, freqüentemente implica a “substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosos”.

O obstetra e fisiologista Caldeyro-Barcia (1979) afirma que a atenção aos partos tem se caracterizado pela fórmula de oferecer tecnologia inadequada e arriscada para os partos normais e de não oferecer tecnologia adequada e segura para os partos anormais.

Numa avaliação crítica do uso de métodos de avaliação dos riscos na assistência perinatal, Haverkamp e Orleans (1987) concluem que esses sistemas de avaliação de risco, de alta sensibilidade e baixa especificidade, levam a que muitas mulheres sejam tratadas como portadoras de um perfil de alto risco quando de fato não o são, e perguntam: o que ganhamos com esse procedimento? Como nos beneficiamos dele? Estamos ocupados com riscos importantes e reais? Manejamos o problema de maneira diferente porque identificamos riscos mais claramente? Quais têm sido as conseqüências imprevistas? Os autores identificam os riscos à saúde de mulheres e crianças

provocados pelos próprios sistemas de avaliação do risco perinatal, demonstrando que o manejo do parto baseado nesses sistemas tende a estimular a intervenção sobre o processo.

Segundo Mold e Stein (1986), "não é difícil perceber que, pelo menos em alguns casos, a cascata de intervenções benignas à qual os médicos submetem as mulheres pode levar a complicações, gerando intervenções subsequentes e mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesária, que não teria acontecido se a cascata não tivesse se iniciado".

Buscando explicar diferenças significativas nas formas de cuidado praticadas nos diferentes contextos, seja entre países, comunidades, serviços, instituições ou mesmo entre profissionais, Enkin e cols. (1995) mostram que o estabelecimento das rotinas de assistência ao parto responde a um grande número de determinações, refletindo as diferentes prioridades de cada contexto, sua atenção à questão da evidência da efetividade, assim como diferenças na cultura, tradição, *status* social e até na moda. Não menos importantes, afirmam, seriam a disponibilidade de recursos materiais e humanos, a necessidade de oferecer oportunidade de treinamento aos médicos, e as pressões comerciais, como as das indústrias de equipamentos e medicamentos.

Para Cunha (1989), a crítica ao que ele chama de os "modismos" e suas influências sobre as condutas médicas pode ser assunto perigoso, "já que o debate sobre os mesmos pode nos levar a conclusões desagradáveis, tanto para o complexo médico-industrial como para o atual sistema de ensino em nossas faculdades e corporação médica". Esse gineco-obstetra interroga seus colegas numa revista da sua especialidade: quanto dinheiro se gastou e quanto sofrimento se causou a milhares de mulheres submetidas a cirurgias não só

inúteis quanto prejudiciais, “hoje consideradas meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las”? Quais, dentre as condutas médicas empregadas atualmente, serão consideradas daqui a dez anos não somente “fora de moda” como, o que é pior, prejudiciais e lesivas aos nossos atuais clientes?

Nas últimas décadas, a argüição sobre segurança e eficácia estende-se virtualmente a todos os procedimentos de rotina na assistência ao parto. A hospitalização³ e a manutenção das mulheres deitadas, com sua mobilidade restrita, implica o aumento da duração do trabalho de parto e do risco de sofrimento fetal, pela diminuição da intensidade e da eficácia das contrações. Na posição horizontal, há pressão sobre a veia cava, o que diminui o fluxo sanguíneo e de oxigênio para o feto. Como é mais desconfortável ficar deitada do que em posição vertical ou andando, a tendência é o aumento da tensão e da dor. Esse é um dos estímulos para a solicitação da anestesia, uma vez que a mudança de posição e outras alternativas para lidar com a dor, como o relaxamento e a massagem não estão disponíveis. O uso da amniotomia (rompimento do saco amniótico, para acelerar o parto), feita de rotina em muitos serviços, deveria ser deixado apenas para situações muito precisas, pois o aumento das contrações e da pressão da cabeça do bebê sem a proteção da bolsa propicia tanto o edema do colo de útero quanto o sofrimento fetal. A depilação de pêlos pubianos, apesar de em muitos lugares

³ O problema do acesso a um leito hospitalar, no caso brasileiro, torna a hospitalização especialmente complicada. Para Tanaka (1995:37), a medicina criou para as mulheres uma nova necessidade de saúde, mas a incorporação do parto institucional não foi acompanhada de uma política de saúde que facilitasse a absorção dessa nova demanda, nem de diretrizes visando à integração, regionalização e hierarquização. Assim se inicia a peregrinação da gestante “sem-leito” pela assistência, muitas vezes *durante* o trabalho de parto. Justamente para as grávidas “de risco” é mais difícil conseguir um leito, e as dificuldades de acesso à hospitalização resulta no que essa autora chamou de “peregrinação para a morte”: em mais da metade das mortes maternas no período por ela estudado (55,1%), as mulheres *morreram peregrinando* de hospital em hospital.

ser um procedimento de rotina, é totalmente desaconselhável, pois provoca um aumento dos riscos de infecção, pela fragilização da pele e das defesas naturais na raspagem (WHO, 1985; Enkin e cols., 1995; Kitzinger, 1994; Arms, 1994; BWHBC, 1993).

A indução do parto com ocitócitos intravenosos foi formalmente contraindicada como rotina nos Estados Unidos em 1978, devido ao seu impacto sobre a saúde de bebês e mães (BWHBC, 1993). Uma situação típica do risco associado a esse procedimento é o sofrimento fetal pelas contrações artificialmente intensas provocadas pela indução, levando à intolerabilidade da dor pela mãe e ao uso de sedativos para reduzir as contrações. Esses sedativos, por sua vez, podem provocar depressão fetal e a necessidade de interromper rapidamente o parto pelos riscos de vida para o bebê. Outro risco importante da indução de parto, assim como na cesárea eletiva, é o erro no cálculo da idade gestacional, levando à prematuridade iatrogênica (BWHBC, 1993; Enkin e cols., 1995).

Segundo José Formiga, chefe do Programa da Assistência à Mulher do Ministério da Saúde, 68% do total de mortes por afecções perinatais são devidos aos nascimentos de prematuros e desnutridos e o índice de cesarianas é uma das principais causas de nascimento de bebês prematuros. “Por falta de treinamento, muitos médicos terminam calculando mal a idade gestacional e fazem a cesariana antes do que deviam” (*FSP*, 18/09/96). Os altos custos humanos e materiais desse quadro podem ser estimados se consideramos um risco de prematuridade aumentado em 60% nos casos de cesárea associada à laqueadura (Faúndes e Ceccatti, 1991)⁴.

⁴ Segundo esses autores (1991:155), apesar disso se mantém a crença de que a cesárea produz “bebês melhores” ou de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea. “Assim, um mal

Quanto à episiotomia, corte da pele e dos músculos da vulva, apesar da permanência do seu uso de rotina, os abundantes dados disponíveis revelam que esse procedimento não cumpre os objetivos que justificariam sua realização: a prevenção de lesões nos genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido (Thacker e Banta, 1980). Não há qualquer justificativa médica para a realização da episiotomia de rotina ou para seu uso liberal (WHO, 1985; Enkin, 1995). Um dos mais importantes argumentos para sua manutenção, desde sua instituição na década de 20 seria, segundo os autores de então, o de “devolver a mulher à condição virginal”, deixando-a “melhor do que nova” (Rothman, 1982:59). Mesmo sendo ineficaz⁵ para os fins de cirurgia sexual a que se propõe, alguns obstetras argumentam estarem, com essa técnica, prestando um serviço ao parceiro sexual da parturiente (BWHBC,1993:458). Aprendemos, na faculdade, que esse procedimento inclui o chamado “ponto do marido”, uma “apertada” adicional da vulva ao final da sutura⁶.

resultado perinatal é muitas vezes atribuído ao fato de o médico não ter se decidido por uma cesária”, mesmo que isso exponha a mãe e a criança a mais riscos.

⁵ Dada a sua permanência mesmo diante da evidência bem documentada de sua ineficácia, a episiotomia tem sido motivo de acalorado debate. Segundo Kitzinger, esse procedimento se mantém porque “representa o poder da obstetrícia” e deveria ser considerada “uma forma de mutilação genital” (BWHBC,1993:458). Para Davis-Floyd (1992:129), por meio da episiotomia, “os médicos, como representantes da sociedade, podem desconstruir a vagina (e por extensão, suas representações), e então reconstruí-la de acordo com nossas crenças culturais e sistema de valores”.

⁶ A preocupação com o “estado” do aparelho genital e seu impacto sobre a vida sexual torna-se cada vez mais um objeto de trabalho dos médicos no Brasil. Segundo a *Folha de São Paulo* (30/06/96), “o culto ao corpo no Brasil direcionou o bisturi dos cirurgiões plásticos para a intimidade de homens e mulheres.” No caso brasileiro, onde a cirurgia plástica sexual vem cada vez mais se afirmando como especialidade, cresce a demanda por procedimentos como a “reconstrução de episiotomia” (“quando a costura feita no corte que facilita a passagem da criança fica ‘torta’”) e “estreitamento da vagina” (“realizada em mulheres que já tiveram filhos e sofreram alargamento da vagina”). Essa especialidade oferece ainda as ninfolplastias (reduções de pequenos lábios), o implante de pêlos pubianos, a correção da hipotrofia ou da hipertrofia do púbis, a correção do “clitóris enclausurado”; e, para os homens, o engrossamento ou o alongamento do pênis, a neurotomia seletiva do pênis (para tratar a ejaculação precoce), a correção de ptose (queda) do saco escrotal, entre outros.

O receio das lesões no aparelho genital é também um dos argumentos centrais na escolha da cesária. Para Faúndes e Ceccatti (1991), o mito da lesão genital tem sido perpetuado por eminentes professores de obstetrícia, que o transmitem a seus estudantes, tornando-o, assim, um conceito prevalente tanto entre médicos quanto entre as mulheres. Gomes (1995:70) mostra que os médicos de um hospital-escola de São Paulo escolhem a cesária para suas esposas e pacientes, “argumentando basicamente razões sexuais”. Uma mulher que fez uma cesária traduziu desta forma a explicação que lhe deu sua médica: “Ah, porque depois do parto não é a mesma coisa, né? Porque antes estava tudo fechadinho, apertadinho” (Curumim/ Unicef, 1995).

Em meados da década de 80, a Organização Pan-americana de Saúde e os escritórios regionais da Europa e Américas da Organização Mundial da Saúde realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada para assistir ao parto e ao nascimento, chamando a atenção para as dimensões sociais e emocionais no cuidado perinatal e recomendando a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto de rotina, e desaconselhando firmemente a posição deitada no trabalho de parto, bem como o delivramento, os enemas, as raspagens e a amniotomia. Argumentam que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesária abaixo de 10% e afirmam que nada justifica taxa maior que 10 a 15% (WHO, 1985).

Faúndes e Ceccatti (1991), em seu estudo sobre a operação cesária no Brasil, sua incidência, tendência, causas e conseqüências, enumeram, entre os fatores que influem na alta freqüência desse procedimento, os sócio-culturais, os relativos à organização da assistência obstétrica, além de fatores institucionais e legais, como a cesária para justificar a laqueadura. Eles

chamam a atenção para os custos humanos e materiais dessa distorção, propondo mudanças na prática obstétrica, sobretudo no que diz respeito à indicação dos procedimentos cirúrgicos baseados na evidência empírica acumulada. Para Albuquerque⁷, deve-se investir na formação dos médicos, pois “não adianta tentar transformar a classe médica estabelecida. Ela já está viciada”. Segundo esse profissional, a frase que costuma ouvir desses colegas, depois de uma cesariana é: “Tchau, trouxa”. “Eles voltam pra casa, enquanto eu espero pacientemente que a natureza faça sua parte e mais uma criança venha ao mundo via parto normal”.

Enkin (1995:292), discutindo a permanência dos elevados índices de cesária nos EUA, comenta que “diante da força da evidência, é difícil explicar o grau de resistência da prática obstétrica à mudança”⁸.

Segundo estudiosos da organização de serviços e da avaliação tecnológica, os acima referidos “procedimentos de rotina” na assistência ao parto normal e os altos índices de cesária são originados e mantidos, em grande medida, pela sua maior conveniência para instituições e profissionais envolvidos e, de certa forma, para parturientes e suas famílias. Faúndes e Ceccatti (1991) chamam a atenção, por isso mesmo, para a necessidade de tratar do problema de maneira delicada com a comunidade de gineco-obstetras, pois uma contrapartida prática da conveniência desses procedimentos é a tendência

⁷ “O País das Desne-cesárias”, Jornal da FEBRASGO (Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetria), julho, 1996.

⁸ No caso de outros países, como os Estados Unidos, considera-se que as altas taxas de cesária devem-se em grande medida a dois fatores: à extensão do uso do monitoramento fetal (que, ao identificar mais prontamente os possíveis riscos para o feto, acarreta mais intervenção e piores resultados maternos e fetais) e ao risco de ser processado por má prática, por não ter feito uma cesária “preventiva” do possível agravamento. No caso brasileiro, esses dois fatores parecem ter um peso irrelevante, dado o uso raro do monitor fetal e a impunidade quase absoluta dos casos de erro médico.

dessa categoria a opôr-se, de maneira reativa e acrítica, ao reexame e propostas de modificação relacionadas.

Segundo Enkin e cols. (1995:318), “não se sabe quais seriam os ‘índices ótimos’ de cesária, mas, a partir dos dados disponíveis, pouca melhora nos resultados parece ocorrer quando eles ultrapassam cerca de 7%, apesar de encontrarmos índices de cesária muito acima desses níveis em muitos países”.

No Brasil, como em outros países, várias iniciativas de profissionais críticos e de formuladores de políticas têm denunciado e tentado reorientar abusos e distorções na prática médica. Os resultados dessas iniciativas, em especial das relativas à assistência ao parto, têm se mostrado bastante lentos e limitados. O aumento da freqüência da cesária, por exemplo, é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo, mas em nenhum país a curva de aumento é tão acentuada nem as taxas alcançam níveis tão altos como no Brasil, que em regiões inteiras fica acima de 70% (Faúndes e Ceccatti, 1991) e em alguns serviços se mantém acima de 90%, onde se diz que, quando os partos normais acontecem, é porque os bebês “pregaram uma peça no médico, foram mais rápidos do que eles” (Albuquerque,1996:6). Em estudo recente, a tendência ao aumento da incidência de cesária se acentua, passando de 45 a 63% entre 1989 e 1993. A incidência variou de 12,5 a quase 100%, dependendo do serviço, havendo cidades inteiras com incidência acima de 78% (FSP, 12/07/96).

Enquanto em outros países, como os Estados Unidos, o problema, atribuído como vimos à resistência médica à mudança da prática obstétrica, reside na *manutenção* de altas taxas de cesarianas, apesar de evidências empíricas que recomendariam sua *redução* (Enkin e cols, 1995; Sewell, 1994), no Brasil

existe uma tendência de *aumento* efetivo dessas taxas. Dessa forma, a assistência ao parto no Brasil caminha insistentemente na direção oposta à que recomendaria a evidência empírica sobre os riscos obstétricos; em outras palavras, “uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, quando indicada e realizada adequadamente, torna-se um perigo para um ou para ambos, quando utilizada somente para a conveniência do médico ou da mãe, ou como resultado das incongruências do sistema de saúde” (Faúndes e Ceccatti, 1991:161).

Apesar dos limites da aparente “pregação no deserto”, a crítica vinda de alguns importantes sujeitos do pólo técnico da assistência ao parto tem ajudado a expandir o reconhecimento da importância das determinações extratécnicas e extracientíficas dessa práticas. Nessa direção, tem havido uma interessante convergência entre os diferentes “insatisfeitos”, entre o pensamento feminista e os setores mais críticos ligados à oferta de serviços. No Brasil, a relação do movimento de mulheres com esses setores, na última década, tem sido a de uma parceria onde esta se mostre possível, sobretudo na implementação de políticas públicas, em especial no contexto das tentativas de implantação do PAISM. Ao mesmo tempo, e de certa maneira estimulados por essa interlocução, os estudos de gênero têm se expandido na academia, inclusive na área da Saúde Coletiva. Em nível internacional, um dos reflexos desse novo quadro está nas iniciativas de buscar um “campo comum” entre as feministas e pesquisadores da saúde reprodutiva, em especial sobre as prioridades e marcos éticos da investigação. O diálogo foi incrementado por ocasião da preparação da Conferência sobre População e Desenvolvimento, ocorrida em 1994. Ainda que se detendo mais particularmente sobre a questão da contracepção, esse diálogo tem sido muito

fértil no mapeamento das diferenças e na construção de pontes possíveis entre atores sociais, até então historicamente tão apartados.

A aproximação entre os que oferecem e os que usam (ou sofrem) a assistência, embora envolvida em muitas contradições, vem assumindo a forma de um movimento pela humanização⁹ do parto e do nascimento. Partindo de diferentes perspectivas, os distintos sujeitos sociais concordam em que diversas outras necessidades humanas vinculadas ao processo são negligenciadas em favor de apreciações estritamente técnicas, impondo a urgente recuperação de um conjunto de valores e interesses mais amplos do que aqueles concernentes a conveniências operacionais para instituições e profissionais.

Aponta-se assim a necessidade de desconstruir tais conveniências, retirando-as de sua apenas aparente universalidade. Como se conformaram os critérios que legitimaram e difundiram tão amplamente a “cirurgificação” e a rotina intervencionista na assistência ao parto? Que sujeitos, interesses e relações sociais realizam sua construção e validação? Qual o significado destas práticas por referência ao que se chama “desumanização” do parto?

São essas as questões de base que orientam esta dissertação. Foi a partir delas que elaboramos o desenho de estudo que passaremos a descrever.

⁹ Encontramos em Ferreira (1986:908) o verbo *humanizar* como “1. tornar humano, dar condição humana a; humanar. 2. tornar benévolo, afável, tratável; 3. fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar.[...]”; e o substantivo *humanização* como “ato ou efeito de humanizar (-se)”. Penso que, no debate atual sobre a prática obstétrica, o que o recurso ao termo tem de mais interessante é a sugestão de que o caráter interpessoal, de resto sempre colocado de alguma forma em qualquer procedimento técnico, seja ativa e democraticamente negociado na definição das formas de organização da assistência ao parto.

1.2. Delimitação do objeto de estudo

Esta investigação nasce, como vimos, de um estranhamento diante das formas atuais de assistência ao parto. De um lado, percebe-se a impessoalidade e a violência de certos procedimentos ditos “de rotina”, apoiados no argumento da redução de riscos. De outro lado, o aparente paradoxo de uma organização técnica da assistência ao parto que trai seus próprios princípios, o que é denunciado pelos comprovados danos resultantes do intervencionismo apoiado no enfoque de risco. Mas vimos também que, se a técnica não esgota a compreensão da técnica, é porque existem outros critérios práticos que permeiam a organização da assistência ao parto, e que precisam ser explorados se queremos estabelecer um diálogo mais produtivo sobre sua chamada desumanização.

Uma compreensão histórico-social será, assim, o ponto de partida e o destino visado por esse estudo e, dadas as origens e motivações já discutidas, será a perspectiva de gênero que nos guiará nessa trajetória. O que se tem em vista é um mapeamento preliminar das contribuições da reflexão feminista ao adensamento conceitual do estranhamento acima referido: uma reflexão sobre a técnica da perspectiva daquelas que são os seus “objetos”. Neste sentido, e visando mais enriquecer perguntas do que fornecer respostas, são objetivos deste estudo:

Objetivo geral

Explorar as potenciais contribuições da discussão sobre as relações sociais de gênero para a compreensão da socialidade e historicidade das técnicas de assistência ao parto.

Objetivos específicos

1. Revisitar a historiografia da parturição, buscando mapear, nas literaturas feminista e obstétrica, algumas das principais configurações particulares de assistência ao parto;
2. Investigar a fecundidade da categoria gênero na compreensão dessas particularidades históricas, examinando a situação de mulheres e varões nas cenas de parturição como formas socialmente construídas e legitimadas de assistência ao parto.

1.3. Metodologia

Certamente um conjunto considerável de dimensões não-técnicas sempre estará moldando quaisquer práticas de saúde, em seus aspectos culturais, econômicos, corporativos, religiosos, entre outros. Mas, dado o interesse central deste trabalho, em meio a este amplo conjunto de aspectos, iremos nos deter privilegiadamente, naqueles mais imediatamente referentes às relações de gênero. Será oportuno, nesse sentido, partirmos da recuperação, ainda que muito sucinta, da emergência histórica dos estudos de gênero, de como tais estudos se aproximam das questões da saúde e, ao mesmo tempo, das possibilidades e desafios metodológicos que trazem para o campo.

O estudo das relações de gênero surge da proliferação dos chamados “estudos das mulheres”, que se inicia nos anos 80 e é aprofundado pelo feminismo no interior das ciências sociais. Dessa busca se expande, também entre o movimento feminista de saúde, o conceito de gênero como categoria

que, no social, corresponde ao sexo anatômico e fisiológico das ciências biológicas (De Barbieri; 1991). O gênero é o sexo socialmente construído. Ou, como define Rubin (1986), o conjunto de disposições pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e no qual se satisfazem essas necessidades humanas transformadas.

Para o movimento de mulheres, o conceito de gênero está articulado à politização da reprodução, assim, pois, retirada dos limites do espaço privado e alçada ao debate público. Considerando seu papel estratégico na luta das mulheres, as instituições de saúde têm merecido atenção especial do movimento em nível internacional e nacional, por parte tanto das feministas nas instituições de ensino e pesquisa quanto dos grupos autônomos relacionados ao tema¹⁰.

Torna-se intenso, no campo das ciências humanas, o debate conceitual sobre as relações de gênero. Esse debate, plural por definição, torna óbvia a existência de vários feminismos e explicações para um mesmo objeto, enriquecendo seu quadro explicativo e buscando trazer inesperadas articulações conceituais e complementaridades, ainda que contraditórias (D'Oliveira, 1996:28).

¹⁰ No final da década de 60 surgem nos países desenvolvidos os primeiros grupos de auto-ajuda de mulheres, traduzindo textos médicos para uma linguagem acessível, desenvolvendo a crítica aos saberes e às práticas de saúde, criando centros de informação e serviços alternativos de atenção à saúde. Nesse contexto, o movimento internacional de saúde fundou, em 1978, a Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos, realizando encontros e campanhas, espalhando-se pelo mundo inteiro. A Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe nasceu em 1984, envolvendo centenas de grupos da região. No Brasil, em 1984, um encontro nacional do movimento de mulheres pela saúde, com a presença de representantes de 19 estados, criou uma plataforma nacional de ação, a Carta de Itapeperica, que orienta as ações relativas ao então nascente Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), do Ministério da Saúde, formulado e conduzido com uma forte presença feminista. A partir de 1991 existe a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, com mais de uma centena de grupos de mulheres e instituições de ensino e pesquisa. No campo da Saúde Coletiva, é notável sua expansão, tanto em quantidade como em qualidade de sua recente produção.

Em sua discussão sobre a utilidade da categoria gênero na análise histórica, Scott (1995), faz um balanço das diversas tentativas em diferentes campos disciplinares de explicar a situação de subordinação social e política das mulheres e a entrada em cena do conceito de gênero como categoria analítica. Para essa autora, o *background* político do surgimento desses estudos é a tentativa das feministas da academia de desnaturalizar a diferença sexual, rejeitando o determinismo biológico e ressaltando a historicidade da relação entre homens e mulheres. Mas ela rejeita a tendência feminista de trabalhar a história da mulher separadamente, de forma apendicular e marginal em relação à história humana em geral, e aponta os limites explicativos do trabalho acumulado, que tenderia a ser mais descritivo do que analítico. Scott faz um interessante balanço das possibilidades de síntese da categoria gênero em distintas disciplinas, julgando que cada campo disciplinar está potencialmente convocado a participar do debate aberto por essa recente e promissora novidade, mas critica, por outro lado, as generalizações indevidas do uso do gênero como categoria analítica. Ademais, ela recupera os usos das teorias do patriarcado e seus limites na eleição do núcleo da opressão feminina — reprodução ou sexualidade.

Apoiada no diálogo teórico das feministas com o marxismo e a psicanálise, Scott coloca em questão o caráter fixo e permanente da oposição binária entre masculino e feminino, que, segundo ela, continua permeando essas análises. Ela afirma que precisamos de uma historização e de uma desconstrução autêntica dos termos da diferença sexual. Para a autora, a história do pensamento feminista é uma história da recusa da construção hierárquica da relação entre masculino e feminino; nos seus contextos específicos é uma tentativa de reverter ou deslocar a (re)produção dessa hierarquia.

Considerando, como Bourdieu, que a divisão do mundo fundada em diferenças biológicas, particularmente aquelas referidas à divisão sexual do trabalho, da reprodução e da procriação, opera como a mais fundamentada das ilusões coletivas, Scott propõe que o gênero estrutura a percepção concreta e simbólica de toda a vida social.

O trabalho dessa autora é especialmente instigante para pensar as dimensões normativas das práticas de saúde do ponto de vista das relações de gênero. Segundo ela, os conceitos normativos não podem esconder o sentido metafóricamente restritivo de seus símbolos. Esses conceitos são expressos em doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e, tipicamente, tomam a forma de uma oposição binária que afirma, de modo categórico e inequívoco, o sentido do masculino e do feminino. A história posterior é escrita como se essas posições normativas fossem o produto apenas de renovados consensos sociais e nunca de disputas e conflitos.

No caso aqui estudado, esse aparente consenso toma a forma das conveniências práticas, sob as quais subjaz, porém, o conflito, sempre tensionando, ainda que de forma inaparente à primeira vista, a normatividade que essas práticas instauraram e explicitam. Como sugere Yannoulas (1994), as relações de gênero, enquanto questões para a práxis, devem ser tratadas no plano ético-político. Para ela, homens e mulheres não são definíveis, não são substantiváveis; a diferença sexual só aparece na experiência do diálogo que confronta mulheres e homens e a sua condição de gênero no espaço público ou privado; enfim, a diferença sexual é, mais do que tudo, um jogo ético-político presente em toda relação entre homens e mulheres, individual ou coletivamente negociada.

Aqui também necessitamos entender a relação entre poder e gênero de forma mais matizada que a polarização opressão-feminina e dominação-masculina, cuja tradução é o discurso da vitimização da mulher, que não teria saída diante da supremacia do poder masculino. A assimetria de poder entre os gêneros é sem dúvida uma realidade, mas onde existe poder existe resistência e podem-se criar caminhos para exercitar contrapoderes (Barbosa e Uziel,1996)¹¹ .

O convite que nos fazem os estudos de gênero à exploração da normatividade social das práticas de saúde remete-nos de volta à outra filiação teórica desse estudo: a tradição crítica da Medicina Social. Nessa tradição vamos buscar certos conceitos fundamentais, baseados especialmente na produção teórica de Cecília Donnangelo e de alguns outros autores conceitualmente próximos.

Um dos aspectos conceituais característicos da “escola” de pensamento identificada em Donnangelo (Mendes Gonçalves,1995) e prosseguida por outros pesquisadores da Saúde Coletiva brasileira é a exploração da *historicidade* das práticas de saúde. A exploração conceitual dessa historicidade foi sendo construída progressivamente, primeiro pela recusa às concepções naturalizadoras do processo saúde-doença, depois pela crítica à

¹¹ Esta discussão se insere num conjunto de reflexões sobre a relação entre poder, gênero e sexualidade (que pensamos poder trazer contribuições importantes à nossa reflexão), na qual se verificam duas tendências: uma baseada na teoria feminista clássica, que considera a construção social das relações de gêneros um elemento prioritário para entender e analisar a sexualidade, e uma outra, que defende uma separação ou, pelo menos, uma descontinuidade, no plano teórico, entre gênero e sexualidade. De acordo com esta última vertente, no campo do gênero o poder estaria mais referido às relações de poder entre homens e mulheres, masculino e feminino, enquanto no campo da sexualidade ele se organizaria ao redor de categorias biomédicas; organizados de uma maneira ou de outra, estes poderes podem se cruzar, entrelaçando formas de opressão (Parker, Barbosa e Fajardo, 1996). No nosso caso, a questão que se coloca é como lidar com a “reprodução” em sua articulação com essas dimensões, sobretudo se pretendemos considerá-la em sua socialidade, para além das categorias biomédicas que a descrevem? Podemos começar por reconhecer uma descontinuidade, pelo menos analítica, entre essas dimensões; pelo menos analítica porque sexualidade e reprodução podem se separar no plano teórico, ainda que, no senso comum, assim como na prática, não se separem facilmente.

concepção fetichista das tecnologias em saúde, freqüentemente tratadas como decorrência lógica destes objetos “naturais” da medicina, até mais recentemente desdobrar-se na reflexão sobre a historicidade da própria racionalidade que constitui a saúde como objeto do conhecimento científico moderno e das técnicas a ela associadas (Mendes Gonçalves, 1995).

Segundo Donnangelo, “a medicina, que em uma primeira aproximação pode ser estritamente encarada como *prática técnica*, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos — o corpo e o meio físico — responde, enquanto tal, a *exigências que se definem à margem da própria técnica*, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui”. Para essa autora, “tais exigências regulam não apenas a presença da própria prática, mas participam também do *dimensionamento do objeto* ao qual se aplica, dos meios de trabalho que ela opera, da forma e destinação dos seus produtos. Essa articulação da medicina com as demais práticas sociais constitui o ponto estratégico do qual se pode apreender o seu caráter histórico” (1979:15).

A *normatividade* que define o normal e o patológico varia, assim, tanto com relação às diferenças culturais entre as sociedades quanto em suas articulações econômicas e político-ideológicas internas. No que se refere ao corpo, essa normatividade social pode ser apreendida (e expressa) pelas concepções sobre a realidade do corpo e seu “uso” adequado. É através de normas elaboradas na vida coletiva que o corpo se dimensiona e adquire significado por referência à especificidade da estrutura social (1979:25).

Para pensar a historicidade dessa normatividade, a autora recorre, como Canguilhem, à idéia de diferentes “modos de andar a vida” como pano de

fundo que constitui e explicita normatividades, o que equivale a ultrapassar a concepção do corpo anátomo-fisiológico como objeto ingênuo da prática médica, propiciando a identificação, nesse corpo-objeto, de outras ordens de determinações” (1979:24).¹²

Donnangelo chama a atenção para a *medicalização* da sociedade (termo que toma emprestado de Illich, de maneira crítica) indicando que “a extensão da prática médica não correspondeu a um fenômeno simples e linear de aumento de um consumo específico, e sim que ela se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressam os interesses e o poder de diferentes classes sociais” (1979:33).

Desde que assume o caráter materialmente produtivo e socialmente reprodutivo das práticas de saúde, essa “escola” elege como uma de suas questões centrais o estudo dessas práticas em sua dimensão de *trabalho*. A historicidade passa, assim, a ser procurada na própria construção de objetos e instrumentos da medicina (Ayres:1996). Dessa forma, “o normal ou o patológico não existem em estado de pureza biológica ‘antes’ para ‘depois’ se contaminarem com as características advindas de outras ordens da realidade, mas já são, imediatamente, definidos no encontro do biológico com o não-biológico em nível do corpo, onde não se separam, diferentemente do que acontece com suas representações teóricas elaboradas pela ciência.” (Mendes Gonçalves, 94:58).

De acordo com Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho em saúde costuma ser pensado de maneira a reduzir a um acessório essa sua dimensão fundamental

¹² Para D’Oliveira (1996), numa releitura a partir das relações de gênero desses “modos de andar a vida”, a historicização da normatividade vital parece bastante próxima do conteúdo proposto pelo feminismo inscrito no PAISM, relido por essa autora como “modos de viver no corpo”.

— a de trabalho —, fazendo repousar a sua compreensão sobre outras dimensões tais como a “cientificidade” a “criatividade”, o “humanismo”, a “neutralidade” etc. Nessa forma dominante de pensar e agir, tudo que institui a medicina como prática social é posto convenientemente de “fora” do tempo e do espaço relativamente “sujos” da reprodução social. “Enquanto processos específicos, os processos de trabalho em saúde não contêm, como dados invariantes internos a si próprios, nenhum objeto ‘natural’ e nenhuma necessidade ‘natural’. Seus objetos, e as necessidades que satisfarão, serão sempre *humanamente naturais*, social e historicamente determinados. Sua própria existência como processos de trabalho individualizados, reiteradamente realizados por agentes sociais que então se definiriam como ‘trabalhadores de saúde’ dentro de uma divisão social de trabalho, mesmo esta existência não é ‘natural’, mas histórica e socialmente determinada.” (Mendes-Gonçalves 1992:26).

Mas, se a teoria do trabalho quer explicitar a “humanidade” das relações sobre a qual se detém, este não pode ser entendido como estrutura mecanicamente determinante das formas de socialidade que representa. A categoria trabalho reclama um movimento interpretativo, quando se trata de buscar, para além das arquiteturas técnicas do trabalho, o movimento e as subjetividades que as constroem. Quem produz? Por que produz? O que resulta efetivamente do mundo (re)produzido no trabalho? E, finalmente, dado que não há ser humano isolado, como se valida socialmente essa normatividade social expressa nos processos e produtos do trabalho?

É nesse sentido que, conforme Ayres (1995), a dialética do trabalho “pede” a dialética das interações. Esse autor aponta a passagem para uma compreensão

comunicacional da racionalidade que preside qualquer trabalho em saúde como condição necessária para apreender seu movimento histórico, assim como localiza na hermenêutica uma aproximação metodológica efetivamente capaz de realizar a identificação de valores normativos.

Nos limites deste trabalho, não pretendemos fazer uma hermenêutica da assistência ao parto, tarefa que demandaria um esforço maior e incompatível com suas pretensões. Nesse sentido, as construções acima colocadas, menos que indicar uma pretensão tecno-metodológica, vêm explicitar uma vinculação teórico-metodológica, uma base conceitual com a qual se põe em relação o presente desenho de estudo. Para que a releitura dos relatos históricos sobre a assistência ao parto ganhe objetivo acadêmico, é preciso ter no horizonte alguns princípios hermenêuticos que a orientam.

Um primeiro princípio seria a superação da dicotomia sujeito-objeto na compreensão dos fatos e obras humanas. Aquele que interpreta não decodifica uma experiência externa a si, a seu horizonte linguístico, mas decodifica sua própria experiência, a partir de necessidades e possibilidades trazidas pelo horizonte linguístico do Outro, numa “fusão de horizontes”. Essa identidade entre sujeito e objeto é o requisito metodológico para tratar “objetivamente” de normatividades. É necessário o pano de fundo que se concretiza em juízos de valor para que qualquer apreciação do sentido humano da reflexão proposta ganhe clareza.

Segundo Ayres, apoiado na obra de Gadamer, as motivações, a particularidade da perspectiva de quem se propõe um objeto de estudo dessa natureza devem ser explicitadas: “Aquilo que para concepções positivistas do fato humano constitui um vício ou um obstáculo — o círculo lógico em que se

vê a compreensão uma vez que quem compreende está compreendido no que quer compreender — para Gadamer, ao contrário, constitui a essência mesma do compreender” (1995:317). Assumindo a impossibilidade de pensar qualquer fato humano distanciando-se dele, olhando supostamente de fora dele, é a explicitação dessa subjetividade da perspectiva particular, constitutiva do objeto de estudo, que coloca em condições de efetiva apreciação intersubjetiva e postula validade acadêmica.

A relação sujeito-objeto e a produção do conhecimento tem sido muito debatida também pelas feministas. Na condição de “objetos” do conhecimento, as mulheres, na condição simultânea de sujeitos, puseram-se a refletir sobre essa condição dupla. O “objeto-que-fala” passa a questionar o mito da ciência desapaixonada. Para Jaggar, “certas atitudes emocionais estão profundamente envolvidas em toda observação, na intersubjetividade verificada e tão pretensamente desapaixonada da ciência, tanto quanto nas percepções comuns da vida cotidiana”. A autora postula que as emoções, como tudo o que é humano, são em parte constructos sociais e históricos. A atenção às emoções, sobretudo às que cobram sentido, que a autora chama de “emoções ilegais” (*outlaw emotions*, literalmente fora-da-lei, proscritas), é fundamental para a reflexão feminista. Quando emoções não-convencionais são experimentadas por indivíduos isolados, estes podem ficar confusos, não saber nomear a experiência ou mesmo duvidar da própria sanidade. Quando certas emoções são partilhadas e validadas por outros, entretanto, assentam-se as bases de novas percepções, normas e valores. Essas emoções não-legítimas seriam política e epistemologicamente subversivas, propiciando a percepção do mundo de maneira diferente da retratada por suas descrições convencionais, indicando também a necessidade da teoria de ser auto-

reflexiva, de focar não apenas o mundo lá fora, mas o próprio sujeito, em sua relação com o mundo. A reflexão crítica sobre a emoção, conforme Jaggar, não é um substituto auto-indulgente para a análise e ação políticas, mas um componente indispensável tanto para a teoria quanto para a prática política transformadoras (Jaggar, 1992:164).

Essa reflexão sobre a emoção na produção do conhecimento é fundamental para a compreensão do diálogo entre sujeito e objeto das práticas de saúde, em especial no caso do parto, na compreensão desse objeto-que-fala, individual e coletivamente — a parturiente. A politização das questões reprodutivas e sexuais colocam em cheque a neutralidade do discurso técnico, redescrevendo a assistência como espaço de conflito, tensão e disputa. Como enfatiza Wittig, os discursos têm o poder de violentar as pessoas, uma violência que é material e física, embora produzida por discursos abstratos e científicos, bem como pelos discursos da mídia: “se o discurso dos sistemas teóricos modernos e da ciência social exerce algum tipo de poder sobre nós, é porque lida com conceitos que nos tocam de perto” (apud De Lauretis, 1994:227).

Um segundo princípio hermenêutico que julgamos necessário explicitar é o de que “abandonamos a pretensão de conseguir um ponto neutro que ilumine a situação de quem estuda e aquela com a qual se confronta, indicando que qualquer formulação teórica vai ser sempre um encontro entre duas situações históricas”. Assim, não se pretende estar fora das duas situações nem estar se colocando “na exata perspectiva do Outro no tempo e no espaço, mas pretende-se promover um encontro, um diálogo entre as questões do presente e as do passado, como na metáfora de Gadamer sobre a fusão na linha do horizonte, ponto de encontro do historiador, enraizado nas condições do

mundo contemporâneo, com as tradições do passado que busca interpretar” (Dias, 1994:397).

Para discutir as relações de gênero, parte-se da historicidade mesma dessas identidades e relações, uma vez que “não há por que considerar a oposição masculino-feminino tal como se apresenta hoje, com uma carga de definições culturais herdadas do passado, como se fosse necessária ou inata. Os estudos das relações de gênero caminham no sentido de documentar as diferenças culturais, de nuançá-las, de modo que um dia, eventualmente transformadas, possam se aproximar; neste momento, em vez de destacar-se em confrontos de nitidez cultural desnecessária estarão provavelmente nuançadas em uma multiplicidade de diferenças que não somos capazes de ver hoje” (Dias, 1994: 373).

Uma das questões principais colocadas para uma abordagem feminista da história é a necessidade de buscar aspectos concretos da vida de homens e mulheres de maneira a historicizar o que hoje chamamos de feminino e masculino, “explodindo a fixidade” desses conceitos. Essa abordagem, especialmente interessante no estudo de “papéis femininos na sociedade brasileira contemporânea ou para questões candentes como a dos direitos reprodutivos” (Dias, 1994:382), parece central para o exame da questão que nos colocamos, pois os vários papéis de mulheres e varões parecem especialmente complexos, resistindo a simplificações.

No caso brasileiro (diferentemente da realidade de outros contextos como o dos Estados Unidos e de alguns países da Europa), temos uma considerável participação de mulheres como médicas e como obstetras, relativizando uma separação nítida entre mulheres-parturientes versus varões-obstetras. Essas

profissionais, por sua vez, em geral parecem se distinguir pouco dos homens em termos de preferências tecnológicas e muitas vezes se mostram tão ou mais conservadoras que seus colegas em assuntos reprodutivos e sexuais, o que sugere que “a penetração das mulheres na medicina exige sua adequação aos valores dominantes nestes âmbitos profissionais diferenciados” (Giffin, 1993:17).

Por outro lado, o movimento de mulheres pela saúde, contando com um expressivo número de ativistas profissionais na área, tem sido o ator social decisivo na pressão pelas mudanças nessas práticas de assistência. Nas ações relativas à assistência ao parto, muitas vezes relegadas a um segundo plano de uma agenda de lutas já congestionada por outras urgências políticas, as feministas com frequência encontram varões como aliados. É o caso da REHUNA, única rede feminista no Brasil que os inclui. A participação de varões como profissionais dentro dos serviços e da academia tem contribuído para o questionamento da autoridade médica na prática obstétrica, ainda que seja entre os varões que se encontrem as mais importantes figuras na promoção dessa tendência “cirurgificadora”. Por outro lado, diferentemente das mulheres como parturientes, que chegam a se organizar e demandar mudanças, os varões como pais estão quase sempre ausentes na cena, e sua participação tem sido até há pouco fortemente desestimulada, inclusive pela cobrança em dinheiro de sua presença no parto. É também intrigante que os médicos argumentem, a favor dessa cirurgia, que seus procedimentos são uma resposta à demanda, à reivindicação das parturientes, sugerindo que seria delas a autoridade de decidir.

1.4. Material e óticas: possibilidades e limites

Considerando que se trata de um estudo de caráter mais exploratório e reflexivo, e não propriamente historiográfico, faremos uso basicamente de fontes secundárias sobre o tema.

Essas fontes incluem textos de história da obstetrícia, história da medicina, história geral e história das mulheres. Faremos uso também da literatura crítica nacional e estrangeira sobre a assistência ao parto, em especial à que diz respeito à organização de serviços e à avaliação tecnológica. Para buscar as “cenas dos partos”, estenderemos a procura a fontes de diversas disciplinas onde estas possam ser encontradas, em especial textos de antropologia, estudos da religião e estudos das mulheres.

A utilização dessas fontes, especialmente dos historiadores médicos, muitas vezes impõe, como mediação complementar, a interpretação dos próprios autores que contam a história, o que não será propriamente um objetivo desta investigação — uma vez que, para a análise das situações a serem estudadas, estaremos buscando, na medida do possível, sua dimensão factual. Mas essa mediação se fará inevitável, pois “para conhecer os pedaços perdidos da nossa história, aprendemos muito sobre nós mesmas através da maneira como fomos vistas por padres e médicos” (BWHBC, 1994, 689).

Queremos chamar a atenção para os limites do material e da ótica utilizados, em especial aos da “interpretação da interpretação” dos autores, no caso do uso de fontes secundárias. A assistência ao parto adquire significados extremamente diversos, nos mais variados contextos, e sua leitura pelos autores estudados reflete uma enorme multiplicidade de vias interpretativas,

das quais elegeremos apenas algumas que melhor ilustrem os processos e contradições que se busca evidenciar.

No caso da assistência ao partos, tem-se o problema adicional da autoria dos registros escritos, uma vez que muitos trabalhos dirigidos às parteiras são reconhecidamente a sistematização do trabalho não dos autores varões que os assinam, mas das próprias parteiras, uma vez que em geral aos varões era interdita a assistência às mulheres em trabalho de parto, exceto em circunstâncias excepcionais, assim como às mulheres em geral era muito mais restrito do que a varões o acesso à escolarização formal e a possibilidade de publicar um livro (Rich, 1979, 1986; Hellman, 1952). Essas fontes refletem, de maneira imprecisa, parcial e fragmentada, qualquer informação distinta do conjunto de práticas que veio a ser considerado a obstetrícia médica. Assim, como fonte, o material utilizado certamente será bastante impreciso em relação à descrição factual.

No decorrer da pesquisa, percebemos que dois trabalhos do tipo “fonte primária” foram se impondo como eixos organizadores da reflexão. O primeiro deles é o texto intitulado “Conceito, propósitos, súmula histórica”, que introduz o *Obstetrícia* de Rezende (1974). Esse é, talvez, o mais importante livro de obstetrícia no Brasil, e teria sido seu autor, segundo informam professores de obstetrícia, um dos mais importantes desencadeadores da “cirurgificação reprodutiva”, quando passa a defender a cesária a pedido, para restituir o “bem-estar mental” à mulher “tomada pela neurose de ansiedade e pela depressão” que o parto pode inspirar (1974:1104).

A leitura desse autor levou-nos a conhecer, por sua vez, a “figura apostolar de Fernando de Magalhães (1878-1944), criador da Escola Obstétrica

Brasileira”, cuja autoridade é frequentemente citada por Rezende, para quem a obstetrícia brasileira “será dividida, pelo historiador futuro, em dois períodos, antes e depois de Magalhães” (1974:20). O segundo texto-base que utilizaremos será, assim, o livro de Magalhães, *Lições de Clínica Obstétrica*, de 1916, compilação de suas aulas de abertura do curso de Clínica Obstétrica, entre 1915 e 1916 no Rio de Janeiro.

Certamente encontraremos problemas com essa escolha, pois, apesar do caráter paradigmático desses autores, não sendo eles historiadores mas sim obstetras clínicos, têm duas características que constituem obstáculos metodológicos: eles não precisam ter muito rigor nas informações factuais e podem ter uma liberdade quase poética nas suas interpretações. Reconhecidos esses limites, para os quais deveremos estar atentos, por outro lado esses mesmos limites são também recursos, pois os autores, em sua liberdade poética, interpretam a história da obstetrícia da maneira mais imediatamente conveniente à sua prática. Queremos chamar a atenção ainda para outros limites do uso que faremos desses autores: não pretendemos sugerir que todos os obstetras brasileiros são ou deveriam ser iguais a eles, mas sim que esses autores e seus postulados simbolizam e permitem integrar uma série de aspectos relativos às práticas de assistência que queremos ressaltar neste trabalho.

O material iconográfico da assistência ao parto que utilizaremos terá como finalidade enriquecer o “estranhamento” ao qual convidamos o leitor, mais do que qualquer pretensão analítica maior. Essas ilustrações utilizadas serão das mais diversas procedências, porém certamente as mais interessantes para os propósitos deste trabalho estão nos livros de história da medicina.

O tema da construção histórica da hegemonia masculina na constituição das profissões de saúde não será devidamente tratado nos limites deste trabalho. Partimos aqui da compreensão de que a história da assistência aos partos é uma história contada pelos vencedores. A história da parteira não é uma história de uma prática inferior perdendo terreno diante dos avanços das ciências e da tecnologia médicas, mas sim uma história que diz respeito à medicina como política, uma história de controle e acesso ao poder (Ehrenreich e English, 1973b).

Outro limite deste trabalho que deve ser pontuado é a própria organização do texto. Ainda que seja difícil falar de evolução ou de progresso em uma história tão “acidentada”, com relação à periodização utilizada, quase todos os autores seguem a mesma moldura da história evolutiva, linear, do progresso, e a divisão clássica em períodos históricos, criticada pela historiografia contemporânea. O fato de o texto estar organizado em uma seqüência relativamente “presa” a essa cronologia pode facilmente induzir à compreensão de uma história evolutiva e linear da assistência, seja esta uma evolução do mais primitivo ao mais sofisticado, seja do mais humano ao mais desumanizado.

Ao olhar as cenas e fragmentos que encontramos sobre o parto, buscaremos identificar, de maneira exploratória, em cada contexto, o sentido do feminino, do masculino e da parturição inscritos nas formas de assistência, de maneira a explorar as possibilidades interpretativas das técnicas de assistência como instauradoras e explicitadoras dessas relações sociais na construção da mulher, do varão e do parto. Não será demais ressaltar, por isso, que não se trata aqui de buscar uma história linear ou evolutiva; a intenção é vislumbrar,

em cada recorte temporal, como é o funcionamento interno das relações de gênero, como relações de poder, de opressão e de resistência, para apreender rupturas tanto quanto permanências entre um período e outro.

Tentaremos, na medida do possível, fazer dialogar as múltiplas temporalidades com as questões que nos colocamos hoje. Ao lidar com as relações de gênero, queremos explorar a normatividade nas práticas como uma interação, ainda que muitas vezes de intenso conflito. Essa abordagem é necessariamente exploratória, aceitando o convite de sugerir “interpretações provisórias porém críticas, de modo a descortinar sentidos implícitos, à margem do normativo e do institucional, que podem ser vislumbrados por entre as linhas, ou nos intervalos intertextuais, de certa forma sempre subversivos da ordem, do permanente, cuja existência negam” (Dias, 1994, 377).

Um último limite deve ainda ser lembrado: a tendência a uma interpretação romantizada, nostálgica do passado e das tradições humanas que deveriam ter prevalecido, ou do essencialismo de uma natureza pura que teríamos perdido, imersos que estamos em uma cultura misógina e medicalizada. Queremos abrir mão de uma interpretação idealizada das relações de gênero, do corpo ou de divindades femininas, e reafirmar que não estaremos buscando uma “evolução” de uma assistência mais humana (e implicitamente mais “feminina”) para uma supostamente mais desumana (masculina, científica, objetiva).

Caber-nos-á, isto sim, perguntar quanto, e de que modo, o estranhamento diante do “romantismo” que identificamos em outras formas de assistência não se baseia justamente na nossa compreensão pessimista do parto como patologia, como agravo médico-cirúrgico? Sem prejuízo da necessidade de

superação de qualquer romantismo ingênuo, este trabalho se fundamenta na crença, otimista e esperançosa, de que o parto, como construção humana, pode ser construído como um momento de saúde, de força, de prazer, de celebração, para além do evento patológico, médico-cirúrgico, de risco, orientado por uma técnica pessimista que não pode (e não deve) responder por ela mesma.

CAPÍTULO 2

Técnicas e rituais de parto entre as antigas

2.1. Fragmentos da técnica

Segundo vários historiadores, a primeira forma de observação sistemática dos fenômenos corporais teria sido a relacionada com a assistência ao parto. Na sua genealogia da ginecologia, Ricci (1950:6) vai mais além, argumentando que, para além da maravilha e do assombro inspirados pela reprodução, a ocorrência repetida de sintomas comuns produziu um sentimento de familiaridade com os processos de parto e de aborto, assim como com os da ciclicidade das menstruações, da ausência destas na gravidez, dos sangramentos abundantes nos abortos etc. Esse autor sugere que “a parteira”¹³ foi o primeiro indivíduo a praticar a medicina, e sem dúvida parte de sua tarefa incluía a administração de uma terapia ginecológica rudimentar”.

Neste trabalho, não pretendemos explorar qualquer versão de alguma história da medicina a partir das mulheres, por duas razões que merecem ser ressaltadas. Uma primeira, mais óbvia, é a de que o objeto desta dissertação não é esse, mas sim a documentação e a especulação sobre a variabilidade das “situações de gênero” nessa prática social. Uma segunda, e mais importante, é a de que acreditamos, como o fazia Siebold, que a história da

¹³ O termo genérico “parteira” é usado pelos historiadores para designar personagens muito diferentes, entre si e em contraste com o que entendemos hoje em dia. O uso dessa palavra confunde o sentido específico que essa personagem tem nas diversas culturas. Por este motivo, sempre que possível, tomarei a liberdade de substituir a palavra “parteira” pelo termo usado originalmente, tentando localizar seu sentido no respectivo contexto.

assistência ao parto e a da medicina não são a mesma, embora, no século e meio que nos separa desse autor, elas tenham vindo a convergir na maior parte do ocidente.

Para voltar nosso olhar em direção às práticas de assistência ao parto na idade clássica, necessitamos reafirmar alguns dos limites da abordagem que pretendemos empreender. Em primeiro lugar, os fragmentos que utilizaremos para fazer contrastar com a cena atual e enriquecer o estranhamento a partir desse encontro, são de fato fragmentos, indícios precários de temporalidades muito distintas, referenciadas a mulheres e varões igualmente distintos, se partirmos da constatação de que não há uma mulher natural, mas sujeitos concretos, engendrados, muito diferentes entre si inclusive quando no mesmo contexto histórico.

Em segundo lugar, é preciso lembrar que esses fragmentos refletem outros encontros de perspectivas históricas, uma vez que as fontes secundárias que utilizamos são fortemente marcadas por uma interpretação misógina, em especial os estudos da idade clássica, “um dos campos acadêmicos mais conservadores, hierárquicos, patriarcais e antifeministas” (Funari, 1996:179).

Em terceiro lugar, na abordagem destas como de dimensões da história social das mulheres, corre-se o risco constante de um certo romantismo, uma certa nostalgia de um passado glorioso e distante. Esse risco é ainda maior num material permeado por divindades femininas, excessivamente poderosas e tentadoras, como que reivindicando seu lugar expropriado. Tentaremos apenas fazer justiça a sua presença constante, em vez de descartá-las, sem contudo pretendemos mais do que localizá-las nas práticas de assistência. Porém a presença delas é uma interrogação aberta sobre outros sentidos possíveis do gênero, da reprodução e da sexualidade.

Não é supérfluo reafirmar que, para olhar os fragmentos que reuniremos, precisamos nos abrir para outras compreensões da assistência, considerando outras leituras possíveis além da tradução médica. Por um lado, é lícito supor que toda sociedade humana é marcada, concreta e simbolicamente, por situações dramáticas e fatais envolvendo o parto e que este seja sempre identificado com uma vulnerabilidade especial da mãe e da criança. Por outro, o parto e o nascimento não são apenas o sofrimento, a morte e a vulnerabilidade, mas comportam muitas outras dimensões que têm sido subsumidas na descrição médica. Essas outras dimensões estarão presentes no parto, de uma ou outra maneira, articulando os sentidos que dão inteligibilidade à técnica.

Com a reunião desses fragmentos queremos sugerir que, em linhas gerais e em contraste com o que entendemos hoje, as práticas de assistência ao parto na Antigüidade eram tecnicamente muito sofisticadas, as mulheres tinham considerável autoridade sobre o assunto, os varões participavam apenas em certos casos de complicações, sobretudo praticando a operatória de arrancamento e, ademais, as técnicas eram organizadas em torno de preceitos religiosos, que operavam como pontos de inserção entre as várias dimensões da vida reprodutiva e sexual na construção social dessas mulheres e varões.

2.2. A assistência ao parto entre as hindus

Segundo O'Dowd e Philipp, a arte da obstetrícia teria surgido entre os hindus, num contexto no qual as mulheres eram muito valorizadas. As cortesãs¹⁴ na

¹⁴ Este termo, assim como seu equivalente "prostituta", teria sentidos muito diversos na Antigüidade. Para Walker, em muitos contextos, as prostitutas gozavam de alto *status* social e eram reputadas por seu conhecimento. A palavra *zonah* do hebraico significa tanto "prostituta" quanto "profetisa". Quando os gregos helênicos reduziram as mulheres esposas ao *status* de meras serventes, as mulheres *hetaeras*

Índia antiga tinham uma posição social muito elevada e os indianos tiveram “as idéias mais sofisticadas sobre a atividade sexual, os direitos das mulheres e a sua saúde”. Este *status* social teria sido rebaixado com a introdução do bramanismo. De acordo com esses autores, “quando as mulheres são altamente valorizadas, sua saúde física é tratada como sendo tão importante como a dos homens” (1994:3).

Conforme Briquet, no *Ayur Veda*, ou *Livro da Vida*, texto sagrado de 1500 a.C., “informa-se que praticavam a versão podálica, as manobras externas e a embriotomia. Os médicos só eram chamados em caso de distocia; sabiam corrigir a apresentação transversa pela versão podálica”. Esse autor chama a atenção para o desenvolvimento avançado da técnica de assistência ao parto: “é digno de nota que só se fala da versão muitos séculos depois, com Sorano de Éfeso (século II d.C.). As principais distocias assinaladas eram as deformidades da cabeça e da pelve, posições viciosas e, como intervenção, [praticava-se] a cesária *post-mortem*”. Briquet conta ainda que, conforme o *Ayur Veda*, “combatiam a dequitação demorada pela compressão, sucussão e bebidas nauseantes. As parturientes de classe elevada davam à luz no domicílio em aposentos destinados a este fim, só se levantavam depois da sexta semana, e amamentavam até o sexto mês” (Briquet, 1958:17).

(prostitutas) continuaram legal e politicamente equiparadas aos varões. Em Roma, até as matronas da mais alta aristocracia se prostituíam no templo de Juno Sópita, quando precisavam de uma revelação, propiciada também por outras deusas como Vênus e Meretrix. Na Babilônia, esperava-se que todas as mulheres se prostituíssem nos templos antes de casar. As prostitutas sagradas eram chamadas de “virgens”, o que significava “solteira”, e como as freiras medievais, usavam véus como símbolo de seu ofício. No grego, “virgem” (*parthenia*), tem o mesmo sentido, e o Parthenon, casa das virgens, era servido por “hieródulas”, prostitutas sagradas. De acordo com Walker, a compreensão do êxtase sexual como acesso ao êxtase espiritual, associado aos ofícios religiosos, é um traço comum a várias religiões antigas, e justamente “porque as prostitutas desempenhavam um papel tão importante nas religiões pagãs, o cristianismo vilificou sua profissão. Os homens da Igreja não queriam eliminar a prostituição completamente, mas sim amputar seu significado espiritual” (Walker, 1984:819-26).

O *Ayur Veda* tratava, ainda, entre outros assuntos, da menstruação, da fertilidade e dos “ovidutos”. A dissecação era permitida e se distinguiam o útero, os ovários, a vagina e os genitais externos (O’Dowd e Philipp, 1994:56).

Os hindus praticavam uma obstetrícia sofisticada, que incluía a versão interna e o desmembramento para evitar o parto abdominal, que chegava a ser executado “com grande atenção à técnica, no intuito de salvar mãe e filho”. Os textos médicos védicos “dedicam considerável atenção às mulheres, sua sexualidade e enfermidades” e, em todos os casos, esperava-se que elas fossem tratadas de maneira amável.

As Leis de Manu, um corpo de regras e rituais para a vida diária compilado de escritos datados entre 200 a.C. a 200 d.C., afirma: “Onde as mulheres são respeitadas, os deuses estão satisfeitos; onde não são respeitadas, todos os atos piedosos são estéreis” (Lions e Petrucceli, 1978:115-117).

O *Kama Sutra*, escrito ou editado por Vatsayana, “para ser lido por homens e mulheres”, diz que o prazer é “essencial ao bem-estar do corpo tanto quanto a comida, sendo igualmente necessário”.

De acordo com Fowkes (1990:10), o que mais provoca estranhamento aos ocidentais na leitura desses textos é a total ausência de qualquer senso de culpa ou pecado sexual. Para esse autor, tal tolerância é a mensagem mais importante que o leitor moderno pode receber desses livros. A sacralidade da vida erótica e a seriedade do seu estudo contrastam fortemente com a cultura cristã, sobretudo quando se comparam textos contemporâneos das duas



Deusa-Mãe hindu parindo (segundo Campbell, 1990:178).

culturas, refletindo não só o lugar do desejo e do prazer sexual, mas também das mulheres¹⁵.

É possível sugerir que o cuidado e a assistência à sexualidade e à reprodução estivessem inseridos nesse contexto de reverência ao prazer. As divindades hindus são freqüentemente representadas durante uma relação sexual, ou até mesmo parindo, o que reflete a importância desses atos na vida espiritual¹⁶.

2.3. O culto de Ísis e a assistência ao parto.

Segundo Entralgo, os egípcios antigos davam cuidadosa atenção à patologia obstétrica e ginecológica e as práticas cirúrgicas, entre as quais ele classifica

¹⁵ Fowkes usa como exemplo deste contraste o Apocalipse de João, que teria sido escrito na mesma década, e compara a metáfora de João sobre Roma, “mãe das prostitutas e das abominações na Terra (...) mulher com uma taça de ouro cheia das abominações e imundícies de sua fornicação”, com a descrição da mulher em Vatsayana: “seus olhos são brilhantes...sua *yoni* (vulva) como o botão da lótus, e sua semente do amor, perfumada como o lírio recém-florescido”. Walker (1981) considera que mesmo hoje é difícil para qualquer pessoa que cresceu no mundo ocidental compreender a opinião dos povos antigos sobre o sexo como uma experiência de prazer divino ou de antevisão do paraíso, sem que para isso tenha de fazer um certo esforço intelectual.

¹⁶ Representações semelhantes são encontradas entre muitos povos, distantes temporal e espacialmente, como a da deusa azteca da terra e do iluminismo, Tlalzolteotl, representada no ato de parir. (Rezende, 1974:20; Gadon, 1989).

a obstetrícia, “são mencionadas com grande freqüência” (1982:23), embora esse autor não ofereça mais detalhes.

No Egito antigo, por ser considerada um dom divino, a medicina era praticada em estreita relação com as atividades religiosas, sendo conduzida em templos-hospitais. A prática dos ex-votos era corrente. Nos templos, acompanhando o uso de uma sofisticada e exótica farmacopéia, ofereciam-se rituais, rezas, o *incubatio* (sono curador), ofertas votivas e exorcismos (Ricci, 1950:10; Walker, 1984:453; Diaz Gonzales, 1950:50).

De acordo com Diaz Gonzales, anexas a alguns templos, funcionavam verdadeiras escolas onde, sem dúvida, se estudava também a medicina. Entre as mais famosas estavam as de Mênfis e a da deusa Neith, em Saís. Esta última, cujo ensino devia compreender a ginecologia e a cirurgia, foi destruída e logo reconstruída no século VI a.C. Sabe-se que esses templos possuíam bibliotecas (Diaz González, 1950:50-51).

Segundo Alexander-Berghorn, o templo de Ísis Médica, localizado próximo a Alexandria, existiu até o século V, quando foi destruído por Cirilo, arcebispo daquela cidade, que denunciou Ísis como “demônio odioso” e ordenou que uma igreja cristã fosse construída sobre as ruínas (1992:108).

Ísis era entre os egípcios a deusa protetora da medicina, da espécie humana, da magia, dos encantamentos, da fecundidade, da maternidade, e protetora das mulheres em todos os problemas peculiares a este sexo. Além dela havia outras divindades, como Anuquet, deusa da fertilidade; Bes, protetora do parto; Hat-Hor, patrona das grávidas, Hequet, deusa do berço, e Nekhbet, que presidia o processo da parturição, puerpério e amamentação, entre outros. Muitos outros deuses eram relacionados com a medicina, como Hórus, filho

de Ísis, Thot e Imohtep, este último tido por muitos como um sacerdote da terceira dinastia, de cerca do século XXVIII a.C. (1950:39).

Segundo o mito, Osíris, marido e irmão de Ísis, foi morto e retalhado em catorze pedaços por Seth, irmão de ambos, motivado pelo ciúme. Ísis buscou penosamente cada parte de Osíris para recompô-lo e, não tendo encontrado seu falo, comido por um peixe no Nilo, fez um novo, de barro, acolheu-o em suas asas e soprou a vida de volta ao cadáver, fazendo reviver o amado, com quem copulou e concebeu seu filho Hórus (Alexander-Berghorn, 1992:106; Diaz González, 1950:39; Walker, 1984).



Ísis amamentando Hórus (Gadon, 1989:195)

Ísis é freqüentemente representada amamentando Hórus, e muitas de suas estátuas foram levadas à Europa como representação de Maria amamentando Jesus. Walker sugere que a versão, bastante inverossímil, da fuga de Maria para o Egito foi uma tentativa de sincretizar os dois mitos; o nome Maria derivaria de Mari, nome das consagradas a Ísis na Palestina, onde seu culto era

muito popular à época do nascimento de Cristo (Walker, 1984:453).

Para Tyldesley, o Egito do período dinástico (3000 a.C.-332 d.C.) teria sido o melhor lugar da Antiguidade para se nascer mulher. No final desse período, o

historiador grego Heródoto conta, perplexo, que os egípcios, em algumas de “suas maneiras e costumes, fazem o exato oposto das práticas comuns do ser homem. Por exemplo, as mulheres vão ao mercado e ao comércio, enquanto os homens ficam em casa sentados tecendo no tear” (1994:1). As mulheres gozavam de independência legal, social e sexual muito maior que suas contemporâneas gregas e romanas; tinham direito de propriedade e de comercialização de bens, trabalhavam fora de casa, podiam casar com estrangeiros e morar sozinhas, sem a presença de um guardião masculino. Se tinham a sorte de pertencer a uma família real, eventualmente assumiam o trono (Tyldesley, 1994).

Uma das rainhas egípcias mais famosas foi Hatchepsut, que reinou de 1503 a 1482 a.C. Ela teria impulsionado o papel das mulheres na arte de curar e seu reinado coincide com a idade áurea da cultura egípcia. A ela são atribuídas a fundação de três escolas médicas e o desenvolvimento dos jardins botânicos e de ervas medicinais, assim como o estudo e a divulgação do uso dessas plantas (Brooke, 1995:9).

Segundo Alexander-Bergorh (1993:103), o alto *status* social que as mulheres gozavam no Egito antigo refletia-se na soberania de Ísis, e a introdução do culto dessa deusa na Grécia e em Roma coincide com as fases de maior valorização das mulheres na cultura greco-romana. A religião de Ísis era aberta a todos — homens e mulheres, escravos, ricos e aristocratas. Tyldesley (1994) informa-nos que as mulheres egípcias trabalhavam, entre outras

ocupações, como sacerdotisas, músicas, farmacêuticas e administradoras. Ilustrações desse período mostram mulheres com seus papíros¹⁷.

Sabemos dos partos entre as egípcias a partir do que diziam os papíros que foram preservados e decifrados, suplementados pela evidência arqueológica. A escrita hieroglífica (do grego *hieros*, “sagrado”, e *glifein*, “gravação”) desenvolveu-se em torno de 3000 a.C., passando do hieróglifo pictográfico para uma escrita com um alfabeto de 24 letras, chamado hieroglifos “demóticos”, populares (O’Dowd e Philipp, 1994:42).

Ainda segundo esses autores, os assuntos relativos às mulheres estavam “adequadamente representados” nesses documentos⁵. Os homens não participavam da assistência ao parto, mas há evidências de que, em casos de complicações, praticavam a craniotomia e outras formas do que veio a ser chamado de “obstetrícia destrutiva”. As descrições das cadeiras de parir, nos papíros, datam de antes de 2500 a.C. Algumas eram fixas, de tijolo; outras, móveis, de madeira.

O papiro de Kahun, de cerca de 1850 a.C., que se supõe ser a cópia de um texto muito mais antigo, contém dezessete prescrições e orientações sobre gravidez e fertilidade, abordando também o prurido vulvar, o prolapso e o câncer uterinos, infecções do trato reprodutivo e urinário, além de técnicas para a escolha do sexo da criança. Menciona ainda um contraceptivo de barreira, feito com excremento seco de crocodilo, em forma de esponja, que, embebida em vinagre, era colocada no fundo da vagina. No papiro de Ebers (cerca de 1550 a.C.), de 108 páginas, são encontradas orientações de

¹⁷ Conforme Tyldesley (1994:118-120), embora a alfabetização fosse em geral um privilégio dos varões, uma minoria de mulheres nobres e mesmo de mulheres comuns era alfabetizada; a divindade da escrita era a deusa Seshad.

assistência à parturiente, incluindo prescrições para a indução do parto, estimular a lactação e tratar as doenças dos seios, assim como para regular a menstruação, tratar e prevenir as leucorréias e corrigir. Nos registros do papiro são identificados a gonorréia e o câncer de útero. Os tratamentos eram administrados pela boca, por irrigação ou fumigação vaginal, ou pela inserção de pessários de linho embebidos com a medicação. Usavam-se afrodisíacos e preparações espermicidas à base de ácido láctico (Ricci, 1950; O'Dowd e Phillip, 1994).

Os papiros de Berlim, de cerca de 1300 a 1600 a.C., abordam as doenças do seio, a infertilidade e afrodisíacos. Esses papiros, assim como os de Carlsberg, descrevem os testes de gravidez realizados naquela época: pedia-se para a possível grávida embeber com sua urina dois saquinhos de tecido, um contendo sementes de cevada e o outro, de areia; se os dois germinassem, a mulher estava grávida. "O experimento tem sido repetido e até chega a funcionar!", pois os hormônios contidos na urina da mulher grávida podem estimular a germinação do conteúdo dos saquinhos. Os testes de gravidez só foram retomados neste século (O'Dowd e Phillip, 1994:44).

Mais do que mera curiosidade, esse detalhe ilustra a sofisticação do desenvolvimento técnico baseado na experimentação e na observação empírica desenvolvidas há três milênios e meio atrás. Aqui, o contexto religioso das práticas pode, em vez de ser um obstáculo a esse desenvolvimento, propiciar um ambiente estimulante à experimentação.

2.4. As meyaledeth: cenas do Gênesis e do Êxodo

Mesmo na Antiguidade há registros de cenários e personagens da ritualística da concepção e do parto bastante diversos, em que a posição da mulher é nitidamente diferente daquela que podemos identificar entre os egípcios e em povos próximos. Na cultura hebraica, por exemplo, encontrarmos, em relação ao sistema genealógico patriarcal, o registro mítico de uma participação feminina na cena do parto não menos impregnada de sentido ritual, celebratório, do que o observado entre as egípcias. Verificamos, porém, a presença feminina numa posição que é menos a da autoridade que a da resistência a ela; percebemos a mulher como uma espécie de sacerdotisa, uma celebrante da astúcia prática de algo como uma “razão vital”, que recusa os limites da ordem dos homens (no duplo sentido institucional e de gênero) e que se liga profundamente à reprodução num sentido afetivo, simbólico, transcendental.

Entre as hebréias, as parteiras eram chamadas *meyaledeth* (Rezende, 1974:4). Séfora e Fua, ou Shifrá e Puá (cujos nomes significam, respectivamente, em hebraico “beleza” e “resplendor”), são citadas no Êxodo. Durante o cativeiro dos hebreus no Egito, o faraó disse às parteiras dos hebreus: “Quando ajudardes as mulheres dos hebreus a dar à luz, olhai o sexo da criança. Se for um menino, matai-o. Se for uma menina, deixai-a viver”. Como as parteiras desobedeciam, o faraó convocou-as para se explicarem, ao que elas responderam:

“As mulheres dos hebreus não são como as egípcias; são cheias de vida; antes da parteira chegar, já deram à luz.” Deus tornou as

parteiras eficazes, e o povo cresceu e se tornou bem forte” (Êxodo, 1:13-20)

Segundo Rezende, estas foram as primeiras parteiras de que a história guardou os nomes, “embora na biblioteca de Assurbanipal, rei da Assíria (século VII a.C.), tenham sido encontrados textos, em caracteres cuneiformes, atinentes à assistência ao parto por mulheres, de cerca de 2500 a.C.” (1974:4).

No Gênesis são relatados os partos de Raquel (Gen. 35:17-18) e de Tamar. Neste último, a conduta da *meyaledeth* é citada e elogiada pelos historiadores. O parto de Tamar, ou melhor, o seu contexto, é especialmente interessante para entender a complexidade do enredo envolvido nesta cena do parto, como nos conta a Bíblia:

“Judá tomou para Er, seu primogênito, uma mulher de nome Tamar. Er, primogênito de Judá, desagradou ao Senhor, que o fez morrer. Judá disse então a Onan: ‘vai deitar com a mulher do teu irmão. Cumpre com ela o teu dever de parente próximo do falecido e suscita uma descendência a seu irmão’” (Gen. 38:6-8).

Mas Onan desobedecia e “deixava o sêmen perder-se na terra, para não dar descendência ao irmão. O que ele fez desagradou ao Senhor, que o fez morrer também a ele” (Gen. 38:9-10).

Viúva duas vezes, Tamar é devolvida à casa dos pais para esperar até que o terceiro filho de Judá tenha idade de casar. Tempos depois, Tamar é informada de que o sogro e seu prometido vão para a tosquia, uma grande festa entre os pastores. Oculta sob um véu, ela comparece ao evento, onde Judá, sem reconhecê-la, a aborda: “Eis, eu me deito contigo!”, e oferece-lhe

um carneiro do seu rebanho em troca. Para aceitá-lo, Tamar exige que ele lhe deixe como garantia seu cordão, bastão e sinete (marcas pessoais do indivíduo, emblema da autoridade do chefe). Ao tentar recuperar seus documentos, Judá manda entregar o carneiro à hieródula¹⁸ com quem se deitara, mas não a encontra mais. Quando descobrem a gravidez de Tamar, que caracteriza adultério, Judá decide: “Seja posta fora e queimada!”, mas ela se apresenta a ele com os documentos do pai de seu filho, o próprio Judá, que então a reconhece como justa¹⁹ (Gen. 38:12-26).

Finalmente, quando do parto, de gêmeos, “um deles apresentou uma mão, e a *meyaledeth* pegou e amarrou nesta mão um fio escarlata, dizendo: ‘este saiu primeiro’. Depois ele recolheu a mão e saiu o irmão dele. ‘Que é que te acontecerá, pela brecha que abristes?’, disse ela. Deu-lhe o nome de Péres, a brecha. O irmão dele saiu em seguida, ele que tinha na mão o fio escarlata; deu-lhe o nome de Zérah” (Gen. 38:28-30). Aqui, o trabalho da *meyaledeth* inclui dar nomes aos recém-nascidos e decidir quem de fato deve ser o próximo patriarca. Da eficácia da parteira, dom de Deus, dependia a força e o crescimento do povo.

Supomos que um dos motivos da ausência dos varões na cena do parto eram os severos preceitos higiênico-religiosos dos hebreus, que, como os de muitos pagãos, atestam a crença no perigo extremo das secreções vaginais, tanto a menstruação quanto os lóquios; as mulheres nessas condições contaminavam

¹⁸ Segundo os comentários da tradução ecumênica da Bíblia, “as hieródulas, ou prostitutas sagradas, desempenhavam uma função nas festas religiosas. Os cananeus imaginavam a fecundidade divina ao modo da fecundidade humana; assim, a prostituição sagrada deveria assegurar a fertilidade das terras, dos homens e dos rebanhos. Aqui Tamar age levada pelo desejo de, a qualquer preço, dar um filho a seu marido falecido”.

¹⁹ Ainda conforme os comentários da tradução ecumênica, Tamar é “justa” por sua preocupação de garantir a descendência do patriarca, ao contrário de Judá, que não deu a ela seu filho Shelá, conforme acertado.

tudo o que tocassem. De acordo com o Levítico, “quando um homem se deita com uma mulher menstruada e descobre a nudez dela, já que ele desnudou a fonte do sangue que ela está perdendo, e ela mesma pôs a descoberto esta fonte, os dois serão cortados do meio do povo” (Lv, 20:18) . As mulheres permaneciam impuras depois do parto, por 33 dias se parisse menino e 66 dias, se menina, e, depois desse prazo, para se purificarem, deveriam oferecer em holocausto um cordeiro de um ano e duas rolinhas ou pombos para um sacrifício pelo pecado (Lv, 12:1-8).

Fragmentos dos manuscritos da sinagoga de Ben Ezra, possivelmente uma parte do Eclesiásticos, mostram o conhecimento, entre os antigos hebreus, das técnicas de assistência à reprodução, incluindo a descrição do tratamento do sangramento uterino, instruções para o diagnóstico precoce da gravidez e para a indução do aborto (O’Dowd e Philipp, 1994:44).

2.5. Autoridade e resistência: a maiêutica das gregas

Entre os gregos, a atenção à gravidez e ao parto era chamada *maiêutica*, palavra que, segundo Pedro Pinto (apud Rezende, 1974:1), vem do grego *maieutikós*, “concernente ao parto”; a raiz, *maia*, traduz-se por “parteira, ama ou avó”. A deusa Maia, ou Maya²⁰, “avó da mágica”, era a protetora dos partos, mãe de Hermes, conhecida também como uma das Plêiades (Walker, 1984:572). Ovídio deriva de seu nome o do mês de maio (Commelin, 1993:97), quando se celebravam a renovação e o renascimento dos mortos. O culto da Maia estava associado a rituais de fertilização dos campos através de

²⁰ Entre os hindus, Maya (“mágica”) é o título da Virgem Kali como a criadora de todas as coisas feitas de matéria e perceptível aos sentidos. Essa virgem deu a luz ao iluminado, Buda, assim como a virgem Maia grega a luz a Hermes (Walker, 1981:626).

relações sexuais, costume comum a vários povos e épocas históricas (Walker, 1984:626).

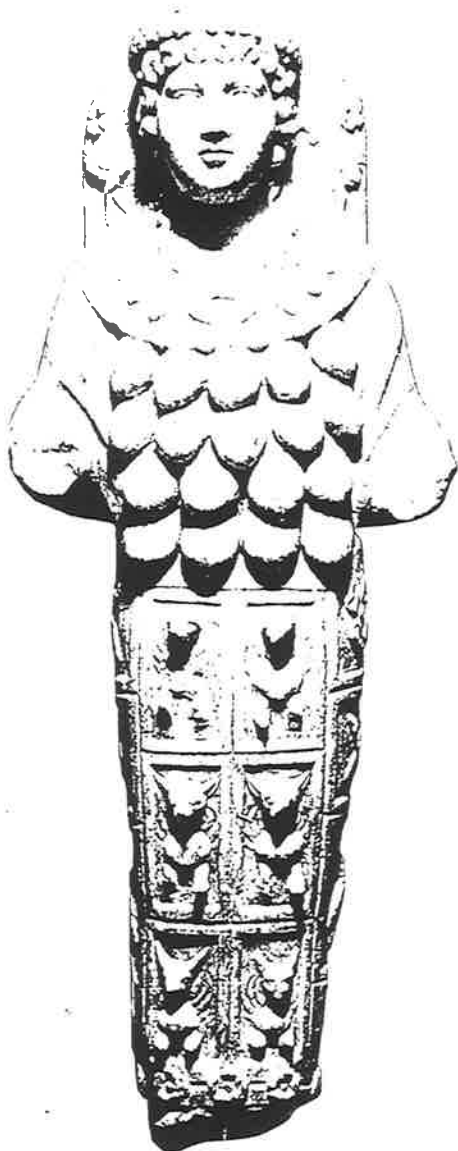
As maieutas inspiravam grande respeito (Rezende, 1974; O'Dowd e Philipp, 1994; Ricci, 1950). Conforme O'Dowd e Philipp, elas visitavam as mulheres antes do parto e as orientavam, durante a gravidez, a se alimentarem bem, a evitarem o excesso de sal e de álcool, e a fazerem exercícios.

As mulheres gestantes eram tratadas com vários privilégios, e em Atenas, “a casa da mulher grávida era considerado um asilo inviolável, um santuário sagrado, onde até o criminoso encontrava refúgio seguro”. Em Esparta, a grávida deveria ser poupada de presenciar situações violentas, devendo estar ocupada com o que lhe causasse boa impressão (Barbaut, 1990:115).

A educação física estava entre os preceitos da *euteknia*, a bênção de filhos bons e sadios dos gregos, incluindo a instituição de corridas e concursos de força entre mulheres, à semelhança dos existentes para os homens (Ranke Heineman, 1996:84). Jaeger (1936:764-5) comenta que, como argumenta Platão na “República”, “se a mulher é capaz de fazer grandes coisas em matéria de medicina ou de música, porque as não há-de fazer também na ginástica e no manejo de armas?”. Esta referência sugere de forma surpreendente a importância das mulheres na arte de curar e em outras atividades públicas socialmente valorizadas na Grécia de então.

Na gravidez, a relação sexual era tida como benéfica; Hipócrates a recomendava, e Aristóteles a indicava especialmente antes do parto, para encurtar o processo. O parto ocorria em casa; a parturiente era assistida por uma maieuta e por três ou quatro amigas ou parentes, e os físicos eram chamados apenas na ocorrência de complicações (O'Dowd e Philipp,

1994:44; Rezende, 1974:5). As maieutas eram geralmente mulheres que tinham parido filhos e estavam na menopausa, como descreve Sócrates a Teeteto:



Artêmis de Éfeso (Aria e Dunhan, 1991:130)

“Sabes, julgo eu, que nenhuma mulher se faz maieuta de outras mulheres enquanto ainda for capaz de conceber e de dar à luz [...] Diz-se que este costume vem de Artêmis²¹. [...] ela não permitiu às mulheres estéreis serem maieutas, pois a natureza humana é demasiado frágil para exercerem um ofício cuja experiência não possuem; e foi às mulheres que já passaram da idade de dar à luz que ela confiou tal tarefa, a fim de homenagear a semelhança que têm com ela” (Platão, 1990:35).

Conforme O’Dowd e Philipp, a partir da menopausa as mulheres mudavam de *status* social e podiam circular desacompanhadas, o que propiciava o ofício da maiêutica.

²¹ Artêmis, ou Diana entre os romanos, irmã gêmea de Apolo, testemunhou as dores de parto de sua mãe, Leda/Latona, e tomou tal aversão pelo casamento que obteve de Zeus/Júpiter a graça de permanecer virgem (solteira), como sua irmã Atenas/Minerva. Na terra, chama-se Artêmis/Diana; no Céu, Lua ou Febe; no inferno, Hécate. Para Atchemberg (1991) e Brooke (1995), Artêmis teria sido uma rainha grega do século IV a.C., Artêmsia, famosa por suas habilidades curadoras; segundo escritores antigos como Plínio e Teofrasto, teria sido uma profunda conhecedora de plantas medicinais e prescrito várias delas em preparações sexuais-reprodutivas; a artemisia, que tomou seu nome, seria apenas uma delas. Como protetora dos partos, é também chamada Artêmis Ilitia; para os romanos, Diana Lucina ou Lucifera.

Várias graduações de maieutas eram reconhecidas, e aquelas com conhecimentos de dietética, cirurgia e farmácia eram as mais valorizadas.

Sócrates nos conta que:

“As maieutas também podem, por meio de medicinas e encantações, suscitar as dores do parto e suavizá-las, se assim se quiser, fazer parir as mulheres com dificuldades de desembaraçar-se e, até provocar o aborto do feto se o acharem conveniente” (Platão, 1990:36).

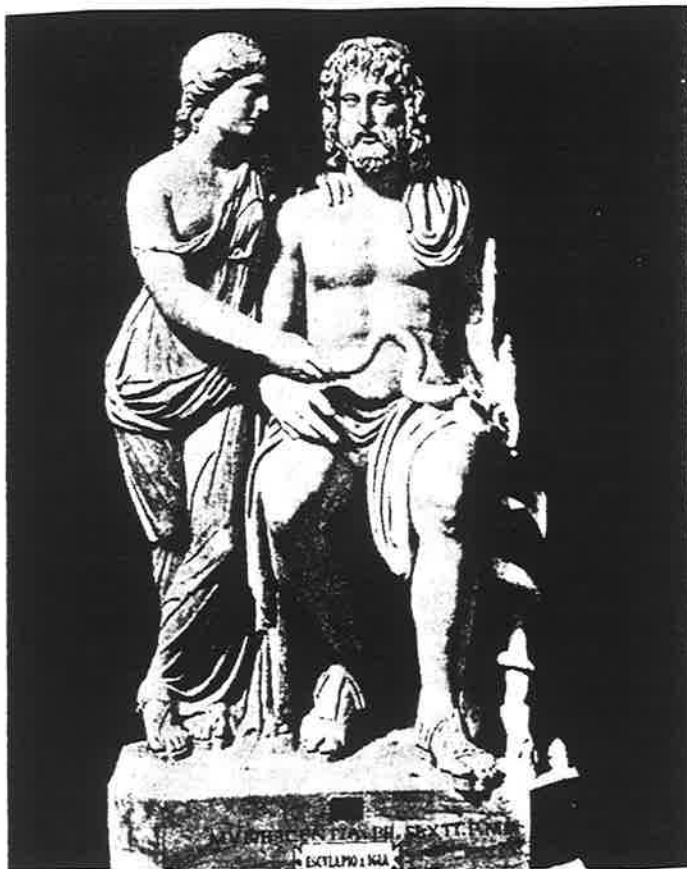
Durante o parto, a maieuta supervisionava o uso dos medicamentos. Seu trabalho estava relacionado aos cultos religiosos e ela conduzia encantamentos às deusas da gravidez e do parto, como Ilítia²², Artêmis e Hera. Usavam-se a cadeira obstétrica, drogas para acelerar o parto, entre elas a artemísia, e massagens vaginais com óleo aquecido durante o parto. Os exercícios respiratórios para aliviar a dor eram bastante utilizados e foram defendidos por Aristóteles e Hipócrates (O’Dowd e Philipp, 1994:47).

Conforme Rezende, as maieutas dilatavam o colo e faziam versões com manobras internas, sempre no intuito de obter parto cefálico. Usavam o toque vaginal, descreviam a morfologia do útero grávido e supõe-se que usavam o espéculo vaginal. Quando o parto se prolongava ou se reconhecia uma apresentação transversa, chamava-se um físico, que empregava diversos ganchos e instrumentos de tração. Os físicos faziam embriotomias diversas, com sofisticado armamentário, e somente os homens as efetuavam. Na obra

²² Ilítia seria filha de Juno, com quem assistia às mulheres quando davam à luz (Commelin, 1993:180). Para Walker, Ilítia seria o sobrenome de várias deusas — Diana, Afrodite, Artêmis etc. — no seu papel de parteira divina. As parturientes rezavam para Ilítia Eleutho, a deusa “liberadora”, que soltava a criança do útero. Ela foi cristianizada, numa versão feminina, como Maria, para quem foi erguido um templo no lugar do de Afrodite Ilítia, e, em uma versão masculina, como santo Eleutério. Os gregos usavam o sobrenome Ilítia inclusive para várias deusas egípcias, como Ísis, Buto, Hathor e Nephthys (Walker, 1984:427).

de Hipócrates (460-377 a.C.) encontramos procedimentos na infecção puerperal, assim como descrição do armamentário utilizado nas embriotomias. Ele recomendava que, nesses casos, antes da intervenção, “em primeiro lugar, coloque-se um lençol branco à volta da mulher, atando-o por acima dos mamilos, e tape-se com isso a cabeça da paciente, para que não fique assustada nem veja o que lhe vão fazer” (apud Barbaut, 1990:162).

Hipócrates, para Rezende, “foi de grande influência nos preceitos obstétricos, compendiando e difundindo, reformados, os conhecimentos que a tradição recolhera e conservara” (1974:4). Já para O’Dowd e Phillip (1994), não há evidências de que ele praticasse a assistência às mulheres, embora existam muitas referências a esta no Corpo Hipocrático, coleção de 60 livros que lhe são atribuídos, parte dos quais de autoria questionada.



Higéia e Asclépio (Díaz-González, 1950:96)

Ainda que com grande atenção à observação empírica, a prática da medicina era aqui também de caráter religioso, e o próprio Hipócrates era um sacerdote de Apolo, o médico, de Asclépio, de Higéia ou Hígia, deusa da saúde, e de Panacéia, deusa da cura, como chega até nós no juramento hipocrático (O’Dowd e Phillip, 1994).

Briquet (1958:20) afirma que “a doutrina hipocrática sobre a conduta tocológica é a de confiar na obstetrix, salvo em caso de distocia, cabendo então ao médico a prática da embriotomia”. Na Grécia antiga, “o conhecimento e o saber empírico sobre a parturição permaneceram com as parteiras, que mantinham estreitas relações com os filósofos da época” (Melo, 1978:13).

Estava nas atribuições da maieuta arranjar e celebrar casamentos, escolhendo as parcerias consideradas mais adequadas, e elas tinham grande saber sobre afrodisíacos. Sócrates explica a Teeteto: “às autênticas maieutas, e só a elas, pertence ajustar bem os casamentos”, de maneira a propiciar os filhos mais perfeitos (Platão, 1990:35-37). Fazendo analogia com o ofício que sua mãe, Fenareta, também praticava de forma muito competente e respeitável, Sócrates diz a Teeteto ter o mesmo ofício, apenas que, em vez de ajudar a mulher a dar à luz as pessoas, ajuda os homens a dar à luz as idéias. Sócrates chama esse método filosófico de *maieutica*²³. Portanto deveria também ser seu papel, como o das maieutas, selecionar os nascituros para avaliar quais deveriam ser criados e quais deveriam ser expostos (abandonados), como explica a Teeteto:

²³ No *Teeteto*, Sócrates esclarece que “o ofício das maieutas é todavia inferior ao meu” (Platão, 1990:37). No *Banquete, ou do Amor*, Diotima, a quem Sócrates chama de doutíssima, discorre sobre sua analogia entre a criação das idéias e do belo e a gravidez e o nascimento de pessoas. Nas notas de tradutor, somos informados de que “é estranho que uma sacerdotisa use o método de explicação dos sofistas do século V, através de perguntas forçadas por ela mesma. Este parece um dos mais fortes indícios de que o fato contado por Sócrates é fictício [...]” (Platão, 1995:152). Para Walker, Diotima de Mantinéia teria sido uma famosa filósofa pitagórica, contemporânea e mestra de Sócrates (1984:239). Na interpretação de Sissa sobre o *Banquete*, “enquanto os amores heterossexuais permitem às pessoas reproduzirem-se fisicamente, esse outro amor que, a partir dos belos jovens, conduz à paixão pelo Belo, o amor iniciático, tem por finalidade um outro gênero de geração: a dos discursos, dos pensamentos, e muito particularmente dos projetos relativos à justiça e à cidade. O sujeito que se orienta por este amor aspira a uma imortalidade de ordem intelectual. E para este fim, decide valorizar a fecundidade do sexo masculino, mas da sua alma, da sua *psyché*” (1990:80).

“Como vês, aí tens a criancinha, valha ela o que valer, como pusemos no mundo, não sem trabalho. Agora que já nasceu, temos que celebrar a anfidrómia²⁴ e fazer com nossa razão uma autêntica corrida à volta da criancinha, tendo o cuidado de verificarmos se o recém-nascido merece realmente ser alimentado ou não passa de vento e engano. Ou achas que é necessário alimentar o teu filho a todo custo e não o expor? (Platão, 1990:37).

A maieuta, quando avaliava se valia a pena criar o recém-nascido, poderia recomendar a exposição quando se tratava de gravidez indesejada, prematuros, malformados, meninas em famílias que preferiam meninos mais valorizados; ou meninos, em famílias que já tinham o número considerado adequado de herdeiros varões (O’Dowd e Philipp, 1994:47).

Ela era também encarregada da contracepção — para a qual usava espermicidas e métodos de barreira — e do aborto, que era legal e dependia do consentimento do marido, caso houvesse algum. Aristóteles achava que o aborto era obrigatório nos casos de “contravenção” às normas reprodutivas, como o excesso de filhos. Apenas a maieuta fazia abortos, que eram vedados aos médicos (O’Dowd e Philipp, 1994; Rezende, 1974).

As maieutas gozavam de um *status* social muito elevado entre 800 e 500 a.C., mas este teria declinado em poucos séculos, de modo que Agnosdike (ou Agnosdice ou Hagnosdice), famosa física e maieuta ateniense, que viveu entre os séculos IV e III aC, teve de se disfarçar de homem para estudar medicina, no período em que essa prática foi proibida às mulheres (O’Dowd e Philipp, 1994:167; Ricci, 1950:84). Quando seu disfarce foi descoberto, ela

²⁴ Festa dos recém-nascidos, a qual se celebrava no quinto dia depois do nascimento. A criança recebia um nome e era levada pela maieuta, que corria à volta da casa. (N.T. de Platão, 1990)

teria sido levada a julgamento, e absolvida, depois de intensos protestos das mulheres em seu favor. Felizmente para as mulheres, a maiêutica não era assunto dos físicos (Atchemberg, 1991:32; Brooke, 1995:11-12).

A palavra *menstruação* teria sido introduzida pelos gregos, que acreditavam que, assim como os lóquios, o sangue menstrual era um poderoso veneno, capaz de destruir insetos, flores, grama e frutos, além de causar a loucura em cães. Apesar disso, era muito usado na preparação de medicamentos, sendo reputado como excelente no tratamento da gota. As mulheres eram imunes a esse veneno e usavam absorventes; sabe-se que a duração e o caráter da menstruação eram registrados, incluindo medidas cuidadosas da quantidade do sangue menstrual (O'Dowd e Philipp, 1994).

2.6. Os mitos de criação e o varão parturiente

Ninguém discorda de que o parto foi um terreno predominantemente feminino até muito recentemente, o que, mesmo sendo evidente, dada a experiência corporal e social em comum, não impediu que, desde a Antiguidade, tivesse havido por parte dos homens toda forma de racionalização de por que deveria ser assim. Por um lado, nos dizem que a maieuta ateniense sabia muito mais sobre as mulheres e a reprodução do que o físico hipocrático e, por outro, que a prática da assistência aos partos estava “aquém da dignidade” do físico varão. Essa visão corresponderia à opinião sobre as mulheres, principalmente sobre as mães, na Atenas de então.

As maieutas atenienses eram muito mais do que assistentes do parto; elas prescreviam afrodisíacos e contraceptivos, induziam abortos, decidiam sobre o destino da criança, batizavam, arranjavam e celebravam matrimônios, e

recebiam por seu trabalho. Eram acompanhadas de sacerdotisas, que cantavam e rezavam para as deusas do bom parto. O físico era proibido de fazer abortos, mas só ele podia realizar certas manobras, como a versão podálica, o desmembramento e a craniotomia. Essa forma de especialização teria dado ao varão uma forma de poder que pode ser traçada por toda a história (Ricci, 1986:131-32).

A mitologia grega pode trazer-nos preciosos indícios dos significados práticos da entrada masculina nas cenas de parto entre as antigas, elucidando conteúdos muito positivamente presentes nas raízes helênicas da medicina ocidental. As cenas de nascimento no mito são especialmente interessantes. Entre elas, podemos citar a de Asclépio, deus da medicina: seu pai, Apolo, teria raptado, ou seduzido e engravidado a ninfa Coronis, filha do rei de Flégias, que, estando já comprometida, casou com o outro. Apolo, enciumado, matou-a e extraiu, por meio de uma cesária, seu filho Asclépio da barriga da mãe, que ardia na pira mortuária (Commelin, 1993; Walker, 1984).



“Apolo retirando Esculápio, por cesárea, do ventre aberto de Corone” (*De re medica*, 1533, in Rezende, 1974:895)

Apolo deu então seu filho para ser criado por Quíron, o Centauro, de cujo nome deriva a palavra cirurgia, que o instruiu na arte da medicina. Na interpretação de O'Dowd e Philipp, o mito representaria, de fato, uma cesárea, na qual Coronis morreu consumida na pira da febre puerperal decorrente da cirurgia.

Segundo Walker (1984), como parir era a única marca de divindade nas crenças primitivas, os primeiros deuses reivindicaram algum tipo de supremacia também sobre a capacidade de criar seres humanos, de forma que a representação do deus varão que dá à luz, com ou sem o intermédio de mulheres, é a marca distintiva dos primeiros deuses.

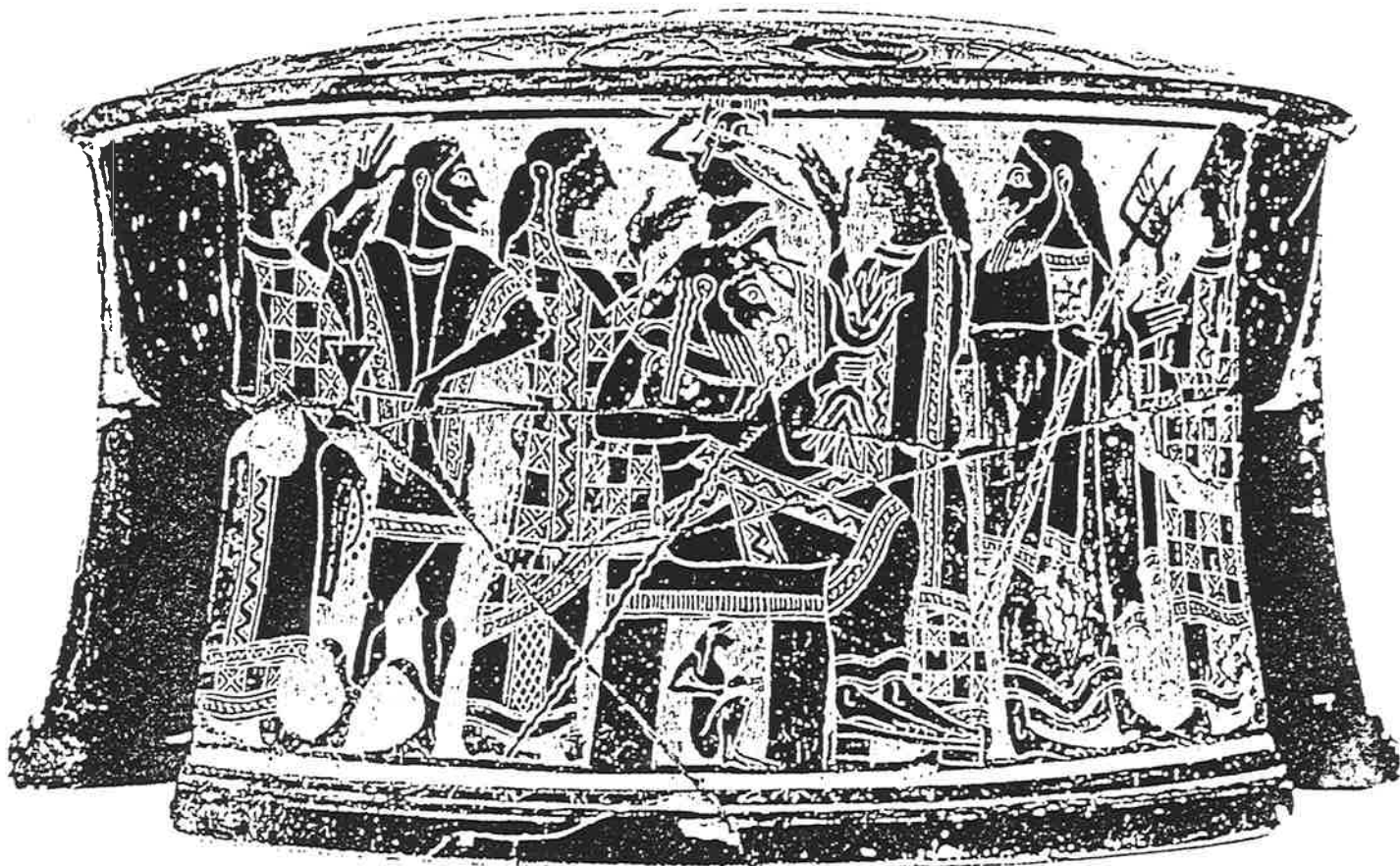
O mito de criação judaico-cristão, certamente o de maior impacto em nossos dias, reivindica que Javé, representado por um varão, não nasceu de mulher alguma; ele, por sua vez, fez um filho, Adão, sem mulher alguma, e ainda uma filha em Adão que, convenientemente adormecido, pôde parir sua filha e mulher, Eva, também sem qualquer participação feminina.

Da mesma forma, entre os gregos, ainda que o mito seja muito mais antigo, Zeus pariu Atena de sua cabeça, não sem antes seduzir e engolir a grávida Metis²⁵.

Zeus também deu à luz Dionísio, pela coxa, mas aqui, também, seduziu²⁶ e matou a grávida Selene²⁷ e teve o feto implantado em sua coxa por Hermes (Walker, 1984; Commelin, 1993; Barbaut, 1991).

²⁵ Métis, "sabedoria", mãe de Atena, foi assimilada ao culto de Zeus, que a teria engravidado e engolido, de maneira que a sabedoria se tornou parte dele; Atena seria a forma virgem de Métis, que também era cultuada como Medéia e como Medusa e, entre os gnósticos, na forma de Sofia (Walker, 1984: 653).

²⁶ A mitologia clássica parece rica em raptos e estupros: o das sabinas pelos romanos; o de Rea, por seu filho Zeus; o de muitas ninfas, entre elas Artêmis, sua irmã, por Apolo, entre muitos outros. Mas qual seria o sentido dado ao rapto e à sedução? Fica-se com a impressão de que, para os gregos, as mulheres teriam de ser forçadas às relações sexuais, mesmo com deuses. Isso parece paradoxal, pois os gregos



Píxide de três pés, cerca de 570 a.C., mostrando Zeus parindo, pela cabeça, a deusa Atena, já de elmo e armas (Barbaut, 1990: 58)

O surgimento em cena do médico hipocrático, com suas técnicas e prerrogativas, não é a única expressão de uma mudança de autoridades e conveniências na assistência ao parto. Não é só a positiva valorização do sujeito masculino e de sua erudição escolar que indicam tais transformações, mas também uma importante negação e desqualificação dos sujeitos e valores

acreditavam que o prazer sexual das mulheres era nove vezes mais intenso que o dos varões, como lhes ensinou Tirésias, o vidente, que teria vivido tanto como homem quanto como mulher (Walker, 1984:842).

²⁷ Selene, ou Sêmele, associada ao culto da Lua, teria morrido grávida num incêndio provocado pelos raios de Zeus/Júpiter, que “mandou Vulcano retirar Dioniso/Baco do braseiro” (Commelin, 1993:66), em mais uma alusão ao parto no fogo.

celebrantes e celebrados nos cuidados com a reprodução humana até então. Isso fica mais claro quando examinamos a situação na Roma Antiga.

2.7. A Obstetrix romana e os Deuses Genitais

Entre as romanas, existia um “culto obstétrico popular” (Mettler, 1947:938), o de Juno Lucina. Lucina Dea (deusa que dá à luz), era o termo aplicado tanto a Juno quanto a Diana em suas tarefas relativas ao parto (Mettler, 1947; Walker, 1984; Atchemberg, 1991).

Ela presidia aos casamentos, como Juno Pronuba, aos partos, como Juno Lucina, à moeda, como Juno Moneda, e, como a salvadora, era Juno Sospita, e assim por diante. Seu culto é associado ao de outras deusas, como Bona Dea, um nome genérico referente a deusas, e ao de Fortuna²⁸. A Juno eram oferecidas a romã e a papoula, esta última para as dores do parto.

Como a Ilítia grega, Lucina seria o sobrenome de várias deusas relacionados com o parto e com dar à luz. Entre elas estava Hécate, deusa da escuridão, chamada de Lucina por presidir à iluminação das trevas. Roussele (1990:353) conta que no século I, acreditava-se que as deusas Prorsa e Antvorta eram duas faces da mesma deusa do parto, Carmenta, e recebiam esses nomes dependendo da posição da criança ao nascer a primeira seria invocada nos partos eutócicos e a segunda, nas distocias.

²⁸ Fortuna era o nome genérico da deusa-tripla do destino. Ela possuía muitos nomes, dedicados a diferentes aspectos da vida romana: Fortuna Mulieribus, deusa das mulheres; Fortuna Regia, deusa dos governantes; Fortuna Escribunda, da escrita escritores; Fortuna Primigeneia, dos primogênitos, entre outros. Seu culto permaneceu muito popular na Europa, e um dos seus registros que chega até nós é o clássico-popular *Carmina Burana*, escrito na Idade Média, dedicado a Fortuna Imperatrix Mundi, assim como a carta do tarô que ilustra a roda da fortuna (Walker, 1984:321).



Juno dá o peito a Hércules (Díaz-González, 1950:195)

Também Spalding (1991:88), afirma ser Lucina o nome de uma deusa que presidia aos partos. Seu nome deriva de *lux*, “luz”, visto ser quem dava o nascituro à luz, donde deriva a expressão que usamos hoje. Ela era ora Diana, ora Juno. Alguns autores estão convencidos de que Lucina é apenas sobrenome de Juno, por causa da fórmula solene usada: *Juno Lucina fer opem* (“Juno Lucina, traz - nos ajuda”, Briquet, 1956).

Havia em Roma altares para Juno, onde as grávidas queimavam incenso. Juno Lucina tinha um templo em Roma que remontava a 735 a.C., onde se celebravam as Matronálias, festas em sua homenagem, que se realizavam no primeiro dia de março.

Para Scheid (1990:476-7), tudo o que sabemos sobre esses rituais são as escassas referências de gramáticos e antiquários. Nessas festas, dedicadas à fertilidade feminina e que ficavam sob a inteira responsabilidade das mulheres, levavam-se oferendas a Juno, celebravam-se ritos e organizavam-se banquetes. Em outras festas, as Matrais, ocorridas em junho e igualmente

dedicadas a Juno em sua forma de Mater Matuta (Mãe do Amanhecer), as matronas encenavam a chegada da aurora sobre as trevas. Mater Matuta seria também uma deusa dos partos e seus ritos eram associados à fertilidade e à maternidade, função social respeitável naquela sociedade. Scheid conclui que em Roma as mulheres eram encarregadas de grandes rituais públicos quando estes diziam respeito diretamente ao papel de mãe, na função da divindade celebrada, mas as fontes consultadas não precisam se os homens assistiam ou não a essas liturgias.



Mater Matuta, in Diaz-Gonzalez, 1950:196)

Sabe-se que, assim como as gregas, as romanas celebravam matrimônios e batizavam.

Outra associação da Mater Matuta era a Vênus, enquanto estrela matutina. Lúcifer, que traz a luz ao amanhecer, e Vésper, que leva a luz ao anoitecer são outros nomes dados a ela entre os romanos (Commelin, 1993:93-94; Spalding, 1991:88). Embora as interpretações modernas da mitologia clássica tendam a representá-la como uma deusa do sexo, Vênus era associada aos

aspectos de dar à luz e de morrer, essenciais em seu culto. Plutarco a considerava a deusa da geração, na forma de Vênus Libitina.

Como se verifica na filosofia tântrica dos hindus, os romanos entendiam o momento da morte como a união sexual culminante, o ato final do casamento sagrado prometido aos devotos de Vênus. Esse culto era tão importante que dele derivaram as palavras *venerar* e *venéreo*, que vem de *Venerii*, suas sacerdotisas, que celebravam e instruíam os devotos nas artes sexuais, com o objetivo de alcançar a *venia*, a graça espiritual, por meio de exercícios sexuais semelhantes aos do tantrismo. Parte do que se sabe sobre a respeito vem das descrições dos autores cristãos, que denunciaram seus templos como “dedicados ao demônio sórdido que tem o nome de Vênus — uma escola de maldade para todos os devotos da lascívia” (Walker, 1984:1.043-44).

As divindades relacionadas com essas esferas que hoje chamamos sexual e reprodutiva eram os *Genitales Dii*, ou *Geniales Dii*, “deuses que presidiam à geração segundo uns, aos prazeres, segundo outros” (Spalding, 1993:66).

As divindades do parto favoreciam-se de sua dupla existência, pois eram cultuadas em suas formas grega e romana, bem como do fato se dividirem em diversas outras divindades encarregadas de aspectos particulares da gravidez e do parto (Mettler, 1947:938) e de terem relações com a sexualidade, o amor, o matrimônio. Entre elas constam Mumília, relacionada à lactação; Levana, propiciadora do reconhecimento da criança pelo pai; Núndina, que presidia a escolha do nome, no nono dia; Ossípaga, relacionada à ossificação adequada; Vaticanus e Fabulinus, que cuidavam do desenvolvimento da fala; e Cúnia, veladora do berço, entre muitas outras (Briquet, 1956:18).

As médicas gregas eram muito apreciadas em Roma. Entre elas consta Aspásia (século I), cujos escritos originais desapareceram e chegaram até nós por intermédio de outros escritores, principalmente Aécio, que transcreveu seu trabalho no século VI, publicação que só veio a ser reeditada em 1530. Aspácia seria especializada no que hoje chamamos de ginecologia e obstetrícia; descreveu as várias posições fetais e pesquisou sobre a prevenção de abortos. Recomendava exercícios físicos para a preparação das mulheres para o trabalho de parto, o uso de exercícios respiratórios e de massagens na vagina com óleos aquecidos para facilitar o delivramento. Conhecia bastante sobre contracepção e descrevia a cirurgia de tumores uterinos e de hérnias (Ricci, 1959; O'Dowd e Phillip, 1994).

Apesar de a obstetrícia médica “retirar” seu nome da tradição das práticas femininas de assistência ao parto das romanas, estas são tratadas com aberto preconceito pelos historiadores e rejeitadas enfaticamente como herança. Para muitos dos historiadores, é difícil “sair” da fixidade de suas concepções sobre o feminino, o masculino, a saúde, a assistência, o parto, a divisão de trabalho entre homens e mulheres, o papel da religião e da moral nas práticas reprodutivas e sexuais, entre outros.

De acordo com a historiadora Cecilia Mettler (1947:938), por exemplo, “ainda que a obtusa e ociosa mulher romana pudesse passar a sua gravidez completamente ocupada em realizar as obrigações especificadas pelo culto de Lucina, isto deve ser olhado como irrelevante e não como uma parte integrante da história da obstetrícia.” Esse culto estaria “tomado pelas complexidades usuais aos rituais mágicos, e ainda complicado por muitas características aparentemente fora do comum”. A autora deixa o leitor curioso, mas não informa sobre o que faziam.

É possível que essa autora, ao olhar as romanas, superponha a compreensão das práticas femininas do seu tempo, leigas e marginais. Sabe-se que entre os romanos as mulheres praticavam a medicina, e segundo a própria Mettler (1950), as mulheres chamadas *medica* eram numericamente expressivas, e não praticavam apenas a obstetrícia. Celsus descreve as mulheres médicas de Roma que, acompanhadas de seus escravos, examinavam a urina, aplicavam sanguessugas e utilizavam a papoula como anestésico nas cirurgias (Brooke, 1995:14-15).

Em Lipinska (1930) encontramos que, além das médicas, que eram numerosas, havia as *obstetrix*, as *ornatrix*, que cuidavam da cosmética e, segundo inscrições nos túmulos romanos, havia ainda a categoria da *iatromaia*. Segundo a autora, o termo seria um sinônimo de “médica”, mas pensamos que a palavra pode ser justamente uma combinação, tanto dos radicais quanto das funções, dos gregos *iatrós* (médico) e *maieuta* (como vimos, cuidadora dos aspectos sexuais e reprodutivos).

Ricci conta que “as mulheres médicas, romanas ou estrangeiras, praticaram em Roma onde gozavam grande liberdade e, de longe, muito mais consideração que em qualquer outra localidade do mundo Mediterrâneo”. Para esse autor “sem dúvida a maior parte de seus conhecimentos médicos era de natureza prática, pois as escolas médicas não eram abertas às mulheres.” Paradoxalmente, o mesmo autor afirma que, “durante o período romano, as *obstetrix* estudavam medicina, sob a tutela de uma médica capacitada” e que “na Roma helenizada, havia uma classe de *obstetrix* hábeis que, de acordo com Sorano, eram peritas tanto na teoria quanto na prática de sua arte” (1950:84).

De acordo com Ricci, “infelizmente nenhum destes tratados escritos pelos muitos especialistas em Roma durante este período sobreviveu, apesar de que eles escreveram volumosamente” (1950:85).

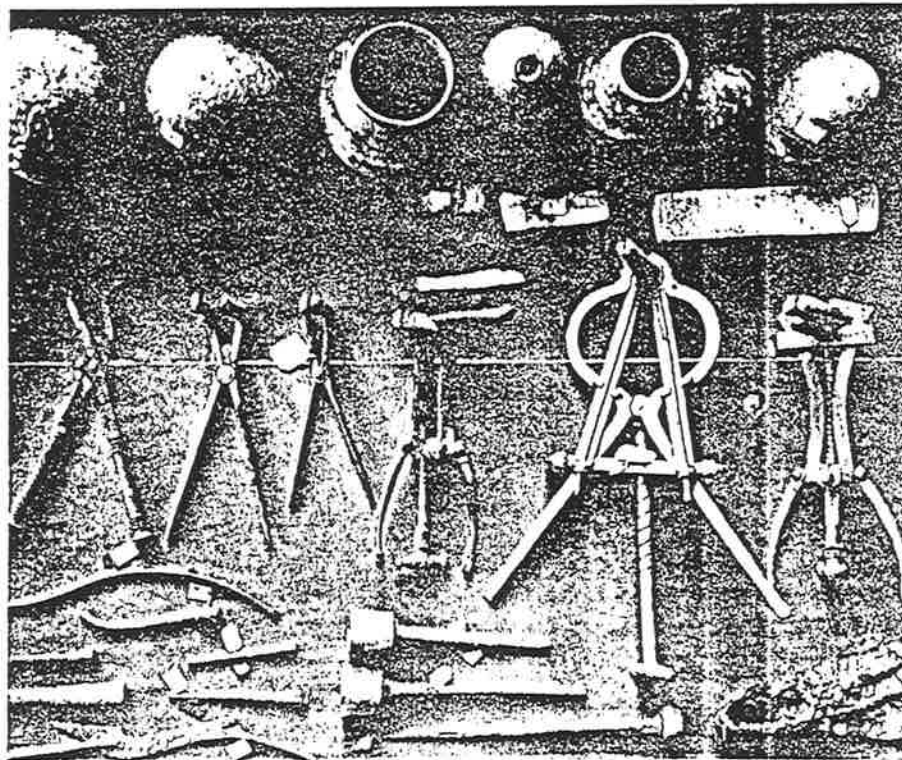
Ainda segundo Ricci, “entre as especialidades médicas, a ginecologia gozava de uma posição invejável, e bom número destes ginecologistas eram parteiras/obstetrix”. O autor cita os trabalhos de várias dessas médicas, que teriam escrito sobre ginecologia e obstetrícia e que conhecemos apenas por citações de outros autores, como Olímpia, Laís, Elefantis, Salpe e Aspasia (1950:84-85). A famosa Cleópatra, a médica romana, aparece entre os autores que deram base ao *Harmonia Gyneacorum*, publicado em 1566 (1950:255). O trabalho de ginecologia dessa médica, que viveu no século II, teria sido extensamente copiado. Supõe-se que Sorano tenha se baseado nele para compor o seu *Gynecologia*, que, por sua vez, desapareceu e só foi “descoberto” no século XVI. Cleópatra (que foi confundida com muitas homônimas inclusive a rainha egípcia, Cleópatra VII, que de fato entendia bastante sobre poções) teve seu trabalho usado como referência pelos quinze ou desesseis séculos seguintes, ainda que no século VI ele tenha sido erroneamente atribuído a Mósquio (Brooke, 1995:14; Atchemberg, 1991:32-33).

Segundo Briquet (1956:24), Mósquio teria escrito no século II o livro mais antigo “dedicado às parteiras”, *De Mulieribus Passionibus*. Para esse autor, “é clássica a definição que dava à *obstetrix*:

‘O que vem a ser uma obstetrix? É toda mulher que examina as mulheres, instruída e perita na arte de tratar com eficiência; de tal maneira que é capaz de curar as doenças delas todas’”.

Rich (1986) questiona a veracidade do fato de os varões terem escrito tratados sobre assuntos com os quais não lidavam. De fato, eles participavam das complicações e de seu manejo, mas não do cotidiano da assistência aos partos normais, assuntos das *obstetrix* e dos livros a elas dedicados.

Durante as épocas antiga e medieval, não havia, como hoje, a preocupação de dar crédito a quem o crédito era devido e, assim, no caso da obstetrícia e da ginecologia, muitos tratados foram simplesmente plagiados (Findley, 1937). O livro de Sorano (que, segundo Atchemberg e Brooke, teria inspirado a famosa Cleópatra ou dele sido copiado), por sua vez ficou “desaparecido” do século II ao XVI, tendo sido plagiado ou copiado em parte por Mósquio e diversos outros autores. É sabido que, entre os romanos, se praticava uma obstetrícia especialmente sofisticada, incluindo o uso de instrumentos como espéculos de diversos formatos e duas, três ou quatro valvas, que propiciaram suas minuciosas descrições da anatomia.

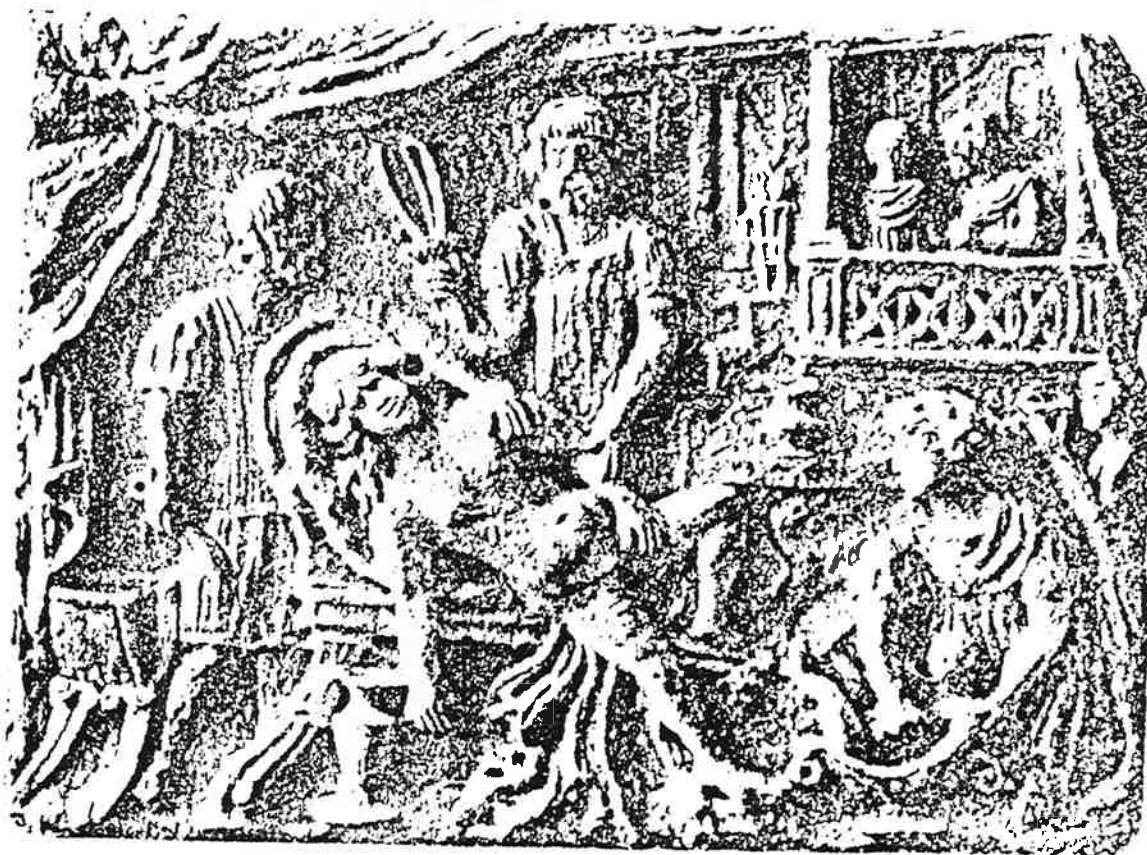


Instruimentos cirúrgicos obstétricos de Pompéia, cerca de 79 d. C.

Os achados das escavações de Pompéia mostram muitos dos instrumentos utilizados nas práticas de assistência ao parto, encontrados em casas de médicos. No caso de complicações, os varões entravam na cena e sabe-se que utilizavam fórceps .

Operações pélvicas, como a histerectomia vaginal, eram práticas comuns, bem como o uso do cautério e dos anestésicos, incluindo o ópio (O'Dowd e Philipp, 1994).

Uma cena de parto muito interessante é mostrada, como podemos ver na ilustração a seguir, por um baixo-relevo de mármore do século II ou III, encontrado nas cercanias de Roma. Vêem-se o átrio de uma casa senhorial, a recém-parida recostada ao leito e, aos seus pés, a *obstetrix* segura a criança e “um dos médicos tem na mão uma tesoura e olha para o outro, que ocupa o centro da cena e empunha instrumento cirúrgico de apecto indubitável dos fórceps obstétricos” (Rezende, 1974:7).



Como os egípcios e os gregos, os romanos usavam antissépticos e anestésicos, e praticavam a cirurgia com armamentário sofisticado. As condutas cirúrgicas, como as embriotomias e as craniotomias, teriam sido um terreno predominantemente masculino, porém Rezende sugere que as parteiras praticavam também a obstetrícia mutiladora (Rezende, 1974:6). Essa também é a opinião de Atchemberg (1991:36) e Brooke (1995:15), que afirmam que as *medicas* romanas praticavam a cirurgia, em geral, e ginecológica e obstétrica, em particular. Os cuidados durante a gravidez e o parto, entre eles os exercícios físicos e respiratórios, as massagens e os medicamentos eram associados aos cultos religiosos. Essas práticas de assistência estavam relacionadas práticas para aumentar a fertilidade e regulá-la mediante contracepção e aborto, uso de afrodisíacos, higiene e cosmética.

Na Roma do apogeu do Império, o aborto e a contracepção eram muito desenvolvidos, a fecundidade era muito baixa e havia políticas de compensação para as mulheres que se dispusessem a procriar. As mulheres tinham direito de herança, de divórcio, de ser instruídas e ter profissão. As grávidas, a exemplo das gregas, eram tratadas com muitos privilégios: à porta da morada da grávida “suspendiam-se grinaldas ou coroas de louro que evitavam qualquer visita incômoda, ficando sua casa interdita aos próprios oficiais de justiça e outros credores”. As grávidas tinham prioridade nos locais públicos em relação aos cidadãos mais honrados, e não eram obrigadas a afastar-se quando passavam os magistrados, ao contrário do que cabia fazer a todos (Barbaut, 1990:115).

Alguns historiadores interpretam com certa revolta a independência das romanas, em especial nas esfera reprodutiva e sexual. Segundo Carcopino, uma fecundidade que, na Europa de seu tempo (1939), “não mereceria nem

menção nem recompensa especiais, na Roma de então passava por extraordinária e digna das maiores distinções” (1990:115).

Para esse autor, numa seção sugestivamente intitulada “Feminismo e desmoralização”, as romanas “agora recusam a função materna, dedicam-se com entusiasmo que chega às raias do absurdo, a toda espécie de ocupações que nos tempos da república os homens ciosamente guardaram para si”, entre elas a retórica, a gramática, as lutas, as caçadas, os festins, a esgrima, a bebida, as corridas de carro, a política, a ginástica, o teatro, entre outras, e elogia os romanos que preferem a mulher “que não tem estilo próprio, nada sabe de história e não compreende tudo que lê”. E conclui: “é evidente que a independência de que gozavam as mulheres romanas muitas vezes as levou à licenciosidade de seus costumes e pela libertinagem à dissolução dos laços familiares”. Como exemplo desse comportamento de resistência, que considera lastimável, cita a declaração de uma esposa ao marido: “antigamente combinamos que farias tudo o que quisesses, e por meu lado eu realizaria todas as minhas fantasias. Podes gritar e revirar céu e terra! Sou um ser humano!” (Carcopino, 1990:116-118)

As práticas sexuais e reprodutivas dos romanos parecem causar bastante estranhamento aos historiadores, que frequentemente as julgam a partir dos valores de sua época. Segundo Betner, em um capítulo significativamente intitulado “Grávidas negligenciadas”,

“com a dissipação dos costumes²⁹ veio o usual aumento dos problemas ginecológicos. O aborto era praticado largamente por

²⁹ Na Roma antiga, acreditava-se que as mulheres grávidas tinham o apetite sexual aumentado e as relações sexuais na gravidez eram especialmente benéficas; o tema era contudo polêmico. Barbaut conta que Júlia, filha do imperador Otaviano, “se entregava aos músicos só quando sentia que já estava grávida, do mesmo modo que uma nau só recebe o piloto quando está calefada e carregada”. Ainda segundo Barbaut, se as mulheres eram censuradas por manterem relações sexuais na gravidez, em vez de fazerem

sombrias mulheres médicas. As especulações sobre o contraceptivo perfeito eram grandes. [...] havia uma barreira colossal de ignorância sobre o parto. Assim o quarto de parir foi largamente deixado às parteiras, apesar dos médicos estarem prontos para aconselharem em casos difíceis” (1956:41).

Esse mesmo autor mostra em seu livro cenas com varões ajudando no parto, não exatamente por qualquer superioridade técnica, mas claramente por sua força física, utilizando a técnica descrita pelos hipocráticos como a sucussão (sacodimento) da parturiente, amarrada a uma maca.

Para Garrison, na mesma linha misógina, entre as muitas formas assumidas pela medicina romana, havia “também os não tão respeitáveis *iatrolipte*, ou criados de banhos; as *medicae*, ou curandeiras mulheres; as *sagae*, ou bruxas; as *obstetricoe*, ou parteiras; os envenenadores profissionais e os personagens depravados que vendiam filtros e abortifacientes” (Garrison, 1929:91). Ainda que o aborto fosse legal em Roma, Garrison insiste em que as médicas romanas praticavam o aborto criminoso. Já na visão de Walker (1989:655), na Roma pagã eram reconhecidos vários tipos de “parteiras”, que recebiam diferentes espécies de oferendas depois de um parto bem-sucedido. Havia a *Obstetrix* ou *Opstetrix*, possivelmente ligada à deusa Ops³⁰, que acompanhava o parto, a *Nutrix*, que ensinava a mãe e a

como as fêmeas animais, que não deixam o macho se aproximar, “elas respondem que se trata de animais, e que elas são mulheres” (Barbaut, 1991:111).

³⁰ Reforçamos aqui, em parte, a hipótese de Rezende, de que: “Em algumas antigas descrições se encontrou a grafia *Opstetrix*, a favorecer a inferência de ter sido essa a gênese do termo”. Para Rezende, o termo derivaria de *ops*, ajudar; assim obstetrícia significaria “mulheres que prestam ajuda” (Rezende, 1974:1). Queremos sugerir que *Opstetrix* pode derivar de *Ops* (Spalding, 1991:42, Walker, 1981:742), ou *Ópis* (Agostinho, 1990:169-170), deusa que presidia ao parto, à fecundidade e à abundância, um dos nomes de Cibele, chamada de “A Grande Mãe dos Deuses” e também de *Bona Dea*, *Rea*, *Vesta* etc. *Ops* é a personificação da natureza em estado selvagem, enquanto *Ceres* representa a natureza cultivada.

assistia no aleitamento, e a *Ceraria*, sacerdotisa da deusa Ceres³¹, que organizava o conjunto de rituais e celebrações relacionadas com as práticas religiosas, as atividades dos templos e o culto das divindades genitais.



Ceres/ Deméter (Diaz-Gonzalez, 1950:196)

Durante os primeiros séculos do cristianismo, houve um intenso florescimento do papel das mulheres como curadoras, e mulheres aristocratas de várias religiões estiveram envolvidas nesse trabalho e na criação de serviços de assistência (Atchemberg, 1991:39; Rosen, 1994:47). Fabíola, uma cristã, teria fundado o primeiro hospital civil, no século IV, e uma certa Paula, um serviço equivalente para judeus.

À medida que o Império Romano se cristianiza, a assistência ao parto, inserida em cultos de divindades pagãs, inclusive as relacionadas com o erotismo, entra em choque direto com a Igreja. Na Roma pagã, diferentes

³¹ Ceres, nome latino de Deméter, deusa da fecundidade, das colheitas e dos cereais, ensinou a agricultura aos homens. Era representada com uma foice e uma coroa de trigo (Spalding, 1993:42). Era também conhecida como Magna Mater e Maxima Mater e em sua honra se celebravam as festas Demetérias ou Cereais, e as Eleusínicas, ou Mistérios de Ceres. Os Mistérios Eléusios foram cultos muito importantes, nas suas diversas formas, entre gregos e romanos, mobilizando anualmente enormes peregrinações (Commelin, 1993:43-48). Nos Mistérios Eléusios, dos quais se sabe pouco, há referências claras a rituais sexuais, que prometiam a seus iniciados a felicidade e o perdão dos pecados. Esses cultos teriam sido tanto fortemente combatidos pelo cristianismo como fortes inspiradores da liturgia cristã (Walker, 1983:220-222).

religiões coexistiam em relativa tolerância e havia mesmo templos dedicados simultaneamente a divindades tão distintas como Ísis, Dionísio, Vênus e Príapo. A cristianização do Império inicia um tempo marcado por uma forte intolerância religiosa. Foi assim que, em 382, a igreja declarou oficialmente que qualquer oposição à sua própria crença em favor de outras deveria ser punida com a pena de morte (Walker, 1991:208-212).

Essas mudanças na “conjuntura político-religiosa” trouxeram um enorme impacto sobre o *status* das mulheres, assim como sobre as práticas de cuidados sexual e reprodutivo.

2.8. A demonização da técnica e da assistência

A teóloga católica Uta Ranke-Heinemann afirma não ser verdade que o cristianismo trouxe o autocontrole e o ascetismo ao mundo pagão que se deliciava com os prazeres do corpo. Ao contrário, a hostilidade ao prazer, ao corpo e às mulheres, que ela chama de "pessimismo sexual"³², é um legado da Antigüidade que foi singularmente preservado até hoje no cristianismo. Mas esse pessimismo sexual derivou sobretudo de prescrições médicas³³, ao contrário do que ocorre no cristianismo, com sua doutrina da maldição e punição pelo pecado original. Ele não fazia parte, assim, das crenças cristãs

³² Para Ranke-Heinemann, a visão negativa do prazer sexual que prevaleceu no estoicismo e foi característica dos dois primeiros séculos do cristianismo, viu-se fortalecido pela invasão do pessimismo, vindo da Pérsia. Esse movimento, que se intitula *gnosis* (ciência), acreditava na inutilidade e na inferioridade de tudo o que tem existência material, pregava a abstinência do casamento, da carne e do vinho.

³³ Nos dois primeiros séculos da era cristã, a atividade sexual foi tratada com crescente intolerância. “Os médicos recomendavam a abstinência, aconselhavam a virgindade, e não a busca do prazer. Os filósofos estoicos condenavam todo sexo extraconjugal e exigiam fidelidade de ambos os cônjuges. A pederastia era vista menos favoravelmente do que antes. Durante estes dois séculos, o elo matrimonial foi fortalecido, as relações sexuais só eram permitidas no casamento. A sexualidade e o casamento tornaram-se uma coisa só” (Ranke-Heinemann, 1996:92).

primitivas, mas seria uma expressão de certas correntes pagãs, em especial dos gnósticos, tendo sido incorporado com vigor ao cristianismo dos pais da Igreja influenciados por essas correntes.

Para os gnósticos, o corpo era “um cadáver com sentidos, um túmulo que carregamos conosco”. Desse modo, a reprodução era tão condenável como a sexualidade. Para Santo Agostinho, no período em que este pertenceu à seita gnóstica dos maniqueus, o ideal da continência sexual era um ideal a ser perseguido, mas se vivessem com esposas ou amantes (como era o seu caso), deveriam praticar a contracepção e o aborto, não para o espaçamento dos filhos, mas para evitar a procriação, que consideravam um ato diabólico, porque o homem era uma partícula de luz aprisionado num corpo gerado por demônios. O corpo era sempre uma criação do maligno, e o mundo, “um reino de trevas infinitas” criado pelo mesmo demônio (Ranke-Heinemann, 1996:93).

Agostinho se opôs vivamente à invocação das deusas romanas que presidiam ao parto (Roussele, 1990:353). Este autor, em sua *A Cidade de Deus*, declara que:

“Não são criaturas da verdade estas deusas, mas da vaidade (...) Que necessidade tinham as parturientes de invocar Lucina, posto que se as assistisse Felicidade, não apenas dariam bem à luz, mas também bons filhos? Que necessidade havia de à deusa Ópis confiar os que nascem, ao deus Vaticano os vagidos, à deusa Cunina os que estavam no berço, à deusa Rumina os que mamavam? (...) Que necessidade havia de, por estes bens da alma, do corpo ou externos, prestar culto a tamanha turba de deuses ou invocá-la?” (Agostinho, 1990, vol.I:169-70).

O cristianismo que ascendeu ao poder em Roma no século IV já incorporara esse pessimismo sexual-reprodutivo dos estóicos e gnósticos, assim como uma intensa aversão pelas mulheres, que foram cada vez mais excluídas da Igreja e proibidas de celebrar. Os cultos pagãos e sua “turba de deuses” foram demonizados e intensamente reprimidos.

Pagels (1996:160-161) explica-nos que a palavra grega *daimon*, da qual deriva "demônio", queria dizer simplesmente “energia espiritual”, uma maneira de referir-se às divindades, mas entre os cristão ela passou a significar “daimones imundos”, por referência a qualquer forma de divindade do paganismo. “Quando o movimento cristão empolgou todo o mundo ocidental, nossa linguagem veio também a refletir um entendimento invertido, e a palavra grega *daimones* se tornaria demônios”, diz a autora, que para embasar-se, cita Justino:

*“Nós que, entre todas as raças, outrora adoramos Dioniso, o filho de Sêmele, e Apolo, o filho de Leda, que em suas paixões fizeram coisas que são vergonhosas até de mencionar; que adoramos Perséfone e Afrodite...ou Asclépio, ou ainda alguns dos outros que são chamados deuses, agora, graças a Jesus Cristo, os desprezamos, mesmo ao custo da morte...Temos pena dos que acreditam nessas coisas, pelas quais sabemos que os *daimones* são responsáveis”* (Pagels, 1996:161).

O advento do cristianismo implicou não somente uma crescente intolerância aos cultos pagãos como também a todas as formas de conhecimento associado ao paganismo. Ao final do século V, os cristãos aboliram o estudo da medicina, da astronomia, da matemática e da geografia, promoveram uma extensa detruição de bibliotecas e escolas, e se opuseram à educação dos leigos. O papa Gregório, o Grande, proibiu os cristãos leigos até mesmo de

lerem a Bíblia e denunciou toda educação secular como insensata e perversa. Ele mandou queimar bibliotecas para evitar que o conhecimento secular desviasse os fiéis da contemplação de Deus (Walker, 1984:208).

A dimensão da destruição desses tempos pode ser avaliada pela afirmação de São João Crisóstomo, que se vangloriou, no final do século IV, de que “Todos os traços da filosofia e literatura do mundo antigo desapareceram da face da Terra”. Sobre essa época, o historiador Eunápios escreveu que o império estava sendo “tragado por uma escuridão disforme e espantosa, que chega dominando o encanto do mundo” (apud Walker, 1984:208).

Díaz-González assim encerra a sua *História da Medicina na Antiguidade*:

“Muitíssimas coisas saberíamos sobre a importância e as conquistas alcançadas pela ciência e pela medicina antiga, se o naufrágio da civilização clássica não houvesse destruído uma grande parte dos livros, dos monumentos e das inscrições daquela idade. A leitura de alguns autores, como Celso, Plínio o Velho, Galeno e Oribásio nos permite imaginar algo do muito que desgraçadamente se perdeu”.

Para esse autor, “os deuses caem dos seus pedestais, os mármore são feitos em pedaços” e

“como antes e como sempre, enquanto uns homens se desdobrarão com infatigável empenho para acalmar a dor e para ampliar em uns poucos dias a vida, outros homens não descansarão jamais na triste tarefa de aumentar o sofrimento, de matar, e por conseguinte de anular o esforço magnífico que engendrou a medicina desde o momento que em que o homem começou a tomar consciência de sua dor, a temer a enfermidade e a amar a vida” (1950:325-26).

Acredita-se que hoje conhecemos apenas fragmentos da vasta literatura litúrgica e religiosa da Roma Antiga, assim como das obras de arte, da técnica e da cultura pagã pré-cristã. Entre os séculos V e VI, a vasta maioria dos templos, altares e estátuas em metais preciosos foram profanados e depredados em Roma (Walker, 1984:206-8).

Entre os templos destruídos, estavam os relacionados à assistência à sexualidade e à reprodução. O templo maior de Juno Lucina, construído no século VIII a.C., que continha muitas obras importantes, inclusive uma enorme estátua cujos olhos eram pedras especialmente preciosas, foi um deles. Durante a profanação, não foi possível retirar a estátua inteira do templo e ela foi despedaçada. Posteriormente, o culto de Juno Lucina foi sincretizado para os cristãos sob a forma de santa Luzia, curadora das doenças dos olhos e protetora contra o mau-olhado. Várias lendas são relacionadas a essa santa; uma conta que ela foi uma patrícia romana que se converteu ao cristianismo e distribuiu sua riqueza entre os pobres; outra conta que ela foi uma virgem mártir que, resistindo a perder sua virgindade, arrancou os lindos olhos para espantar o assédio dos que a desejavam; e uma terceira conta que ela se recusou a perder a virgindade, sendo por isso punida com o esquartejamento (Walker, 1984:554-55).

Muitas das representações das diversas deusas foram subvertidas e sincretizadas no culto à Virgem Maria. Para o cristianismo, a concepção de Jesus, ter-se-ia dado sem relações sexuais, sendo a Virgem Maria uma *virgo inviolata*, em oposição às demais mulheres, que são invariavelmente violadas pela relação sexual. A concepção de Maria por seus pais, por sua vez, teria sido uma concepção imaculada, desprovida de pecado (Ranke-Heinemann, 1996). É possível sugerir que essas mudanças provocaram uma dissociação

importante na valorização das esferas reprodutiva e sexual, no conhecimento e nas técnicas de assistência. As imagens positivas e fortalecedoras das deusas que celebravam a sexualidade e a reprodução vão sendo cada vez mais transformadas e, com elas, essas práticas. De qualquer forma, os cultos pagãos - e as práticas sexuais e reprodutivas a eles associadas - sobreviveram e resistiram, não sem repressão mais ou menos sangrenta, por toda a história do cristianismo.

Os escassos registros sobre as práticas de assistência aos partos no período que se seguiu refletem a mudança no *status* das mulheres nessa ocasião. Se o *status* social das mulheres na Antigüidade variou muito entre épocas históricas, entre diferentes sociedades e entre diferentes mulheres em uma mesma sociedade, o advento da misoginia cristã vem superpor a essa variabilidade a instituição teológica da inferioridade moral e da culpa essencial das mulheres, associada à noção de pecado original como marca da sexualidade e da reprodução. Essa marca, sobretudo no que diz respeito à autoridade das mulheres sobre as esferas sexual e reprodutiva está presente até hoje, de maneira surpreendentemente atual.

A partir do que discutimos, podemos sugerir que a divisão de trabalho e competências entre mulheres e homens na assistência ao parto na Antigüidade teria sido muito distinta da que veio a se constituir na atualidade, apesar de muitos dos historiadores médicos insistirem em ajustar os modelos antigos à maneira como atualmente essas autoridades se distribuem. É possível mesmo sugerir que, *apesar das muitas e muitas vezes violentas assimetrias nas relações de gênero nestas sociedades* e dos limites da interpretação dos escassos e fragmentários registros que encontramos, a autoridade feminina na assistência ao parto era fortemente reconhecida e apoiada. Hipócrates, Platão,

Sorano e Mósquio parecem evidenciar também que esses assuntos eram da autoridade feminina, seja porque a mulheres os entendiam mais, seja porque esses temas e as próprias mulheres estavam aquém da dignidade do varão.

Em muitos povos da Antiguidade, as esferas da vida humana que hoje conhecemos como sexualidade e reprodução era cercada de deusas e deuses mais tolerantes, que presidiam ao cuidado e à assistência para que o exercício dessas esferas da vida fosse mais fácil, seguro e agradável. Nesse contexto o parto, acompanhado de rituais e festividades, parece ser mais a recepção de uma dádiva de vida e alegria que de perigos e pecados, *o que, se não exclui os seus perigos, convida a que sejam organizadas práticas de auxílio ao enfrentamento das dificuldades, dores e acidentes* -- com a eventual participação dos homens, se estes se fizessem necessários -- como o atesta o desenvolvimento técnico nestes povos.

Essa mudança na *finalidade* da técnica é a marca do período posterior à Antiguidade.

CAPÍTULO 3

“As que maiores males nos trazem”

3.1. Um longo período de “retrocesso”

Para a maioria dos autores, o período de um milênio e meio ou mais que se segue ao da medicina da idade clássica é caracterizado pela estagnação e pelo retrocesso. Depois do desenvolvimento técnico na assistência ao parto alcançado no século II da era cristã, segundo Garrison (1929:86), “não houve realmente nenhum aumento de conhecimentos obstétricos antes da época de Ambroise Paré, cerca de 1.500 anos depois”. Os textos romanos do século II seriam em muitos sentidos as melhores obras de ginecologia até a segunda metade do século XVIII (Ricci, 1950:114).

No período seguinte à decadência do Império Romano, a obstetrícia teria entrado “num longo hiato de estagnação, retroagindo, pouco a pouco, ao sortilégio, à magia e aos procedimentos pré-hipocráticos” (Rezende, 1974:6).

No século VI, as escolas médicas de Alexandria e de Atenas foram fechadas, a dissecação foi proibida e a medicina entrou em declínio em todos seus aspectos (O’Dowd e Phillipp, 1994:8). Com a instituição do cristianismo como religião oficial e com a proibição do ensino da medicina, muitos médicos, escolas inteiras migraram (Walker, 1983:210). Assim, a tradição médica dos antigos foi preservada, em parte, sobretudo pelo Império Bizantino e pelos árabes. Segundo Rezende (1974:7), entre os árabes, “Rhazes (850-923), malgrado excepcional erudição, dedicou seus escritos tocológicos às parteiras, descrevendo as operações a elas cometidas e determinando a convocação dos médicos quando se tornasse necessária a

embriotomia”, sugerindo que eles praticavam uma obstetrícia e uma divisão de trabalho à semelhança dos antigos. Avicena, no seu “Cânon”, dita cuidados de higiene pré-natal, ensina a provocar abortamentos com injeções intra-uterinas, preconiza métodos anticoncepcionais e ocupa-se da esterilidade masculina e feminina.

O estabelecimento do cristianismo no Ocidente teve um importante impacto na assistência ao parto. Das duas grandes fontes clássicas da cultura médica, Hipócrates e Galeno, a Igreja preferiu Galeno -- não por sua ciência, mas por seu monoteísmo. Galeno ensinava que a cirurgia não tinha relação com a medicina. O ofício das parteiras na Idade Média e séculos seguintes foi visto como uma ocupação suja e, quando se fazia necessária, a cirurgia no parto era realizada pelos igualmente sujos barbeiros ou castradores. A misoginia dos Pais da Igreja, que via as mulheres, em especial seus órgãos da reprodução, como o mal encarnado, fez com que os homens fossem, regra geral, proibidos de assistir aos partos (Rich, 1986:134).

Se na primeira parte da Idade Média ainda se encontram poucas referências, “do século XI ao final da Idade Média, viveu-se uma época de involução ou, quando menos, de inércia, para a Obstetrícia”, diz Rezende, que conta, ainda: “olvida-se da versão, preponderam os embriótomos e o feticídio. Da vida do concepto não se cogitava, consoante o preceito da filosofia estóica de que não lhe atribuíam alma enquanto no claustro uterino estivesse” (1974:6-8).

Assim descreve Rezende a assistência ao parto no período:

“Ao lado dos redivivos esternutatórios e da sucussão, hipocráticos, entoam-se salmos à cabeceira das parturientes, vociferam-se expressões cabalísticas, usa-se a força extrativa do imã, servem-se de

todos os 'remedia foetum trahendit' para findar, melancolicamente, nas embriotomias" (1974:6).

Rezende chama a atenção para proibição do aborto e para o exercício da tocologia pelos sacerdotes: “O médico era clérigo, envolto no negro talar sacerdotal, exprimindo-se em latim, desprezava o trabalho manual, fugindo do sangue (*Ecclesia abhorret a sanguine*)”.

A Igreja tinha pavor do sangue em geral e do sangue das mulheres em especial. Segundo Ranke-Heinemann, um tabu particular da Antigüidade que o cristianismo acompanhou foi a aversão ao sangue menstrual: “na Antigüidade, tanto judeus quanto pagãos eram convencidos de que o sangue menstrual na realidade era venenoso”. Acreditava-se que o sexo durante a menstruação produzia filhos leprosos, mortos, ou possuídos pelo demônio (1996:33). O sangue em decorrência do parto (lóquios) era considerado ainda mais perigoso do que o menstrual, e as mulheres que acabavam de dar à luz tinham de se “reconciliar com a Igreja” (1996:33,37).

Isso criava um problema para as mulheres que morriam no parto, antes de se “purificarem” e se “reconciliarem” com a Igreja, sendo-lhes negado o enterro em cemitério³⁴. O costume de proibir às mulheres de ir à Igreja antes de se reconciliarem durou quase até o presente, impedindo inclusive que as mães tomassem parte do batismo dos seus filhos (1996:37,38).

Assim como a qualquer enfermo, “às pejadas e parturientes era defeso palpá-las ou tocá-las, por imodesto e pouco decoroso; ao revés, consultava-se o calendário e a posição dos astros”, pois que “a astrologia era ciência e os

³⁴ Em contraste, outras culturas, como a dos gregos antigos e a dos americanos pré-colombianos, reservavam para a mãe morta no parto um enterro com as honras dos mais valentes guerreiros (Barbaut, 1990).

fenômenos da reprodução subordinados a planetas e estrelas” (Rezende, 1974:8). Isso teve ilustração em uma xilogravura famosa, publicada já durante o Renascimento, que mostra os físicos fazendo a observação dos astros e as parteiras assistindo ao parto. No cinto de uma delas, vê-se um conjunto de frascos e instrumentos (*capa*).

Para Mettler, durante a Idade Média “na Europa cristã, a obstetrícia e provavelmente a ginecologia estavam, principalmente, se não exclusivamente, de posse das parteiras. Exatamente o que estas mulheres faziam não está inteiramente claro” (1947:949).

Segundo Rezende:

A prática da arte dos partos continuava entregue à insciência e pouco discernimento das obstetrizes, sobressaindo-se todavia, por mais letradas ou hábeis, Constância Calenda, Mercuriade e Rebeca Guarna. Trótula, de identidade nebulosa, teria escrito tratados sobre doenças da mulher, onde preconizou a perineorrafia pós-parto, descrevendo-lhe nitidamente tempos e vantagens, com a imputação de serem causadas, as roturas do períneo, pela má qualidade da assistência” (1974:8)

Quem eram as mulheres na cena do parto? Certamente as cenas de parto nesse período histórico variaram tanto quanto nos demais, porém uma característica marcante foi a deterioração do *status* das mulheres sob o cristianismo, coerente com o pessimismo sexual herdado de correntes pagãs. Nessa perspectiva, a sexualidade e a reprodução são tidas como penas a serem pagas pela humanidade pelo pecado original. O varão é também pecador, mas a mulher é responsabilizada por tê-lo induzido a pecar. O

pecado original é transmitido pela relação sexual da qual as pessoas nascem, de modo que todos nascem pecadores.

Por outro lado, ainda que o cristianismo tenha se expandido por toda a Europa, isso não se deu sem intensa resistência política, militar e religiosa. As culturas pagãs³⁵, nas quais em geral as mulheres tinham papel mais ativo, sobreviveram sob o cristianismo, até os dias de hoje, na forma de cultos sincréticos, especialmente de santos e feriados, ou da resistência aberta³⁶, muitas vezes enfrentando sangrenta repressão (Walker, 1983:758-762).

O cristianismo medieval detestava as parteiras de maneira tão intensa por causa de sua evidente relação com cultos pagãos, sobretudo no que dizia respeito à proteção da sexualidade e da reprodução. Esses cultos, em oposição à pregação cristã, valorizavam o controle das pessoas, em geral, e das mulheres, em particular, sobre seu corpo e seu destino, por meio do uso de contraceptivos, abortivos, afrodisíacos e medicamentos, entre eles os que facilitassem o parto (Walker, 1983:654-55).

A aversão às mulheres, à sexualidade e à reprodução no cristianismo alcançou um momento de auge na instituição do celibato dos sacerdotes a partir do Concílio de Latrão, em 1139. Nas palavras do Papa Inocêncio II, “como se pressupõe que os padres sejam templos de Deus, vasos do Senhor e santuários do Espírito Santo, é ofensivo à sua dignidade deitar no leito nupcial e viver na impureza”, conforme cita Ranke-Heinemann (1996:123).

³⁵ A palavra paganismo deriva do latim *pagani*, que significa “camponês”. O cristianismo tornou-se a religião oficial das cidades, enquanto no campo sua expansão foi muito mais lenta, sobretudo porque os cultos religiosos podiam ser camuflado nas atividades cotidianas (Walker (1983).

³⁶ Uma das mais belas expressões dessa resistência está registrada nas *Canções de Beuern (Carmina Burana)*, coleção de poemas escritos entre os séculos IX e XIV, em que os cultos a Vênus, Fortuna e outras divindades são celebrados, assim como os festivais sexuais, à moda dos antigos.

Enfim, apesar da aversão da Igreja à sexualidade e à reprodução, as pessoas em geral continuaram se reproduzindo e assistindo aos partos. Pouco se sabe sobre a realidade das mulheres pobres sob o regime feudal e suas práticas de assistência, embora nos tenham chegado informações sobre a assistência culta que resistiu nesse período.

3.2. As mulheres cultas na assistência ao parto.

Um dos pólos de resistência de uma ativa preocupação com o aperfeiçoamento técnico, no sentido amplo aqui adotado, da assistência ao parto foi a Escola de Salerno, fundada em torno do ano 1000, num lugar famoso por seus banhos medicinais. A fama dessa escola atingiu seu apogeu na metade do século XII, quando o rei Rogério II promulgou uma lei requerendo que todos os indivíduos, inclusive as parteiras, desejosos de praticar a medicina no seu reino deveriam submeter-se a um exame nessa faculdade (Ricci, 1950:210). Tida como uma escola cristã, apesar disso baseava seus estudos em textos pagãos (Atchemberg, 1991:48). Teria sido também a primeira escola secular de medicina da Europa cristã que admitia mulheres. Aliás, na Itália, as mulheres continuaram exercendo a medicina durante toda a Idade Média. Sabe-se que nessa escola as mulheres ensinavam, escreviam livros, praticavam a cirurgia, a traumato-ortopedia e a gineco-obsterícia (Brooke, 1995; Atchemberg, 1991; Betner, 1956).

Os vários autores citam as mulheres médicas e professoras de Salerno, (Rezende, Ricci, O'Dowd e Phillipp, Metler), mas não oferecem muito mais informação, até porque o trabalho delas é conhecido apenas indiretamente. Segundo Ricci (1950:208), as atividades médicas das mulheres de Salerno e a

“reputação que elas gozavam são evidentes no fato de que vários de seus contemporâneos as citam como autoridades”. Para esse autor, “mesmo nos tempos mais sombrios”, os médicos de Salerno preservaram os conhecimentos gregos em medicina e filosofia.

A única dessas mulheres que encontramos referida por seu trabalho é Trótula, que teria escrito várias obras, entre elas *De Passionibus Mulierum Curandorum*, talvez o trabalho mais importante sobre a assistência ao parto do período medieval, tendo sido copiado por séculos. A obra é bem estudada e conhecida, ainda que em 1773 sua autoria tenha sido questionada por um certo Christian Godfred, que “argumentava simplesmente que nenhuma mulher do século onze poderia escrever um livro demonstrando tanto conhecimento”. *De Passionibus* inclui, no contexto de rezas e outros recursos religiosos, vários procedimentos cirúrgicos que Trótula postulava dever ser conduzidos com extrema atenção à limpeza e prevenção da contaminação. Inclui, também, prescrição de opiácios para a dor, assim como de hiosciamina e mandrágora (Atchemberg, 1991:49).

Trótula ficou mais conhecida por suas recomendações na assistência ao parto, em que postula a prevenção e o tratamento das roturas perineais. Para ela, essas lesões se deviam à má qualidade da assistência; para evitá-las, propunha a proteção do períneo no período expulsivo. Segundo Ricci (1950:213), ela foi a primeira a descrever de maneira clara essas lacerações e seu tratamento, mediante sutura imediata com três ou quatro pontos; a área suturada deveria ser coberta com uma atadura de linho embebido em líquido adstringente. O trabalho de Trótula continha também instruções para a versão interna do feto em caso de apresentações anômalas. Para Brooke, esse conhecimento seria baseado nos escritos hipocráticos e de autoras romanas

como Cleópatra. Suas recomendações na condução do parto incluíam os banhos, o caminhar e o uso de massagens com óleo (1995:37).

Uma das referências que mais chama a atenção é a descrição do desenvolvimento fetal por Trótula (Ricci, 1950:213; Brooke, 1995:37), o que, apesar de eventuais incorreções aos olhos de hoje, nos sugere fortemente que se praticava uma observação sistemática dos embriões e fetos abortados:

“no primeiro mês, ocorre um pequeno coágulo do sangue; no segundo, há formação do sangue fora do corpo; no terceiro, as unhas e o cabelo são produzidos; no quarto, a mulher tem náuseas; no quinto, o feto recebe sua semelhança do pai ou mãe; no sétimo, os nervos se juntam; no oitavo, a natureza ajuda o feto a pôr as carnes; e no nono, o feto procede da escuridão para a luz” (Brooke, 1995:37)

Ricci cita uma versão em inglês do texto de Trótula do século XIV e sugere que foi traduzido por mulheres, em vista de afirmar que “uma mulher deve ajudar à outra em sua enfermidade” para evitarem expor seus sofrimentos a homens insensíveis (1950:215). Uma edição inglesa do século XV desse texto foi recuperado como um dos “precursores” do movimento de ajuda mútua das mulheres que se desenvolve na atualidade (BWHBC, 1993: 690).

O trabalho das médicas de Salerno, assim como de outras autoras médicas medievais, como Hildegarde de Bingen (1098-1173), nos levam a relativizar — pelo menos como regra geral — a escuridão do período no que diz respeito às mulheres e às prática cultas de cuidados com a saúde. Um dos dados que produz mais estranhamento é a diferença de concepção sobre a sexualidade e a reprodução nos escritos dessas autoras, em contraste com os de outros religiosos. A menstruação é chamada de “flores” por Trótula e

Hildegarde, em analogia às flores das árvores, essenciais à produção dos frutos; ambas insistem no especial cuidado para o bem-estar das mulheres menstruadas. Para Brooke (1995:39), a prescrição do uso do ópio no parto por Trótula é especialmente interessante, porque na época o alívio das dores, em especial as do parto, era expressamente proibido pela Igreja. Ainda que o trabalho de Hildegarde seja pontuado de referências à serpente e ao pecado, tanto ela quanto Trótula escreveram com bastante otimismo sobre o desejo e o prazer sexual, o que é espantoso tanto para a época quanto pelo fato de a primeira ter chegado a ser canonizada -- talvez porque parte dos seus escritos estiveram desaparecidos até o século passado.

Como em qualquer outro período histórico, o *status* das mulheres em geral e das curadoras em especial foi muito variável. A prática da medicina foi proibida na Europa no século XIII, para as mulheres e para os judeus, exceto na Itália (Brooke, 1995:56).

3.3. A misoginia³⁷ e a assistência ao parto como ritual cristão.

Se houve um florescimento do papel da mulheres na alta Idade Média, quando estas tiveram relativo acesso às artes, às ciências e à literatura (Muraro, 1991:13), para a teóloga católica Uta Ranke-Heinemann o século XIII foi ao mesmo tempo “a idade áurea da teologia e o apogeu da difamação misógina” (1996:191). Segundo essa autora, os teólogos escolásticos, sobretudo Alberto Magno e Tomás de Aquino, tendo por fundo a desqualificação agostiniana das mulheres, deram, no século XIII sua contribuição à radicalização dessa atitude. Para ambos, assentados na

³⁷ Por “misoginia” aqui queremos dizer, genericamente, “desprezo e aversão às mulheres” (Ferreira, 1992:1141).

autoridade de Aristóteles, a mulher devia sua existência a um erro, era um homem mal gerado ou deficiente. Como Agostinho, Tomás considerava o desejo e o prazer sexual resultados do pecado original. Por outro lado, mesmo não existindo o prazer do sexo, no caso das pessoas frígidas, o pecado é transmitido (1996:199)

Os teólogos escolásticos acreditavam, como Aristóteles, que a mulher era apenas o vaso onde o princípio masculino era depositado; ela em nada contribuiria para o processo, pois o sêmen já conteria “uma pessoa inteira ou, mais precisamente, um homem inteiro, já que uma mulher só ganha existência por alguma falha no processo de desenvolvimento” (1996:228). Assim, qualquer interferência no desenvolvimento desse homem até seu batismo era considerado um pecado mortal, incluindo aí a contracepção.

Para Ranke-Heinemann, a absurda equivalência, feita pela Igreja, entre contracepção e assassinato “deixou sua marca na legislação penal secular, e para muitas pessoas suas conseqüências foram pavorosas”. Entre elas, a condenação com a pena de morte nos casos de contracepção e de aborto, implicando o caso da Alemanha na “redução a cinzas de uma porcentagem nada desprezível da população feminina e uma grande parte das parteiras” (1996:229).

Para Ricci, o século XIII assiste a um rebaixamento ainda maior do *status* de que então desfrutava a ginecologia, decorrente dessa guinada religiosa e do desprezo pelo empírico, mas o autor não examina as relações entre o *status* das mulheres e o da assistência à sua saúde.

Os dados da fisiologia feminina são tomados, nesse “ritual de expiação”, como penas para a mulher por sua participação especial na queda, baseados no Gênesis, que conta que

“*Ele disse à mulher: ‘Farei com que, na gravidez, tenhas grandes sofrimentos; é com dor que hás de gerar filhos. Teu desejo te impelirá para teu homem, e ele te dominará’* ”(Gên,3:16).

Para os pais da Igreja, Maria, mãe de Jesus, seria a exceção, pois fora concebida por seus pais sem pecado, concebeu Jesus sem desejo, prazer ou relações sexuais, pariu sem dores e sem páreas (placenta e anexos), e se manteve virgem depois do parto³⁸. Santo Alberto Magno, que escreveu um dos poucos livros associados pelos historiadores à ginecologia, “*De Secretis Mulierum*”, conforme Ranke-Heinemann:

“*glorificou Maria às custas de todas as outras mulheres. Ele achava que Eva deixara para as mulheres vários infortúnios, entre eles a dureza da gravidez, as dores do parto, o infortúnio da tentação à concupiscência, a depravação do ato sexual e o desejo excessivo da concepção*” (1996:193-94).

Se a assistência à saúde sempre teve características religiosas, o novo era a aberta misoginia cristã que levava o parto a ser interpretado como punição pelo pecado original. Se a pena deveria ser paga, a *assistência deveria garantir o cumprimento da punição*. Esse é o contexto religioso, moral e político de onde emerge um dos livros que mais impactou a assistência ao parto em todos os tempos: o *Malleus Maleficarum*.

³⁸ Para uma discussão bastante instigante acerca das interpretações sobre o parto e a virgindade pré-parto, intraparto e pós-parto de Maria, veja Ranke-Heinemann, 1996, em especial o capítulo “Notas sobre a Mariologia”.

3.4. “As parteiras, que superam todas as outras mulheres em perversidade”

O *Malleus Maleficarum* (Martelo das Feiticeiras) é um livro essencial para a compreensão dos enredos de parto nesse período histórico e nos seguintes. Ele é considerado o mais importante livro jamais escrito sobre o feminino e um dos mais importantes da cultura ocidental (Muraro, 1991).

Byington, no seu prefácio à edição brasileira do *Malleus*, busca analisar esse livro à luz de uma teoria simbólica da história. Para ele, “ainda que delirante, sádico e puritano, não está aí a essência da patologia do *Malleus*. Ela advém fundamentalmente do texto ter como objetivo defender e enaltecer Cristo, o que o transforma, loucamente, num código penal redigido por criminosos eruditos, doutamente referenciados no que havia de melhor na teologia cristã”.

Esse autor se pergunta “como explicar que é no ano de 1484, portanto no apogeu do Renascimento, que o Papa Inocêncio VIII dá plenos poderes, chamando de meus queridos filhos aos inquisidores dominicanos e professores de teologia Kramer e Sprenger, que escreveram o *Malleus*?”. Byington tenta demonstrar “que não é por acaso que ele foi escrito no esplendor do Renascimento e se transformou no apogeu ideológico e pragmático da Inquisição contra a bruxaria, atingindo intensamente as mulheres”. Segundo ele, o livro é “um manual de ódio, tortura e morte, no qual o maior crime é cometido pelo próprio legislador ao redigir a lei. Sua vítimas não deixaram testemunho. É a sanha dos próprios legisladores, cuja loucura os levou a expor orgulhosamente seus crimes para a posteridade que nos permite hoje conhecer o sofrimento de milhares de pessoas, na maioria mulheres, que foram por eles torturadas e mortas”(1991:20).

Byington defende que o *Malleus* representa uma deformação psicótica do mito cristão, que subverte a mensagem de Cristo, baseada na tolerância e amor ao próximo, pela criação uma enorme dissociação cultural Cristo/Demônio e Santa Madre Igreja/Bruxa. “A dissociação patológica da mente dos redatores do *Malleus* fica evidente na mistura do sentido humanitário de justiça e proteção das vítimas, com outro de extraordinária falsidade, covardia e crueldade, da mesma forma com que as aberrações sexuais eram cometidas em meio a uma acentuada hipocrisia puritana: o texto recomenda expressamente a depilação e a busca de objetos nas partes íntimas do corpo e faz questão de demonstrar grande pureza e inocência ao afirmar que o nome dos órgãos sexuais não deve ser mencionado” (1991:35).

A obsessão com a luxúria das mulheres é uma tônica do livro. Seus autores, citando a autoridade dos pais da Igreja, em especial santo Agostinho, santo Alberto Magno e são Tomás de Aquino, afirmam a culpa das mulheres pelo pecado original, pela queda do homem, pela existência da morte e pela queda de vários impérios. Para eles, por Eva ter induzido o homem a pecar, as mulheres herdaram dela a luxúria e suas conseqüências, das quais Deus teria poupado o varão:

“Em conclusão. Toda bruxaria tem origem na cobiça carnal, insaciável na mulher. Ver Provérbios, 30: ‘Há quatro coisas insaciáveis, quatro mesmo que nunca dizem: ‘Basta!’’. A quarta coisa é a boca do útero. Pelo que, para saciarem sua lascívia, copulam até mesmo com os demônios (...) E abençoado seja o Altíssimo, Que até agora tem preservado o sexo masculino de crime tão hediondo: como Ele veio ao mundo e sofreu por nós, deu-nos, a nós homens, esse privilégio” (Kramer e Sprengler, 1991:121).

Uma das teses mais estranhas desse livro é a de que a pior forma na qual a bruxaria se manifesta é justamente pela capacidade de curar e que, se as bruxas curam, o fazem por obra do demônio. E como se pode ter certeza disso? O *Malleus* afirma: “e se é perguntado como é possível distinguir se uma enfermidade é causada pela bruxaria ou por algum defeito natural, respondemos que, primeiro, por meio do julgamento dos médicos” (Ehrenreich e English, 1973:19).

Na tarefa de abordar o *Malleus*, é difícil garimpar as cenas de parto em relatos às vezes tão delirantes. A leitura desse livro muitas vezes sugere ao leitor que toda a prolixa e, aos olhos de hoje, aparentemente disparatada discussão teológica trata de justificar a subordinação das mulheres, de modo geral, a vigilância da sexualidade, o domínio da reprodução, o controle das parteiras, enfim uma argumentação teológica que serve à autocertificação e validação social, ainda que pela via da negação da alteridade feminina, de uma autoridade e legitimidade normativa baseada no poder construído sobre a identidade masculina.

Na questão V, “Sobre as Bruxas que Copulam com o Demônio. Por que principalmente as Mulheres se entregam às Superstições Diabólicas”, Sprenger e Kramer dissertam sobre

“o problema das mulheres; e em primeiro lugar, tentaremos encontrar por que esta perfidia é mais encontrada nas pessoas do sexo frágil e não em homens. Nossa primeira indagação será de caráter geral — quanto às condições gerais das mulheres; e a segunda será particular — quanto ao tipo de mulher que se entrega à superstição e à bruxaria;

e por fim, a terceira, específica às parteiras, que superam todas as demais em perversidade” (1991:112).

No capítulo XI, “Que as Bruxas Parteiras Matam, de Várias Maneiras, o Concepto ao Nascer, ou Provocam o Aborto; ou se não, fazem a Oferenda de Recém-Nascidos aos Demônios”, os autores estabelecem “a verdade sobre os quatro crimes hediondos que os demônios cometem contra as crianças pequenas -- tanto no útero da mãe quanto depois do nascimento. E por cometerem tais crimes por intermédio de mulheres, não de homens, essa espécie de homicídio acha-se mais vinculado ao sexo feminino que ao masculino” (1991:155). Os quatro tipos de crimes são: 1) impossibilitar de praticar o ato carnal, o que é conseguido mediante diversos recursos, principalmente provocando o desaparecimento do pênis dos homens³⁹; 2) impossibilitar a concepção ou abortar após ter concebido; 3) tendo malogrado a tentativa de aborto, devorar a criança; e 4) oferecê-la ao diabo.

O *Malleus* considera que a contracepção e o aborto são crimes passíveis de serem realizados por qualquer pessoa por meios naturais “pelo uso de ervas como a sabina, ou de outros ememagogos”, mas que “com os dois outros métodos é diferente; são praticados por bruxas”. Exemplifica com o caso de um homem que, não encontrando seu filho recém-nascido no berço, foi procurá-lo e o encontrou

“num congresso de mulheres durante a noite, no qual, segundo declarou em juramento, as viu matarem-no, para depois beberem-lhe o

³⁹ Esse tema é tratado com detalhes no capítulo VII do *Malleus*, “De Como as Bruxas, por assim dizer, Privam um Homem de seu Membro Viril”, em que os autores chegam a afirmar que bruxas, através da obra de ilusão e de encantos do diabo, “reúnem membros masculinos em grande número, no total de vinte ou trinta, e os colocam em ninhos de pássaros ou em caixas, onde se movem como se estivessem vivos e comem grãos de aveia e de trigo” (Sprenger e Kramer :252-3).

sangue e devorarem-no. Conta-nos ainda que [nessa região, norte da Itália], quarenta e uma bruxas foram queimadas, e que outras debandaram, em revoada, para as terras do Arquiduque da Áustria” (1991:156).

O livro é repetitivo e obsessivo quanto ao tema das parteiras:

“Cumpre aditar que as bruxas parteiras são as que maiores males nos trazem, pelo que nos contam outras bruxas penitentes⁴⁰ : ‘Não há quem mais malefícios cause à fé católica que as bruxas parteiras’. Pois quando não matam as crianças, para atenderem a outros propósitos, tiram-na do recinto em que se encontram, elevam-nas nos braços e as oferecem aos demônios” (1991: 156).

No capítulo XIII, “De que Modo as Parteiras Cometem o mais Hórrido dos Crimes: o de Matar e Oferecer Crianças aos Demônios da Forma mais Execrável”, há descrições muito sugestivas de que as parteiras utilizavam as várias formas de embriotomias e fetotomias, termos genéricos para a redução do volume dos fetos quando de partos complicados.

A prática das embriotomias já era encontrada nos textos sânscritos de 1500 a.C., assim com entre os antigos gregos e romanos no caso de feto morto, e em muitas circunstâncias no feto vivo, quando se avaliava o risco de vida para a mãe (O’Dowd e Phillip, 1994:141). Em algumas culturas cultivava-se a crença de que o feto saía do útero por suas próprias forças; se o parto complicasse a vida da mãe, o feto era considerado um agressor contra o qual era legítimo defender-se, conforme sustentaram Sorano na Roma antiga, o

⁴⁰ Penitentes são os que confessam. A questão da tortura e da violência sexual como recursos de confissão nos processos da Inquisição despertam especial interesse por sua brutalidade e, conforme Byington, por sua hipocrisia. V.Byington, (1991), prefácio ao *Malleus*. Ranke-Heinemann, 1996, e Walker, 1983;1003-1012.

Talmud dos judeus e médicos árabes, como Maimonides (Barbaut, 1990:164).

O tema de qual vida preservar na assistência ao parto é motivo de intensa polêmica em diversas épocas históricas, gerando grande controvérsia, como evidenciado na posição intransigente da Igreja Católica de se opor à interrupção da gravidez, em qualquer estágio, nos casos de risco de vida para a mãe, até os nossos dias. Essa polêmica está relacionada com conceitos metafísicos de quando a vida se inicia e sobre o valor da vida das mulheres.

As mulheres praticavam a chamada tocurgia mutiladora ou obstetrícia destrutiva nesse período? Rezende sugere que sim, quando comenta sobre os árabes na Idade Média: “Os preceitos tocológicos de Avicena são, em conjunto, mais atrasados do que os de Celso ou de Sorano, com o retorno às malaxações, aos banhos, às fumigações, para solver distocias, *preâmbulo da tocurgia mutiladora feita pelas parteiras*”(1974:7, grifos nossos). Rawcliff (1995: 216-17) sustenta que as mulheres também praticavam a cirurgia e que, na Inglaterra dos séculos XIII e XIV, participavam de guildas de barbeiros e cirurgiões.

Já para Rezende, “até o século XVI, a cirurgia obstétrica, que havia esquecido a versão, cifrava-se, quase exclusivamente, nas operações mutiladoras. Da tradição hipocrática permanecia a fiada cerebrina de instrumentos embriotômicos, perigosos, sinistros e contudo imprescindíveis” (1974:997).

As embriotomias cefálicas tinham como objetivo a redução do volume da cabeça fetal; a extração se dava por diferentes técnicas, como o esvaziamento após perfuração, o esmagamento, a secção e a prensão (Rezende, 1974:999-

1000). Queremos sugerir que algumas das descrições do *Malleus* podem referir-se ao uso de tais instrumentos, em um período de forte oposição religiosa às embriotomias⁴¹.

Conforme Sprenger e Kramer:

“Esta verdade [que as bruxas parteiras matam crianças] foi confirmada pelas confissões de algumas das bruxas que acabaram na fogueira. Na diocese de Basileia, na cidade de Dann, foi queimada uma bruxa que confessou ter matado mais de quarenta crianças, enfiando uma agulha em seu cérebro pelo alto de suas cabeças ao saírem do útero, durante o parto.”

O *Malleus* explica as duas razões que levariam as mulheres a matar as crianças, “compelidas [...] a comando dos espíritos do mal, às vezes contra a sua vontade”. Em primeiro lugar, para que não fossem batizadas, pois as crianças que morriam sem batismo não podiam entrar no Reino dos Céus, conforme ensinou santo Agostinho, e “desta forma é adiado o Juízo Final, quando os demônios serão condenados à tortura eterna, porquanto o número de eleitos é mais lentamente completado (quando este número for atingido, o mundo será consumido)”. O outro motivo é que “dos membros destas crianças as bruxas fazem uma pomada cuja fórmula lhes foi dada pelos demônios, que lhes é de grande utilidade em seus malefícios” (1991:285).

No capítulo XVI da parte III, tratando das precauções finais a serem observadas pelo juiz, destaca-se que “ademais, se qualquer instrumento,

⁴¹ Não foi possível precisar, na presente investigação, desde quando as embriotomias são proibidas pela Igreja, mas, para Ranke-Heinemann, os teólogos sustentavam que, se a mãe estivesse em perigo mortal durante o parto, o feto em nenhuma circunstância poderia ser morto diretamente para salvá-la, nem mesmo quando esta fosse a única chance para a sua sobrevivência; assim é até hoje (1996:325).

pomada ou unguento, ou caixas, forem encontradas na sua casa, devem ser a ela mostrados, perguntando-se-lhe para que finalidade era usado⁴².

3.5. O pecado e o batismo na assistência aos partos

Durante a Idade Média a parteira era considerada alguém que tinha uma função necessária porém degradante; apesar disto, há várias referências de que ela — e apenas ela além dos padres — podia batizar, porque a criança poderia morrer em danação se não sobrevivesse até o batismo pelo padre, que por sua vez não podia presenciar o parto (Rich, 1986:134).

De acordo com Blumenfeld-Kosinski, o problema do batismo é também fundamental para a compreensão da prática da cesárea neste período histórico. Na cultura medieval, as menções à cesárea aparecem primeiro nos textos dos vários concílios da Igreja, a partir do fim do século XII. Esses textos insistem em que é dever das parteiras tentar retirar o feto e batizá-lo no caso de a mãe morrer no parto, colocando sobre as parteiras, em geral mulheres leigas que aprenderam seu ofício com a prática, uma enorme responsabilidade. Originalmente, assim, “eram as parteiras que realizavam as cesáreas: o parto cirúrgico, como todos os outros procedimentos obstétricos, era um domínio das mulheres”. A partir do século XIV, os médicos, varões, passam a se interessar pelo tema e, nesse período, surgem os primeiros

⁴² Sabe-se, principalmente através dos registros dos que as conderaram, que as parteiras usavam, em meio a encantões e outros recursos, instrumentos e medicamentos, como o ópio, a beladona, o centeio espigado, a artemísia e a sabina, com os quais fabricavam poções e unguentos (Rich, 1986; Atchemberg, 1991; Brooke, 1995). Para Ehrenreich e English (1973:15), numa interpretação um tanto romântica porém radical, a mulher chamada bruxa “era uma empiricista, baseava suas ações nos seus sentidos mais que na fé ou na doutrina, acreditava em tentativa e erro, causa e efeito. Sua atitude não era religiosamente passiva, mas ativamente inquiridora. Ela acreditava na sua capacidade de buscar soluções para lidar com a doença, com a gravidez e com o parto, quer fosse com medicamentos ou com encantamentos. Em suma, sua mágica era a ciência do seu tempo”.

textos, como o de Guy de Chauliac, que em 1363 dirige às parteiras suas considerações sobre a cesárea, recomendando a incisão lateral do abdômen da mãe. Para esta autora, até cerca de 1400, a iconografia mostra apenas mulheres realizando a operação; depois de então, apenas homens. Esta situação parece especialmente complexa, pois neste período, conforme consta de textos e ilustrações, temia-se a chegada do anti-Cristo, que nasceria de uma cesária. A partir do século XV, surgem os trabalhos médicos sobre a cesárea em viva⁴³, como o de d'Angelatta em 1423 (Blumenfeld-Kosinski, 1994). Dada a desconfiança religiosa com relação às mulheres, a polêmica sobre o batismo era importante também porque a parteira poderia não só deixar de batizar a criança para Deus como, pior, consagrá-la aos demônios aos quais devia obediência. Segundo Sprenger e Kramer:



Bruxas preparando poções com recém-nascidos (1610, in Levack, 1990)

“Quando as bruxas parteiras não matam o recém-nascido, oferecem-no ao diabo em blasfemo ritual. Assim que a criança nasce, a parteira, quando a mãe não é ela própria uma bruxa,

⁴³ A cesárea em viva, ainda que resultasse em morte certa para a mãe e quase certa para a criança, será um dos temas de debates no século XVI. Sua finalidade era a de garantir, através do batismo, a vida eterna do feto, que se acreditava mais valiosa que a vida terrena da mãe, já batizada (Ranke-heinemann, 1996). Rousset, em 1581, defende a segurança para a mãe e a criança da cesárea em viva, que ele próprio teria testemunhado em muitos casos. Este ponto de vista é também sustentado pelo médico e monje Sipião Mercúrio, no seu livro em 1595 (Rezende, 1974).

pega a criança, e sob o pretexto de aquecê-la, leva-a até junto ao fogo da cozinha. Lá então, erguendo-a nos braços, oferece-a a Lúcifer, o Príncipe dos Demônios, e a todos os outros demônios (1991:286)

Esta cena de parto exemplifica o argumento de Kramer e Sprenger:

“Contou-nos um homem a seguinte história. Quando se aproximou a hora de sua mulher dar à luz, ele percebeu que ela não deixou nenhuma outra mulher se aproximar da cama, exceto a própria filha, que atuaria como parteira. Por ser atitude contrária ao costume habitual das mulheres na hora do parto, resolveu descobrir por si mesmo qual o motivo. Ficou assim escondido e teve a oportunidade de ver com os próprios olhos a cerimônia sacrílega, tal como a descrevemos. Mas viu também que, sem o apoio de qualquer outro ser humano, só pela força do diabo, o recém-nascido conseguiu subir pelos ferros que sustentavam as vasilhas da cozinha. Em grande consternação, não só pelas palavras terríveis usadas para invocar os demônios mas também pelas cerimônias iníquas, insistiu o homem que a criança fosse batizada imediatamente” (1991:286).

A caminho da igreja mais próxima, o homem e a filha que servira de parteira tinham de atravessar uma ponte. O homem sacou de sua espada e, voltando-se para a filha, que carregava a criança, ordenou que ela fizesse o bebê atravessar a ponte sozinho; a filha, aterrorizada, perguntou-lhe se ele havia enloquecido, ao que o pai respondeu: “Criatura miserável! Com tua magia fizeste a criança galgar os ferros da cozinha, pois agora trata de fazer com que ela atravesse esta ponte sem a ajuda de ninguém ou te afogo neste rio!”. A menina teria feito o recém-nascido atravessar o rio sozinho e o pai conseguiu, com o auxílio de testemunhas, “acusar mãe e filha de bruxaria

perante o juiz, após o seu período de purgação. Foram ambas queimadas. E assim, descobriu-se o crime sacrílego das parteiras: o da oferenda de recém-nascidos ao diabo” (1991:286).

Mas por que as parteiras consagrariam as crianças ao diabo? Por “três propósitos os mais perversos”; primeiro, para aumentar o orgulho dos demônios; segundo, para poder, sob a aparência de ato virtuoso, iludir as crianças no vício da infidelidade; e terceiro, “para fazer crescer a perfídia das bruxas, para seu próprio proveito, já que passam a contar com bruxas que lhes são dedicadas desde o berço”.

Haveria mesmo casos de mães que consagravam os filhos ao diabo *ainda no útero*, e observava-se o problema das “filhas de bruxas que sempre são suspeitas de práticas semelhantes, como imitadoras dos crimes de suas mães; de fato, toda a prole de uma bruxa já é contaminada” (1991:285).

Isso tornava possível explicar o fato de “meninas de oito ou dez anos causarem tempestades e chuvas violentas de granizo”, pois teriam sido dedicadas ao diabo mediante pactos pré-natais feitos por suas mães bruxas. Sprenger e Kramer ilustram isso com o caso de um agricultor, que estava aflito porque não chovia em sua plantação, e sua filha de oito anos se ofereceu para fazer chover, sob a condição de que ele não contasse a ninguém, pois se tratava de segredo entre ela e sua mãe. O pai denunciou a esposa, que foi presa, condenada e queimada na fogueira, enquanto a filha, que haveria sido consagrada ao demônio, foi absolvida e consagrada a Deus, e “desde então nunca mais foi capaz de operar prodígios e de fazer bruxarias”. O discurso dos religiosos era dirigido aos varões, buscando convencê-los de serem leais à Igreja e a Deus, denunciando e mandando para a morte suas mulheres e filhas, se necessário.

Um das conseqüências mais dramáticas da fantasia sexual da Igreja medieval, segundo Ranke-Heinemann, foi a de que as feiticeiras e feiticeiros fornicavam com o demônio e que dessas relações nasciam crianças diabólicas, que podiam ser reconhecidas por seu extraordinário tamanho. As bruxas parteiras eram ainda capazes de roubar as crianças verdadeiras, colocando em seu lugar outras, estranhas, que estavam sempre doentes e choravam muito. Mesmo Martinho Lutero recomendava que essas crianças fossem afogadas, já que “não passam de um pedaço de carne” e “não há alma nelas” (1996:256).

O nascimento de uma criança com alguma imperfeição física era uma ameaça séria também para a mãe. Segundo Barbaut, na Idade Média, as razões para uma concepção monstruosa, como em relação a qualquer outra coisa, eram do domínio de Deus, sendo, na maioria dos casos, interpretado como um castigo divino. A mulher era punida por ter infringido uma lei sagrada, por ter cometido algum pecado mortal, como ter relações durante as regras ou num domingo ou num dia de jejum.

“É então martirizada através deste filho, a fim de, por este exemplo, retomar os caminhos da verdadeira fé. Foram numerosos os casos em que, após o nascimento de um filho anormal, se procedeu à execução da mãe, culpada de amores ilícitos, e do seu filho, na fogueira” (Barbaut, 1990:104).

A partir do século XV, a assistência ao parto seria cada vez mais supervisionada e incorporada pelos médicos. Nesse período se iniciou a regulamentação do ofício das parteiras em algumas cidades européias. Para autorizar a parteira, não se exigia dela competência técnica, mas sim que professasse a fé católica e gozasse de bons antecedentes morais. Esse movimento de regulamentação do ofício se deu paralelamente ao crescimento

do “movimento inquisitorial eclesiástico apoiado e fortalecido pela monarquia. Ao Estado, e à Igreja, interessava o controle da fertilidade feminina” (Melo, 1978:21).

Já no século XVI, alguns nomes passaram à história por terem acabado na fogueira devido à sua relação com a cena de parto, e suas mortes podem nos ajudar a compreender o contexto complexo e contraditório da época.

Em 1522, um certo doutor Wortt de Hamburgo travestiu-se de mulher para assistir a um parto, mas seu disfarce foi descoberto e ele foi queimado na fogueira “por sua indecência e por degradar sua profissão” (Rich, 1986:140), o que ilustra que, pelo menos em certos contextos, aos varões era vedada a presença na sala de parto, delito que poderia ser punido com a morte. Por outro lado, foi no começo do século XVI que se iniciou a publicação de edições dos livros de ginecologia e obstetrícia dos antigos, por varões, em língua vernacular, como é o caso do *Rosengarten*, o Jardim das Rosas.

Esse trabalho, assinado por Eucáriu Roesslin, é tido como o primeiro livro impresso de obstetrícia e retoma uma tradição rompida por quinze séculos. Na verdade é uma edição modificada dos livros dos romanos Mósquio, Sorano ou Cleópatra, incluindo ilustrações muito semelhantes e uma compilação de observações das parteiras, já que os varões não entravam na cena de parto. Dirigido às parteiras, o *Rosengarten* teve enorme sucesso, muitas edições e traduções para o latim, inglês, francês, espanhol, italiano e holandês, e a cada nova edição foi se modificando. O plágio era disseminado, e vários autores assinavam os livros “roubando o trabalho dos outros sem o menor escrúpulo”. O trabalho teria sido escrito a pedido da duquesa Catarina de Bruswick, a quem é dedicado (Hellman, 1952:11).

No seu prefácio, Roesslin critica a ignorância, o descuido e a superstição das parteiras, que levavam à morte incontáveis recém-nascidos. A morte das crianças é qualificada por Roesslin como assassinato, pelos quais as culpadas deveriam ser queimadas vivas ou “partidas na roda”. O conteúdo e as ilustrações desse livro em suas várias edições, de grande interesse histórico, já foi motivo de trabalhos além do de Hellmann (1952).

O contexto do século XVI é certamente contraditório. Por um lado temos indícios que sugerem uma relação bastante positiva das mulheres com a



reprodução e a assistência, como a capa da edição de 1513 do *Rosengarten*, publicada em Strasburgo, mostrando duas mulheres bem-vestidas num jardim de rosas: uma delas usa um cinto com seus utensílios de parteira e numa das mãos carrega um ramo de rosas, enquanto a outra mão segura a de uma criança nua que carrega mais rosas; a outra mulher tem no colo um recém-nascido.

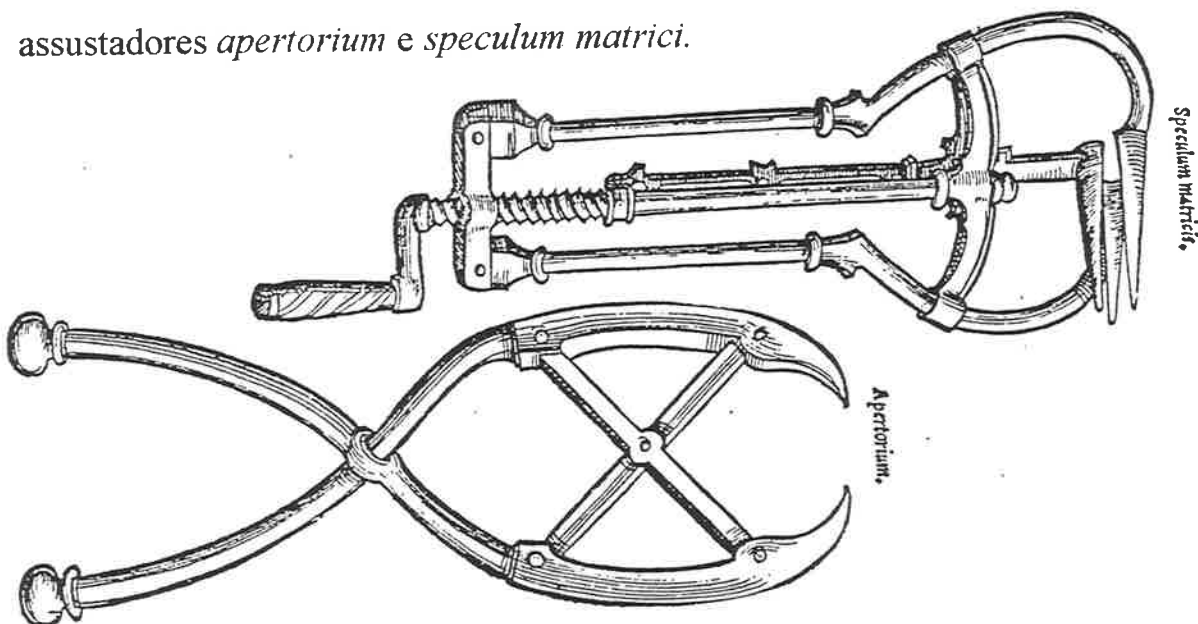
Por outro lado, em várias das edições seguintes o *Jardim das Rosas* foi mudando de nome, e as edições em latim chamavam-se *De Partu Hominis* e, posteriormente, *De Conceptu*. A capa da edição de 1580 do *De Conceptu*,



assinada por Jacob Rueff e publicada em Frankfurt, sugere uma imagem bem mais pessimista da reprodução e da sexualidade: Adão e Eva nus ao lado da árvore do bem e do mal, cujo tronco é representado por uma caveira e da qual sai uma serpente que oferece a maçã a uma Eva mal encarada.

Capa da edição de 1580 do De Conceptu. in Hellman. 1952

Essas edições seguintes incluíram as muitas ilustrações de instrumentos usados na assistência às mulheres, entre eles os enormes, estranhos e assustadores *apertorium* e *speculum matricis*.



Instrumentos na edição de 1564 do De Conceptu. in Hellman. 1952

A iconografia dos parto na época também se modifica. Até o século XV não se encontravam varões na cena e apenas mulheres eram mostradas assistindo aos partos (Rich, 1986:135). Van Kessel (1990:182) mostra que “a partir do século XVI, produzir-se-á uma reação das autoridades religiosas e, nas imagens, os anjos substituirão as mulheres na atenção à parturiente”, sobretudo no caso da Virgem Maria. Berriot-Salvadore considera que o século XVI traz uma mudança fundamental, pois até então os tratados de patologia evitavam abordar as doenças femininas, matéria considerada demasiado difícil ou demasiado obscura.

Quando as abordavam, faziam como Villeneuve:

“Ocupar-me-ei aqui, com a ajuda de Deus, do que diz respeito às mulheres, e como na maior parte do tempo as mulheres são bichos maus, tratarei em seguida da mordedura dos animais peçonhentos” (apud Berriot-Salvadore, 1990:410).

Já o médico no Renascimento, conforme esta autora, se pergunta: como desprezar e negligenciar o conhecimento de um corpo criado para conceber e gerar seu semelhante? Nesse século, o interesse dos estudantes pelas dissecações de mulheres nos anfiteatros das grandes faculdades de medicina e a multiplicação de tratados em língua vernacular manifestavam a vitalidade da investigação em obstetrícia e em ginecologia (1990:410).

A regulamentação e a repressão às parteiras no século XVI estaria articulada, na interpretação de Melo (1979:22), a um movimento de enclausuramento e supressão dos direitos femininos, que teria enfrentado grandes resistências das mulheres de todas as camadas sociais. Em 1593, o parlamento da França afastou a mulher de toda e qualquer função diretamente ligada ao poder

público; a mulher casada foi declarada judicialmente incapaz e todos os seus atos públicos deveriam ser autorizados pelo marido ou pelos magistrados franceses. Para este autor, “inúmeras mulheres condenadas à fogueira pela inquisição tinha como culpa o celibato” (1979:22).

Uma das poucas parteiras desse século de que a história guardou o nome foi uma certa Agnes Sampson, de Edimburgo, que em 1591 teria usado anestésicos no parto e, por esse motivo, foi condenada à morte como feiticeira (O’Dowd e Phillipp, 1994:11).

3.6. Técnica, ritual e as razões da assistência ao parto.

Walker (1983) sugere que a patriarcalização religiosa do cristianismo simplesmente *proibiu* a assistência, proscrevendo a técnica que se acumulara no cuidado à saúde, sobretudo o ligado à sexualidade e à reprodução, incluindo aqui tanto a gravidez e o trabalho de parto quanto a contracepção, o aborto e as doenças específicas das mulheres.

As conveniências que plasmam e se reafirmam nas práticas de assistência ao parto aí predominantemente observadas guardam, assim, profundas relações com a experiência e elaboração moral da sexualidade, da reprodução, da dor, do sofrimento e da morte, como punições, expiações do pecado original, o que teria enorme impacto nos séculos seguintes.

Mas parece ter havido sempre muitos focos de resistência, quando as mulheres exerciam a assistência com maior ou menor autoridade, conhecimento e segurança. Certamente a violência dos ataques contra as parteiras é um reconhecimento, ainda que negativo e brutal, dessa autoridade.

Ehrenreich e English, em seu clássico panfleto “Bruxas, Parteiras e Enfermeiras”, levantaram em 1973 uma tese especialmente provocante. Para essas autoras, na versão dos historiadores da medicina, os médicos (varões) teriam superado as mulheres como curadores, em geral, e na assistência ao parto, em particular, por intermédio de seu conhecimento e técnica superiores. Assim, a ciência e a técnica masculinas mais ou menos automaticamente superaram a superstição feminina.

Mas, segundo essas autoras, e conforme tivemos a oportunidade de demonstrar nas páginas anteriores, as evidências históricas não sustentam essa interpretação. Pelo contrário, indicam que as mulheres chegaram a ser as portadoras dos mais avançados e seguros conhecimentos práticos a respeito da assistência ao parto, baseadas em fundamentos empíricos e em valores humanos bastante positivos.

Na perseguição às bruxas, “as obsessões anti-empírica, misógina e anti-sexual da Igreja coincidem: *o empirismo e a sexualidade representavam ambos uma rendição aos sentidos, uma traição à fé*. A bruxa era uma ameaça para a Igreja, porque era mulher, e não se envergonhava disto e porque sua prática como cuidadora era baseada na observação empírica. Em face do fatalismo repressivo da Igreja, ela era a esperança de mudança ainda *neste mundo*” (Ehrenreich e English, 1973b: 15).

A superação dessa autoridade feminina foi amparada por um ritualismo bem mais abstrato e metafísico, eivado de superstições e preconceitos. Isso indica, em lugar de um aperfeiçoamento técnico, um deslocamento normativo, uma reconstrução de conveniências que se construiu muito antes do desenvolvimento técnico da medicina moderna e envolve uma disputa por hegemonia política, econômica e religiosa, ao mesmo tempo que técnica. O

status das mulheres como curadoras foi depreciado ou enaltecido junto com o das mulheres e, quando as mulheres como “trabalhadoras de saúde” foram combatidas, elas foram atacadas, de modo indissociável, *como mulheres*. Sacerdotisas de rituais cuja validade foi sendo abandonada com a hegemonia do projeto eurocêntrico, cristão, tecno-cientificista e, evidentemente, masculino, da modernidade, as mulheres foram tendo seus papéis nas cenas do parto transformados. As cenas, em si mesmas, já também necessariamente se modificaram, uma vez que o conteúdo ritualístico do cuidado com o parir e o próprio sentido ritual desse cuidado estavam se modificando.

A indisfarçável violência com que se suprimiu a autoridade feminina na orientação e execução desse cuidado bastariam para nos dar conta da irracionalidade sexista, no sentido de assimetricamente construído no que se refere às relações de gênero, do discurso médico que veio a se tornar a voz da autoridade na organização da assistência ao parto a partir da modernidade.

Examinemos, agora, o advento daquilo que Rezende (1974:2) veio a chamar de *operatória de arrancamento e de extração*.

Capítulo 4

O Parto Moderno

4.1. Dos pecados da mulher aos vícios da pélvis

Se, na visão científica e religiosa do mundo pré-moderno, a mulher era considerada desigual e inferior ao homem, com o Iluminismo e a Revolução Francesa sua redefinição como indivíduo igual ao homem tornou-se um problema. A marca de feminino e masculino que se construiu nos corpos buscou instaurar, onde havia uma controversa e incômoda igualdade político-jurídica, a desigualdade, a descontinuidade, a oposição e a complementaridade *naturais*. Era necessário teorizar a mulher, “de modo a assegurar um equilíbrio harmonioso entre a ideologia burguesa do igualitarismo liberal, os costumes familiares antigos e a convivência pacífica entre o público e o privado” (Costa, 1996:113).

A mudança nas formas de articulação entre gênero e poder social foi se delineando também dentro da nova ciência, que veio confirmar o que a ideologia já estabelecera. “O sexo dos filósofos e moralistas havia decretado a diferença e a desigualdade entre mulheres e homens; a ciência médica vai confirmar o bem-fundado da pretensão política” (Costa, 1996:115), não só da inferioridade feminina, mas também das raças, agora consideradas menos evoluídas e portanto naturalmente inferiores (Ehrenreich e English, 1973; Rich, 1986; Laqueur, 1990; Dablat e Bandler, 1993; Costa, 1996).

No contexto dessas mudanças, desenvolveu-se uma nova compreensão da diferença sexual, um *modelo dos dois sexos* capaz de justificar e dar legitimidade científica a essa forma de desigualdade social. O modelo

implicou uma diferenciação corporal, uma bissexualização, sobretudo dos ossos, dos nervos e do prazer erótico de varões e mulheres, capaz de confirmar de maneira inequívoca esses postulados políticos.

Os ossos do crânio das mulheres seriam reduzidos demais em proporção, comparáveis aos do crânio dos varões das raças inferiores, atestando sua desqualificação para a atividade intelectual. Seus ossos da pélvis, mais largos e próprios para a maternidade, também não deixavam dúvidas quanto ao seu lugar natural na sociedade. Esse papel social era ainda comprovado pelas diferenças nos *nervos* femininos; a mulher era constitucionalmente mais sensível, mais sugestionável, mais frágil, moralmente instável e, sobretudo, mais irracional, portanto, desqualificada para ocupar um lugar na vida pública: sua constituição natural a qualificava, de maneira inequívoca, apenas para as atividades domésticas e a reprodução (Costa, 1996; Laqueur, 1990).

Essa bissexualização implicava ainda uma diferença no *prazer sexual*. Se antes se supunha que, como o homem, a mulher dependia do gozo sexual para reproduzir-se, agora o prazer passou a ser necessário apenas ao varão. Com a descoberta da *ovulação espontânea* — independente do prazer ou mesmo do coito — “a mulher óssea e nervosamente voltada à reprodução e à família foi chamada a dispensar o prazer sexual, no momento em que o orgasmo foi dissociado da reprodução” (Costa, 1996:126).

A idéia de que a mulher poderia conceber sem o orgasmo não era pacífica nem na Antiguidade nem no Renascimento. As instruções quanto a esse tema eram tratadas, nos livros para as parteiras e médicos, como parte da assistência a uma reprodução bem-sucedida (Laqueur, 1990; Barbaut, 1990). Paré, cirurgião de quatro reis da França no século XVI, por exemplo, recomendava:

“O homem, deitado com sua companheira e esposa, deve afagá-la, titilá-la, acariciá-la e excitá-la, se achar que ela é difícil de estimular; o agricultor não deve entrar nos domínios da natureza humana estouvadamente, sem começar por fazer a sua abordagem, que consiste em beijá-la, falando ao seu coração; ao mesmo tempo que manipula seus órgãos genitais e os mamilos, para que ela seja estimulada e titilada, levando-a a excitar-se com os desejos do macho (que é quando seu útero se agita), a fim de que ela ganhe vontade e apetite de coabitar e fazer uma pequena criatura de Deus, de modo que as duas sementes possam juntar-se — isso porque nenhuma mulher reage a este jogo tão rapidamente como um homem [...]” (apud Barbaut, 1990:20).

Laqueur cita a recomendação que o médico da princesa austríaca Maria Tereza teria feito a ela, em 1740, em latim diante de sua queixa por não engravidar imediatamente após do casamento: “Penso que a vulva de Sua Santíssima Majestade deve ser titilada antes da relação”. Graças a essa recomendação, ela teria concebido treze filhos (1990:150).

A mudança na interpretação do corpo feminino e masculino a partir desse modelo dos dois sexos não se deveu ao progresso do conhecimento científico; ao contrário, os estudos de embriologia da metade do século passado mostravam um embrião comum morfológicamente andrógino, mais adequado para sustentar o velho modelo do sexo único. Antes do século XIX, a ocorrência da concepção sem orgasmo era considerada uma casualidade que não provava nada; a partir de então, este fato foi considerado perfeitamente normal e ilustrativo de uma verdade geral sobre a reprodução (Laqueur, 1990).

No modelo dos dois sexos, a mulher deixou de ser um erro no desenvolvimento do embrião (que deveria ter se tornado um homem) para ser diferente do homem, desde a origem, naturalmente inferior e subordinada. Segundo Julien Virey, médico e filósofo francês do século XIX e um dos principais autores do *Dicionário das Ciências Médicas*:

A existência da mulher é apenas uma fração da existência do homem; ela não vive para si mesma, mas para a multiplicação da espécie, conjuntamente com o homem; eis o único objetivo que a Natureza, a sociedade e a moral reconhecem.[...] Se a mulher é fraca pela sua constituição mesma, a Natureza quis então fazê-la submissa e dependente na união sexual; ela nasceu para a doçura, para a ternura, e mesmo para a paciência, a docilidade; ela deve então suportar sem sussurros o jogo da coação, para manter a concórdia na família por meio de sua submissão e de seu exemplo” (apud Dablat e Bandler, 1993:2).

Os órgãos genitais das mulheres, que agora justificavam sua existência, podiam ser observados com novos olhos. Para dirigir esse olhar para estes órgãos, o varão cientista precisou deserotizá-los. Se reivindicava o direito de olhar e tocar as mulheres em suas partes mais íntimas, só poderia estar motivado pelo interesse frio da ciência. O olhar do varão desejava conhecê-la, não mais no sentido bíblico, mas científico.

De culpada da queda da humanidade, a mulher passou a vítima de sua natureza. O parto deixou de ser momento de provação e expiação da culpa, para ser uma comprovação da fragilidade e dependência naturais das mulheres. Era justo e necessário ampará-las nesse momento. Para ampará-las, era justo e necessário conhecer seu corpo e seus mecanismos.

O seu aparelho reprodutivo não era então aqui visto como uma réplica inferior do aparelho reprodutor masculino: “o útero passou a ser percebido como órgão nobre. Do útero dependia a reprodução, a constituição da família e a regulação da política populacional” (Costa, 1996:121). A reprodução e o controle populacional já eram uma preocupação importante para os governantes há vários séculos. Medidas como a proibição do aborto, do infanticídio e da contracepção já faziam parte do controle da prática das parteiras desde antes do Renascimento (Melo, 1988).

Mas, se o útero era de fato um assunto da ciência e de interesse público, não poderia mais ser deixado nas mãos das próprias mulheres. A técnica e o conhecimento, leigo e culto, que as parteiras desenvolveram eram agora incompatíveis com o modelo dos dois sexos, que instituiu que as mulheres eram por definição, irracionais, moralmente instáveis, incapazes da observação objetiva. Seus atributos naturais eram incompatíveis com a seriedade que a tarefa demandava.

Para estudar e conhecer o parto, seria necessário confiná-lo ao local de observação sistemática do corpo, o hospital — especialmente porque apenas durante os partos e abortos se podia observar a *atividade* uterina. Essa necessidade esbarrou em muitos obstáculos. Em primeiro lugar, por um longo período, o que a obstetrícia médica oferecia às mulheres era pavoroso. Além da questão do pudor de expor seus genitais a varões desconhecidos, as mulheres de então fugiam ativamente dos obstetras, principalmente pelo temor, muito justificado, dos riscos que identificavam nessas práticas. A obstetrícia médica encontrou um longo período de resistência das parturientes, sobretudo por causa dos resultados técnicos consistentemente superiores das parteiras — pelo menos no que diz respeito à segurança.

As parteiras cultas de então ensinavam, pesquisavam, publicavam, dirigiam serviços e eram as grandes autoridades do assunto. E também mantinham os homens afastados, “basta referir que só no começo do século passado se admitem médicos na Maternidade de Paris”, como nos conta Briquet, (1956:6). Conforme Rezende, na França do século XVIII: “o Hôtel Dieu de Paris é reservado às parteiras, dificultando assim o aprendizado aos homens. Floresce assim a obstetrícia alemã, masculina, e ressurgem os nomes de mulher na França” (1974:8)⁴⁴.

Briquet chega a afirmar que, entre os personagens de sua sùmula histórica da obstetrícia,

“Maria Luíza Lachapelle (1769-1821) é de todas as figuras enumeradas [...] a que oferece um duplo cunho de originalidade e autoridade. De originalidade, por se referir exclusivamente a observações próprias, fugindo sempre à parte doutrinária; de autoridade, porque sua Pratique des Accouchements, publicada postumamente, respeita mais de 40.000 partos [...] Só registrava o que houvesse observado [...] A perícia operatória de Lachapelle era tal que Baudelocque preferia vê-la operar, a operar ele próprio” (1956:53-54).

O modelo dos dois sexos foi importante na negação da *autoridade* das parteiras nos hospitais. Era importante conhecer; avaliar, aproveitar ou descartar esses conhecimentos e técnicas de assistência, e re-inventá-los na construção de umaciência objetiva e masculina.

⁴⁴ Sobre as tradições técnicas e a resistência das parteiras cultas e leigas na Europa no século passado, veja Ehrenreich e English, 1973; Rothman, 1982; Rich, 1986; Melo, 1988; Atchemberg, 1991; Arms, 1994; O’Dowd e Phillip, 1994.

Se, na obstetrícia pré-moderna, o papel dos médicos varões era o de entrar em cena apenas em caso de complicações, a partir do século XVIII eles foram ganhando terreno, sobretudo entre as elites. Em alguns países da Europa, a aristocracia foi aos poucos preferindo os médicos varões às parteiras. Da maternidade dependiam as futuras gerações; a reprodução era um assunto do interesse público; tanto as mulheres como seus conceitos precisavam ser resguardados de sua natural vulnerabilidade; elas precisavam ser tuteladas durante este transe agônico, quando menos poderiam responder por si mesmas. A entrada dos homens no quarto de parir articulou-se com a incorporação da tocologia à prática cirúrgica oficial (Melo, 1989).

A obstetrícia instituiu-se enquanto especialidade lentamente, incorporada ao acervo do saber e do conhecimento médicos, a princípio como especialidade menor e desvalorizada, como “[...] *capitis diminutius*, porque, se a especialidade era exercida quase sempre por mulheres sem preparo, a culpa estava precisamente no desinteresse do cirurgião” (Briquet, 1956:2).

O pessimismo sexual e reprodutivo, de base teológica, foi se modernizando aos poucos em sua tradução médica. O parto continuou sendo o momento de sofrimento e de perigo; a medicina finalmente conseguiu entender, em todas as suas conseqüências, a extensão, as sutilezas e a gravidade desse fenômeno, seus perigos e sofrimentos.

O parto médico moderno, na verdade, reinterpretou e multiplicou esses perigos e sofrimentos. A mulher pré-moderna que morria de parto podia ser meramente uma culpada que, nessa morte reprodutiva, expiava sua culpa sexual. Mas a mulher que morria de parto nas mãos do médico era uma mãe naturalmente adequada, que morrera por sua fragilidade, fazendo, ou deixando que lhe fizessem, o melhor possível pela pátria e pelas gerações

futuras. Ou, quando menos, pelo avanço da ciência, como era o caso das mulheres pobres, marginais e solteiras que, desde o século XVIII alimentavam as clínicas de partos de ensino. Demangeon argumentava que as clínicas de parto deveriam receber essa classe de mulheres cujos sentimentos de pudor são reputados como os menos delicados, pois, “não estando em condições de exercer a beneficência [...] contribuem pelo menos para formar bons médicos, e pagam a seus benfeitores com usura” (apud Foucault, 1977:97).

Nesse período de transição, quando se descreviam os perigos do parto, a morte das mulheres parecia altamente valorizada e romantizada. A naturalização do sofrimento no parto transformou a face da mãe morta; sua morte, naturalizada, seria uma intercorrência natural que apenas confirmava a fragilidade do corpo feminino e impunha sua tutela.

O parto era o lugar do valor, do martírio, do heroísmo, do desprendimento, o campo de batalha das mulheres, onde elas enfrentavam todo tipo de perigos. E ainda os seria por muito tempo; Guérault, em 1900, argumentando sobre a desigualdade natural entre homens e mulheres e suas compensações, dizia:

“De minha parte só vejo o respeito, a consideração, a deferência, em uma palavra, as honras, das quais a sociedade poderia e deveria cercar uma mãe. Nós honramos o soldado que, numa batalha, arrisca sua vida por sua pátria. A cada gravidez a mulher também arrisca sua vida e sua saúde pela perpetuação da humanidade” (apud Costa, 1996:126).

Essa concepção das mulheres como patológicas e dependentes alimentou a construção de um modelo explicativo do parto capaz de articular, por um

lado, a justificativa da *superioridade do conhecimento masculino sobre o feminino* acerca da parturição, deixando claro que ao masculino cabia saber melhor sobre as mulheres do que elas mesmas, incapazes por definição desse conhecimento, agora científico; e por outro, a legitimidade natural desta *superioridade de gênero que se instaurava e explicitava na própria técnica*.

Para dominar essa fragilidade, discipliná-la, corrigi-la nas suas múltiplas imperfeições, o parto deveria ser decifrado em seus mecanismos mais íntimos, de forma a antecipar seus prováveis acidentes. E como os acidentes agora eram previsíveis, muitos passaram a propor que certos procedimentos fossem feitos de rotina. Nesse esforço desenvolveu-se, a partir do século XVIII, uma ampla classificação das *distocias*⁴⁵ (do grego, parto disfuncional, anômalo), que compreendem as complicações e os acidentes de parto (Rezende, 1974:725).

Inspirada nas classificações das ciências naturais e numa clara analogia às leis da mecânica, as distocias poderiam ser, em linhas gerais, do trajeto, do motor e do objeto.

O *trajeto* corresponde ao percurso do feto no corpo da mulher, do útero à vulva, que pode ser obstruído pelas *partes moles* — colo do útero, vagina, vulva —, assim como pelas *partes duras* — os ossos da bacia — nem sempre suficiente e adequadamente largos. Para avaliar se alguma intervenção era previsível, se descreveram os vários tipos de bacia feminina e suas deformidades, chamados “vícios”.

⁴⁵ Usarei aqui a classificação de Magalhães, utilizada por Rezende já em 1974, justamente para chamar a atenção sobre a permanência — tensa, atualizada, contraditória — desse modelo da mulher naturalmente distócica.

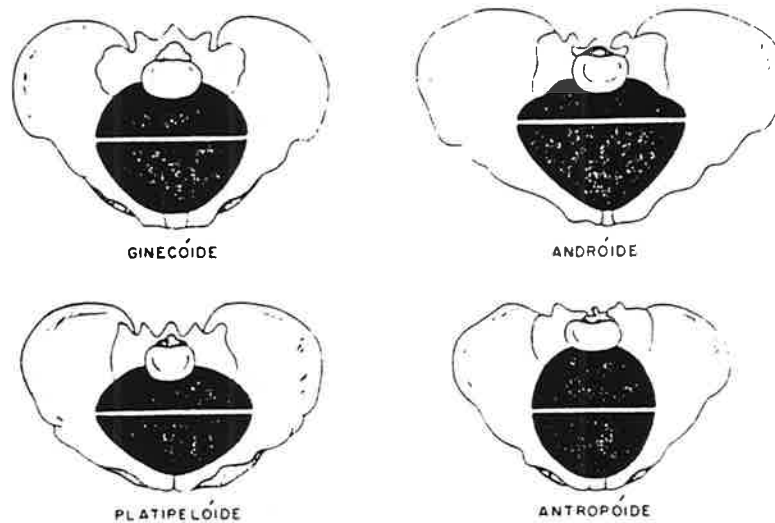
Cada vez mais, a pélvis feminina se tornou uma ameaça. Diversas técnicas, todas muito polêmicas, derivaram da pelvilogia, mas as ‘indicações cirúrgicas’ eram muito limitadas:

“Embora uma entidade conhecida, a pelvilogia, ao terminar o século XVIII, era ainda informe quanto aos seus fundamentos anatomo-clínicos e caótica no que respeita á therapeutica cirurgica. Fazendo um resumo desta epocha, Bar insiste na insufficiencia do conhecimento anatomico e mostra como, a embryotomia sendo perigosa, o fórceps e a versão infiéis, o parto provocado mal conhecido, a symphysiotomia e a cesareana com fanaticos e detractores, tornava-se difficil precisar a indicação cirurgica” (Baudeloque, apud Magalhães, 1916:138).

No século XIX, a previsão da distocia organizou a indicação operatória. Os tipos de pélvis, mesmo típicos, podiam ser inadequados. As deformidades pélvicas, encontradas e catalogadas em enorme quantidade, eram uma ameaça constante ao parto.

Mesmo para os autores da obstetrícia deste século, estas classificações soam estranhas. Relativizando o espaço que a pelvimetria teve na especialidade, Rezende pondera que “os estudos antigos davam ênfase às grandes deformidades, raras e geralmente encontradas nos casos infaustos, nas mesas de necrópsia”, e esclarece que “os métodos radiológicos modificaram conceitos e classificações” (1974); para este autor, a importância da pelvimetria teria diminuído consideravelmente com a banalização da cesária. Até o século XX, a pelvilogia foi um grande assunto na obstetrícia médica. Metler, em sua sessão sobre a história da obstetrícia no século XIX, diz que “praticamente todos os autores acima citados, preocupados com as

deformidades da pélvis, escreveram sobre a pelvimetria como um assunto lógico e natural” (1947:982).



Tipos morfológicos da pélvis, segundo Caldwell e Moloy, in Rezende, 1974:94

Ainda em 1933, na classificação de tipos de bacia por Caldwell e Moloy, a bacia das mulheres podia ser *ginecóide*, “correspondente à bacia normal feminina”; *andróide*, a “que reúne as características da pélvis masculina”; *antropóide*, à semelhança da pélvis dos primatas superiores como os gorilas; *platipelóide*, ou pélvis plana simples; e havia ainda os tipos mistos. O mesmo estudo mostra que a bacia ginecóide considerada normal foi encontrada em apenas 41% das clientes (Rezende, 1974:757).

Também na forma da pélvis, o corpo se constrói numa complexa tessitura de relações sociais. Pode-se imaginar que as deformidades, encontradas em proporções epidêmicas pelos obstetras, se deviam às condições de vida desses contextos. De fato a fome, a desnutrição e o raquitismo eram endêmicos entre as pobres, e atingiam mesmo as mulheres de elite, devido ao confinamento doméstico e às rígidas dietas e purgações, usadas para curar

enfermidades ou na busca de um padrão estético romanticamente doente (Ehrenreich e English, 1973a). Mas até que ponto o raquitismo explicava esta epidemia de distocia?

Se as classificações dos vícios, angústias e deformidades das pélvis, assim como os prognósticos de parto delas decorrentes e os instrumentos que se fazem necessários parecem fantasiosas, o que mais chama a atenção hoje nesse modelo, é o exagero dramático dos riscos. Era previsível que o parto se complicaria e exigiria a intervenção cirúrgica, mesmo numa pélvis tipicamente feminina e sem deformidades, quando se pudesse estimar, pela exploração manual da vagina, que diâmetros pélvicos como a *conjugata vera* (distância entre o promontório sacro e o púbis) eram menores do que estava convencionalizado como adequado, o que também caracterizava vício.

Havia grande polêmica sobre os prognósticos e as indicações cirúrgicas em cada caso. Madame de Lachapelle, professora de partos de Paris, em seu livro de 1825, defendia que os partos espontâneos eram possíveis em bacias com *conjugata vera* de 5,5 cm. Já na classificação de Hegar (1820-1914), uma *conjugata vera* maior que 9 cm, ou vício do primeiro grau, indicava chances de um parto espontâneo; entre 9 e 8 cm, ou vício de segundo grau, indicava que “era mais provável o parto artificial”; nos vícios de terceiro grau (*conjugata vera* de 7 a 8 cm), “o fêto vivo pelo canal pelvino era de difícil obtenção e (se fazia) necessário o parto prematuro provocado”. Nos vícios de quarto grau, com *conjugata vera* abaixo de 7 centímetros, estavam indicados o parto prematuro provocado ou a cesárea (Magalhães, 1916:196-197).

O diâmetro considerado adequado variava principalmente em função do critério pessoal do clínico. Magalhães, já em 1916, ponderava que “o cálculo é assim o das probabilidades, maiores ou menores, na dependencia do criterio

de quem vae calcular” e defende a indicação absoluta da cesárea nos casos de bacias cuja *conjugata vera* seja menor que 6,5. Na prática, era comum que os partos de piores prognósticos teimassem em acontecer:

A surpresa dos partos espontaneos deve ser comentada e attendida. De facto, em uma bacia com indicações para o parto abdominal, a expulsão do fêto póde dar-se espontaneamente; eis o novo factor clinico impenetravel, o prodigio da accomodação ou a providencia da força motora. São communs os casos em que a accomodação [dos ossos da cabeça fetal] destroe o criterio clinico: ramos de fórceps impellidos por uma cabeça cuja parada comprehensivel exigia uma solução prompta; operações em que um preparo mais demorado inutilisa, porque o tempo foi bastante para que o parto se processasse. Digamos todavia que o criterio pessoal se enfraquece mas não merece censura (1916: 195).

Mas os obstáculos do trajeto não eram, como vimos, os únicos perigos do parto. O segundo grande grupo de distocias eram as do *motor*, ou do órgão, surgidas do estudo da atividade uterina e dos recursos para controlá-la, desencadeá-la, acelerá-la ou desacelerá-la. O motor deveria funcionar com uma certa intensidade, contrair-se com certa freqüência e corresponder a certos efeitos num certo espaço de tempo. As discinesias, ou distocias dinâmicas, seriam as formas lentas demais ou aceleradas demais para os padrões estabelecidos. A essa discussão estava articulado o problema da *dor*, resultado da contração-atividade do motor, portanto fisiológica, porém patológica nos seus efeitos. Esse paradoxo, como veremos, seria fundamental no processo de secularização da assistência ao parto.

E por último, temos as distocias do *objeto* ou produto, ou seja, do feto, em relação com os diâmetros da bacia. As desproporções entre um e outro foram finalmente previsíveis, liberando mulheres e crianças de riscos nunca antes imaginados. O médico reivindicava para si a responsabilidade científica pela chegada do novo cidadão. A vida do produto, e seu valor em relação à vida da mãe, estariam também em constante disputa; o antagonismo de interesses, religiosos ou médicos, entre mãe e filho passariam para o centro das polêmicas, tanto sobre as definições dos riscos do parto, quanto no desenvolvimento técnico dos instrumentos cirúrgicos.

A autoridade e a superioridade masculina que foi se instituindo na assistência ao parto, com seu rosário de funestos prognósticos, assentou-se justamente no uso de instrumentos cirúrgicos tornados necessários, que foram regulamentados como exclusivo dos médicos, por definição, varões (Ehrenreich e English, 1973b; Kitzinger, 1978; Rich, 1986; O'Dowd e Phillip, 1994).

Essa cirurgificação da assistência foi a mudança técnica mais importante na construção desse parto moderno, instaurando e explicitando a objetividade e a cientificidade do masculino, em oposição à heteronomia, à fragilidade e à dependência do feminino. Duas grandes vertentes técnicas, às vezes complementares, às vezes antagônicas, desenvolveram-se neste processo, com diferentes inspirações e implicações técnicas e políticas: o arrancamento e a extração.

Em sua abordagem do desenvolvimento da obstetrícia médica, Rezende sugere que uma vertente técnica, mais suave, sucedeu e superou a outra, mais truculenta, de maneira evolutiva, quase consensual:

“*Em verdade, a velha arte dos partos transfigurou-se, e tendo-se despojado da operatória de arrancamento, seu outrora campo único, limitou os atos extrativos, disciplinou-os, deu-lhes suavidade (Non vis sed arte)*” (1974:2).

Essas duas vertentes desenvolveram-se lado a lado e em freqüente conflito. Em ambas o processo de cirurgificação da assistência, não se deu sem grandes contradições, tensões e resistências, fora e dentro da medicina.

Uma primeira grande contradição desse processo era a considerável inconsistência do modelo de corpo feminino que justificava a técnica, explicando o parto apenas das mulheres civilizadas; freqüentemente ele não se aplicava às mulheres pobres e quase nunca às mulheres primitivas, que pareciam parir de maneira estranhamente descomplicada, fácil, rápida e indolor. O parto selvagem era um enigma, difícil de decifrar pelo modelo médico que se desenvolveu (Barbaut, 1990).

Os cientistas observavam, intrigados, que os varões primitivos assumiam comportamentos muito estranhos⁴⁶ e podiam ter os mais variados papéis na cena: em muitas culturas eles estavam excluídos e interditados do contato com a parturiente; em outras tiveram papel ativo, mais concreto ou mais

⁴⁶ A idéia de que o pai se envolva com a reprodução biológica, feminina, parece tão estranha, ou mesmo arriscada, inclusive aos olhos de hoje, que existe até um diagnóstico médico para esse envolvimento, como mostram os estudos clínicos e epidemiológicos sobre uma certa *síndrome do couvade* — Fawcett (1994:85), nesta direção, diferencia o *ritual do couvade*, uma “prática religiosa observada entre povos primitivos”, que inclui os comportamentos imitativos na gravidez e no parto e restrições no pós-parto — da *síndrome do couvade* — a aquisição não-intencional de sintomas similares àqueles experimentados pela mulher. Esses sintomas podem incluir má digestão, náuseas e vômitos, micção freqüente, constipação, diarreia, hemorróidas, dor abdominal, dor nas costas, sensibilidade a odores, ganho de peso, desmaios, entre outros, além de uma grande variedade de sintomas psicológicos, como mudanças na auto-imagem, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, insônia, ansiedade, depressão, e até mesmo uma renovada sensação de bem-estar. Para Fawcett, essa síndrome já foi documentada em países como Estados Unidos, Suécia, Honduras, Canadá, Grã-Bretanha e Quênia.

simbólico, no processo de parto; em outras, ainda, tomaram o lugar da “parturiente” — eram que sofriam, eram deles as dores, eram eles os assistidos, podendo, ainda, ser eles que ficassem “puérperos” e “de resguardo”, cuidando do bebê (Rezende, 1974; Sorel 1984; Aria e Duhhan; Burges, 1993; Helman, 1994).

Em contraste com o aspecto sinistro e inquietante do parto, com sua abundância de circunstâncias ameaçadoras, “os médicos e etnógrafos do século XIX ficaram ingenuamente espantados com a facilidade com que as mulheres ‘selvagens’, pouco sensíveis à dor, conseguiam parir”, o que se devia, para eles, a seu trabalho intenso durante a gravidez e sua constituição robusta. Eles teriam chegado a concluir que, quanto mais civilizada a parturiente, maior a duração e a dificuldade do trabalho de parto (Barbaut, 1990:138).

Este paradoxo despertou o interesse de médicos como Engelmann, que em 1882 escrevia, no seu estudo sobre o parto nos povos primitivos:

Um fundo de conhecimento vasto e importante pode derivar do estudo das várias posições assumidas pelas mulheres de diferentes povos nos seus trabalhos. De acordo com sua constituição e com a forma de sua pélvis, elas ficam de pé, de cócoras, se ajoelham sobre sua barriga, variam as posições de acordo com a posição da cabeça na pélvis. O grande número de partos naturais que resulta não aponta para uma lei que muito diverge do ensinamento da moderna obstetrícia? Não é evidente que diferentes posições devem ser propiciadas nos diferentes estágios do parto? (apud Mettler, 1947:932)

Correspondendo-se com etnógrafos e médicos que trabalhavam com povos considerados primitivos, Engelmann descobriu que em nenhum destes as

mulheres davam à luz deitadas. Tendo percebido na sua prática que o parto na posição horizontal resultava mais lento e doloroso, ele “postulou então que a prática dita civilizada era irracional” (Ashford, 1994:314). E postulava:

“Eu considero este um grande erro, que nós, nesta era de cultura, sigamos o costume e a moda tão completamente, de maneira a excluir a razão e o instinto, num ato mecânico que diz respeito a nossa natureza animal, como é o parto de uma mulher grávida” (Engelmann, apud Ashford, 1993:314)

Para Engelmann, em seu otimismo racional, aquelas descobertas levariam os obstetras a mudar suas condutas de manter as parturientes imóveis e deitadas, compreendendo que o “mecanismo” de parto demandaria diferentes posições nos diversos momentos do parto, ajustadas às relações entre diâmetros da pélvis materna e da cabeça fetal.

Em 1888, em sua *História da Obstetrícia*, Engelmann propunha sua periodização dessa história, que seria a seguinte: “*a fase empírica*, em que a assistência é feminina e só eventualmente se chama o varão, no apelo à sua força física; uma *fase cirúrgica*, caracterizada pela intervenção ativa sobre o parto por meio de manobras e operações, na qual se multiplica a invenção de instrumentos quase sempre mutiladores, e a *fase anatômica*, na qual a tocologia se emancipa da cirurgia e se aproxima do ideal, que é a assistência ao parto dentro da anátomo-fisiologia obstétrica” (apud Briquet, 1958:12). As previsões de Engelmann não se confirmaram, pelo contrário, mas é curioso contrastá-las com a intensa cirurgificação da assistência ao parto no presente, em especial no caso brasileiro.

Além da inconsistência de suas teorias na explicação do trabalho de parto, a obstetrícia médica enfrentava ainda uma segunda grande contradição. Embora “mais científica”, esta prática continuava decepcionantemente pouco resolutive e, estranhamente, em vez de resolver, parecia criar muitos novos problemas, aumentando a mortalidade de mulheres e crianças devida ao uso dos instrumentos de arrancamento, à febre puerperal e à cesária.

Vejam um pouco mais sobre essa segunda contradição do modelo técnico da obstetrícia médica, buscando nela — e nas resistências que motivou, de mulheres e de varões, dentro e fora dos saberes e das práticas médicas oficiais — de que forma essa técnica foi instaurando e explicitando construções, conflituosas, do masculino e do feminino.

4.2. O parto como campo de batalha

4.2.1. A epidemia de febre puerperal

Embora existam poucas referências à febre puerperal até o século XVII, ela era conhecida pelo menos desde a Grécia Antiga. Hipócrates a descreve em sua *Epidemia*. Porém ela parece surgir historicamente *como epidemia*, segundo O’Dowd e Phillipp, “com a mudança do parto do domicílio para o hospital, e com o crescimento do envolvimento de médicos e estudantes no processo”. Para esses autores, apesar de as parteiras não serem necessariamente menos sujas que os médicos, as mulheres assistidas em casa escapavam da sépsis e da morte porque não estavam expostas ao ambiente de imundície e infecção das enfermarias dos hospitais, onde a contaminação eventual se transformava em uma contaminação sistemática, levando à concentração e à multiplicação dos casos (1994:222).

Os primeiros estudos sobre a febre puerperal a associavam às mais diversas causas, entre elas os miasmas, o estado moral das mulheres, as condições astrológicas e atmosféricas. A doença lentamente começou a ser individualizada como entidade e a despertar alguma atenção. Harvey (1578-1657), famoso por seus estudos em embriologia e sobre a circulação sanguínea, descreveu, no seu livro sobre partos, a febre e os lóquios ofensivos que matavam mulheres depois de um parto normal.

Em 1754, Thomas Denman publicou em Londres seu *Ensaio sobre a Febre Puerperal*, no qual teria sido o primeiro a postular que essa febre era uma doença contagiosa, causada pelos médicos que assistiam aos partos. O'Dowd e Phillip, em seu estilo britânico, sublinham, sobre o trabalho de Denman, que “essas observações não aumentaram sua popularidade” (1994:222).

Alexander Gordon publicou em 1795 seu *Tratado sobre a Epidemia de Febre Puerperal em Aberdeen*. Ele percebeu que a febre ocorria apenas depois do nascimento, e que um agente entrava através “das feridas do parto”; a doença seria levada de uma paciente para outra por um médico ou parteira que tivesse atendido um caso da doença. Para resolver esse problema propôs a fumigação das enfermarias, camas e roupas dos atendentes (1994: 223). Gordon deixava claro que não se tratava de uma epidemia misteriosa, mas comunicada pelo contato físico de uma pessoa para a outra. Apesar de seu tratado, recebido com hostilidade, a doença permaneceu não mencionada nos livros de obstetria ainda por muitos anos.

As mortes aconteciam em proporções até então inéditas. Segundo Rich, “a ansiedade, a depressão, o sentimento de ser uma vítima sacrificial, todos estes componentes da experiência feminina se tornam, mais do que nunca, a assistência invisível na gravidez e no parto”. Uma das mortes relacionadas ao

parto desse período que ficaram para a história foi a de Mary Wollstonecraft, a autora do panfleto feminista *Reinvindicação dos Direitos da Mulher*, publicado em 1792. Vítima de uma infecção puerperal, ela morreu, conforme comentou uma autoridade religiosa contemporânea, “de uma morte que marca fortemente a distinção entre os sexos, apontando o destino da mulher, e as doenças às quais elas são peculiarmente sujeitas” (Rich, 1986:155).

Outro parto famoso foi o da princesa Charlotte da Inglaterra, em 1817, a primeira da família real a trocar a tradicional parteira da corte pelo médico varão. Aos dezoito anos, depois de uma gravidez em que seguiu todas as prescrições médicas, incluindo uma dieta rigorosa, as sangrias e purgantes periódicos, assistida por dois médicos, ela entrou num trabalho de parto de vários dias, ao fim dos quais, depois de eliminar um corrimento esverdeado, deu à luz a um filho morto e morreu em seguida (Sorel, 1984; O’Dowd e Phillip, 1994). Na perspectiva de hoje, pode-se supor que a princesa e o bebê morreram de uma infecção, contaminados pelos médicos, mas não foi esse o efeito do caso, que deixou a Inglaterra desolada. Os médicos foram duramente criticados — e um deles se matou em seguida — mas a crítica foi principalmente por não terem tentado o uso dos fórceps. A infecção puerperal ainda mal existia como problema.

Em 1843, Oliver Holmes apresentou para discussão, na Sociedade para o Melhoramento Médico de Boston, um trabalho sobre o caráter contagioso da febre puerperal. Ele demonstrou, “de maneira sólida, que a doença era transmitida de paciente a paciente por médicos e parteiras que tivessem tido contato com exames *post-mortem* e com pacientes infectadas” (Rich, 1986:153). O trabalho de Holmes, como o de Gordon e o de Denman, recebeu grande oposição. Professores famosos como Charles Meigs e Hugh

Hodge o combateram, insistindo que os médicos não comunicavam a doença (O'Dowd e Phillip, 1994:223). Holmes foi atacado violentamente como um jovem arrogante, irresponsável e sensacionalista. A profissão médica recebeu seu trabalho como um ultraje, pois ao descrever as mãos dos médicos como sujas e contaminadoras, invertia o argumento que estes usavam contra as parteiras (Rich, 1986). Seu ensaio sobre a febre puerperal viria a se tornar um clássico, mas só muitos anos depois.

Segundo Pérez-Tamayo (1988,II-168), muitos outros autores insistiram em que o contágio pelas mãos contaminadas do médico era uma forma de iniciar-se a febre puerperal, mas também que havia muitas outras, tão ou mais importantes quanto a contaminação. Para esse autor, o único que insistiu do princípio ao fim em que a causa necessária, a *conditio sine qua non*, era a presença de material orgânico em decomposição no sangue das pacientes afetadas foi Ignaz Semmelweiss.

Semmelweiss enfrentou a oposição de seus colegas de maneira especialmente dramática. Em 1846, ele foi nomeado ajudante da primeira clínica obstétrica, que funcionava no Hospital Geral de Viena. O hospital tinha duas clínicas: a primeira, onde os médicos e estudantes de medicina praticavam, e a segunda, conduzida pelas parteiras e suas estudantes. Na segunda, o índice de mortalidade por febre puerperal era na média 3%, enquanto na dos médicos, variava entre 9 e 30%.

Diante dessas cifras contundentes, os médicos “procuravam justificativas tais como o fato das mortes se darem em mulheres prostitutas ou abandonadas, o que não se sustentava por haver o mesmo número delas nas duas clínicas” (O'Dowd e Phillip, 1994:645), assim como atribuíam a febre à natureza combustível da mulher parturiente, às distocias, a influências

atmosféricas, cósmicas ou telúricas, à acumulação de humores tóxicos, à tensão emocional e a muitos outros fatores (Atchemberg, 1991; Perez-Tamayo, 1988, II).

O quadro era dramático. Semmelweiss conta das mulheres aterrorizadas, implorando e tentando de tudo para ir à clínica das parteiras (O'Dowd e Phillip, 1994:645), que elas sabiam mais seguras:

Que a Primeira Clínica realmente as apavora, isto pode facilmente ser demonstrado, porque o médico tem que suportar cenas de partir o coração, quando as mulheres, contorcendo suas mãos, suplicam de joelhos por sua liberação a fim de buscar admissão na Segunda Clínica quando por não conhecer o lugar, entram na Primeira Clínica, o que se revela pela presença de homens desconhecidos (apud Rich, 1986:154).

Ele compreende as relações causais da doença através de uma tragédia: de volta de suas férias, encontrou seu mestre e amigo, Jacob Kolletchka, morto por uma febre do cadáver, resultado de uma ferida no dedo causada por um corte accidental durante uma autópsia. E descreveu, no exame *post-mortem* que fez no amigo:

“neste instante, me dei conta da grande semelhança do padecimento que havia causado a morte de Kolletchka com o que eu havia visto incontáveis vezes nas mulheres depois do parto” (apud Perez-Tamayo, 1988:168).

Rapidamente, ele identifica as mãos dos médicos, contaminadas na sala de autópsia com material apodrecido, como os veículos utilizados por esse material para chegar até os órgãos genitais das pacientes.

A imagem do médico como condutor de restos de cadáveres apodrecidos para as vaginas das parturientes parece de fato estranha aos leitores de hoje. Segundo Perez-Tamayo, “o amável leitor poderia perguntar” se os médicos não lavavam as mãos ao terminar a autópsia quando iam trabalhar na clínica obstétrica e, “por mais difícil que seja acreditar, era esta a situação, não somente na Primeira Clínica de obstetria de Viena, como no mundo inteiro”⁴⁷ (Perez-Tamayo, 1988:168).

Quando então propôs que os médicos de sua sala lavassem as mãos com uma solução clorada, a mortalidade se reduziu aos níveis da clínica das parteiras. Entusiasmado, propôs que sua doutrina fosse disseminada pelos professores de parto:

“até que todos os que praticavam a medicina, até o último médico e a última parteira do povoado, atuem de acordo com estes princípios; minha doutrina foi produzida para eliminar o terror das clínicas de maternidade, para conservar a esposa ao marido e a mãe ao filho”(apud Perez-Tamayo, 1988:168).

O trabalho de Semmelweiss encontrou enorme hostilidade, esbarrando na resistência de professores famosos, a maioria dos quais resolveu simplesmente ignorá-lo. Ele seguiu tentando chamar os médicos à consciência de sua responsabilidade pela morte das mulheres:

⁴⁷ Não consideramos totalmente descabido sugerir que a estranha associação entre cadáveres e vaginas possa ser indicadora de alguma analogia entre as características de ambos, com relação às noções de sujeira, poluição e podridão, que tanto o parto quanto a morte podem comportar, sobretudo no contexto de enfermarias imundas e tomadas pelas secreções fétidas das mulheres infectadas. No caso parece haver uma mudança no sentido da contaminação; está superada a idéia de que o varão poderia ser “contaminado” espiritualmente pela manipulação dos mortos, como pela manipulação dos genitais femininos e suas secreções. Imaginamos que a idéia de uma contaminação “invertida”, da mão do médico para a vagina da mulher, seria tão estranha para os médicos de então quanto para nós é hoje a idéia das mãos sujas.

Por minhas convicções, devo aqui confessar que só Deus sabe o número de pacientes que foram prematuramente para o túmulo por minha culpa. Eu manipulei cadáveres extensamente, mais que a maioria dos parteiros. Se eu digo o mesmo de outro médico, é apenas para trazer à luz a verdade, que foi desconhecida por muitos séculos, com resultados medonhos para a raça humana (apud Rich, 1986:155).

Semmelweiss comprovou eloqüentemente a eficácia de sua teoria em sua clínica, escreveu e publicou seus achados, demonstrou experimentalmente sua teoria inoculando em coelhos sangue de mulheres infectadas. Apesar de suas tentativas de convencimento, os médicos pareciam tão indiferentes à sua teoria quanto à morte das mulheres.

Revoltado com o desprezo dos seus pares, partiu para o ataque frontal. Em carta aberta a um diretor de clínica obstétrica, seu opositor, escrevia:

“Seus ensinamentos, senhor professor, se apóiam nos cadáveres das mulheres assassinadas por sua ignorância [...] Tomei a decisão irrevogável de impedir até onde me seja possível este trabalho de assassinos [...] Eu o denuncio ante Deus e o mundo como um assassino” (apud Perez-Tamayo, 1988:II-168-9).

Em outra carta, atacou os professores que se recusavam a discutir as suas teorias e, em vez disso, defendiam que novas maternidades, bem mobiliadas e limpas, deveriam ser construídas para resolver o problema da febre puerperal:

O senhor demonstrou, senhor professor, que apesar de seu novo hospital repleto de equipamento e mobiliário, se pode perpetuar um

homicídio em massa quando se tem talento para isto (apud Perez-Tamayo, 1988:168).

Depois de muitas cartas abertas aos médicos, cada vez mais violentas e desesperadas, Semmelweiss dirigiu seus escritos ao público, isto é, aos varões:

Você, pai de família, sabe o que representa chamar um obstetra ou uma parteira para que atenda a sua esposa? É o mesmo que expor a sua esposa e o seu filho ainda não nascido a um perigo de morte (apud Perez-Tamayo, 1988:169).

Semmelweiss teria morrido em desgraça, internado em um asilo de loucos, e ironicamente da mesma febre que matava as parturientes e matou o seu amigo Kolletchka. No final do século, com o desenvolvimento da teoria bacteriológica, suas postulações foram resgatadas e valorizadas. Mas os autores anteriores a ele já haviam apontado as causas da febre e mesmo proposto soluções eficazes como a limpeza do ambiente e das pessoas.

É possível sugerir que a resistência dos médicos em se reconhecerem como causadores da doença, em um momento de intensa disputa com as parteiras pela hegemonia do mercado, tenha funcionado como um obstáculo adicional ao reconhecimento da contribuição desses autores. Outro obstáculo teria de ordem religiosa: os médicos opunham-se ao tratamento da febre puerperal, baseados na premissa de que Deus ordenara que as mulheres tivessem filhos na dor; por essa razão, até o século XX, muitos médicos se recusavam a aliviar qualquer sofrimento no parto, inclusive as intercorrências como a febre puerperal (Walker, 1981:656).

Muito depois de Semmelweiss, em 1898, Cullingworth mostrava que a incidência de febre puerperal continuava sendo muito menor nas áreas pobres de Londres que nas áreas mais abastadas. O fenômeno de mortalidade e sépsis nas áreas mais ricas do que nas mais pobres foi chamado de “relação reversa de classe social”. Essa “sobremortalidade” das ricas só diminuiu depois de 1935 (O’Dowd e Phillip, 1994:183-85).

As estatísticas de morbidade e mortalidade materna, desde sua introdução no campo da obstetrícia, davam larga vantagem às parteiras em comparação aos médicos. Em 1781, Robert Bland, o médico parteiro do Dispensário Geral de Westminster, publicou a primeira contabilidade de partos entre os pobres urbanos, concluindo que “as pacientes privadas morriam mais de febre puerperal que as pobres que viviam nos lugares mais miseráveis de Londres”. Isso se daria devido ao fato de as pacientes mais prósperas serem mais passíveis atendimento por médicos parteiros que freqüentemente haviam acabado de realizar exames *post-mortem*, ou de ter contato com pacientes infectadas ou, ainda, porque eles as submetiam a exames e manipulações internas e a procedimentos operatórios, resultando em aumento dos agravos. Em 1851, J. Roberton, de Manchester, confirmou os achados de Bland (O’Dowd e Phillip, 1994:183).

Como já dissemos, a febre puerperal fazia as mulheres fugirem do parto hospitalar e preferirem as parteiras. É difícil saber se as parteiras em geral de fato tomavam mais precauções com a limpeza do que os médicos, mas sabe-se que as parteiras cultas, que conduziam as clínicas de parto praticavam o exame vaginal, descrito detalhadamente nos livros que escreveram, e as profissionais da escola de Strassburgo “tinham como símbolo um dedo com

um olho na ponta” (Rezende, 1974:289). Os livros de parteiras instruem também sobre as manipulações internas do útero, como as versões.

Certamente o uso de instrumentos, inicialmente raro e posteriormente proibido entre as parteiras, contribuía muito para aumentar a sobremortalidade na atenção médica, como sugeriu Bland, em 1781, tanto pelas lesões provocadas em mulheres e crianças durante a manipulação quanto porque esses instrumentos — alguns revestidos em couro para provocar menos dano — serviam como condutores dos germes da febre (O’Dowd e Phillip, 1994).

A hegemonia da obstetrícia médica e masculina foi construída, aparentemente, numa longa tradição de negação da evidência empírica, pelo menos no que diz respeito à segurança e à preservação de vidas. Mas a construção da técnica, como do gênero, não se faz pela “evidência”, uma vez que esse “evidente” será sempre sua interpretação. Isso se revela de maneira ainda mais clara no caso do desenvolvimento técnico da extração obstétrica, como veremos a seguir.

4.2.2. O desenvolvimento da cesária: técnica, religião e o impasse entre mãe e criança

Ao leitor dos livros de história da obstetrícia chama a atenção o espaço das polêmicas sobre as técnicas cirúrgicas da cesária durante os séculos em que esse procedimento era quase sinônimo de morte. Tais técnicas cirúrgicas desenvolveram-se muito antes da teoria bacteriológica, da anti-sepsia, dos bancos de sangue e da antibioticoterapia, que viriam a transformar radicalmente seu prognóstico, já na segunda metade do presente século.

O fato de que a cesária fosse quase sempre fatal não impedia que encontrasse defensores entusiastas ou que fosse praticada em milhares de casos. Ao contrário do senso comum, de que a Igreja e as razões religiosas se opuseram ao desenvolvimento de cirurgia, ele foi mesmo impulsionado pela teologia moralista cristã⁴⁸. Como vimos, a cesárea era descrita como procedimento a ser feito para permitir o batismo, desde antes do Renascimento. A partir de então, o interesse por essa cirurgia é crescente, mesmo esbarrando em inúmeros e importantes opositores.

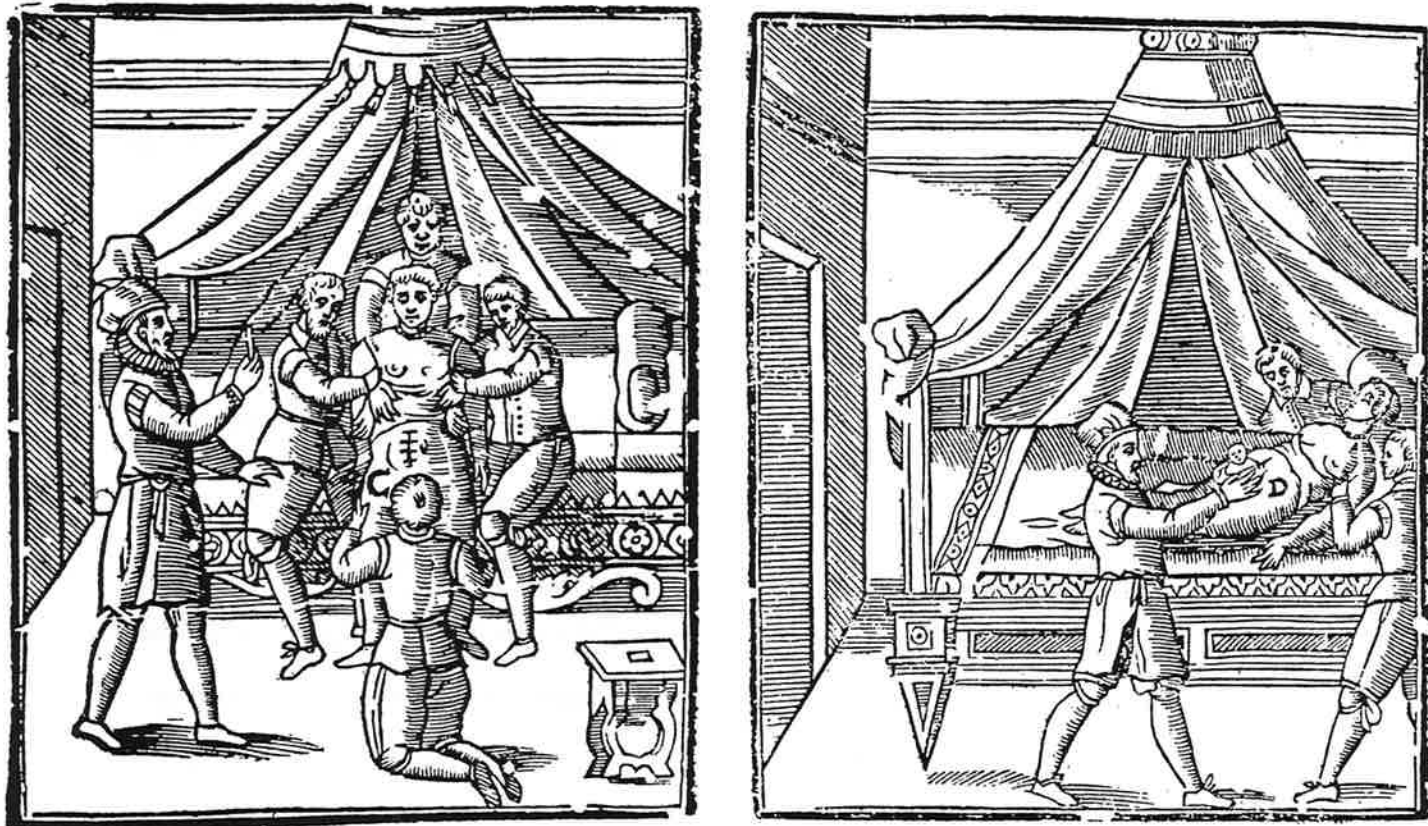
A partir do século XVI, surgem trabalhos como o muito citado *La Comare ò Recogliatrice*, de 1595, de autoria do monge e médico Cipião Mercúrio.

Em sua defesa da cirurgia, o autor insiste em que, para obter sucesso, o mais importante era manter os instrumentos longe da vista da operanda (Briquet, 1956:31). Seu livro inclui a descrição das técnicas de imobilização da mulher para o procedimento cirúrgico, especificando o número de homens necessários e seu posicionamento na cena, conforme a mulher fosse forte e valente ou fraca e medrosa.

Essas descrições e ilustrações, ainda que muito fragmentárias, sugerem que esse procedimento era feito frequentemente à revelia da mulher e contando com sua ativa resistência. Mercúrio e autores contemporâneos seus, como Rousset, defendiam que muitas mulheres recebiam a graça de sobreviver à cesárea.

⁴⁸ Ranke-Heinemann sugere que a teologia moralista impulsionou não apenas a cirurgia genital feminina, como também a masculina, como no caso do desenvolvimento das técnicas de castração nos séculos XVIII e XIX. O papa Bento XIV, em 1748, teria se oposto ativamente à proibição das castrações, pois, sem os *castrati*, que faziam as vozes femininas no coro, as igrejas ficavam vazias. As mulheres estavam proibidas de cantar na igreja desde o século IV (1996:270).

Se a cesárea em mulher morta era um procedimento consensual para tentar salvar a vida, terrena ou material do concepto ou para permitir enterros separados, em mulher viva ela encontrava grande oposição. Paré, cirurgião



Técnicas de agarramento para cesária, em Mercurio, 1595, in Rezende, 1974

de formação secular, que trabalhava em colaboração com as parteiras no século XVI, opôs-se ativamente à cesárea e considerava “uma insolência reivindicar que a operação pudesse ser praticada sem a morte da mãe” (Rezende, 1974:12). Já Mauriceau (1637-1709) atacava a opinião de Paré, argumentando que, embora fatal, esse procedimento deveria ser praticado no caso de um herdeiro importante, como o filho de um rei, pois “o interesse

público era mais importante que o interesse de um indivíduo” (O’Dowd e Phillip, 1994:158).

Para além dos interesses públicos ou dos ricos e poderosos, a cesárea era argumentada sobretudo *no interesse da vida eterna do filho*, através do batismo. Nessa direção se desenvolveram instrumentos técnicos adequados a essa finalidade, como a seringa de água-benta para o batismo intra-uterino.



Felipe Peau, seu inventor, “profundamente católico, entendia que se devia praticar a cesárea ainda que o intuito não fosse outro senão o de batizar o feto, com uma seringa, na cavidade uterina” (Briquet, 1956:35).

Seringa de Peau. in Briquet, 1957:17

Um dos grandes defensores da cesárea foi Afonso de Ligório⁴⁹, pai da teologia moral do século XIX e em grande parte da do século XX. Para ele, havendo a esperança de a criança poder ser batizada, mesmo diante do risco de morte da mãe em decorrência da cirurgia, esta teria de suportá-la, ou seja, teria de preferir a vida espiritual da criança à sua própria vida temporal. O autor esclarecia que no caso das grávidas condenadas à morte, o procedimento adequado não seria nem o de adiar a execução até o parto, nem de matá-la e fazer uma cesárea *post-mortem*: Ligório concluía que, “como a mulher teria de ser cortada depois da execução para salvar a criança, também se poderia cortá-la antes, assim antecipando o prazo da execução, que afinal só seria adiado para salvar a criança”.

⁴⁹ Santo Afonso de Ligório, fundador dos redentoristas, foi nomeado doutor da Igreja em 1871. Patrono de todos os confessores, é considerado a autoridade decisiva sobre a teologia moral, constantemente citado sobre a questão do manejo dos riscos da mãe no parto. Ele é conhecido como o padrinho das crianças cujas mães morrem no parto (Ranke-Heineman, 1996:328).

Uma das discussões colocadas pelos teólogos moralistas era sobre o quanto o confessor deveria informar às mães da obrigação de sacrificar sua vida terrena pela vida eterna do filho ou filha, tendo de se submeter à cirurgia em prol do batismo de um filho moribundo. Para resolver essa questão, a maioria dos teólogos aconselhava que, “como suas próprias vidas estavam em perigo, as mães não precisavam estar informadas, para evitar o caso de não consentirem em cumprir com a obrigação, e portanto morrerem em pecado mortal” (Ranke-Heinemann, 1996:326).

O argumento religioso parece ter tido um peso fundamental na ampliação da indicação da cesárea, aumentando a demanda pela cirurgia. As indicações se multiplicaram: além de para o batismo, passa a ser indicada para prevenir ou corrigir as mais variadas distocias ou, ainda, para tratar convulsões. Essa abundância de oportunidades, juntamente com o advento da anestesia, deu aos obstetras a possibilidade de executar a cirurgia com menos pressa, propiciando a experimentação e a inovação técnica (Metler, 1947).

Na história da cesárea divulgada pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, lê-se que, na primeira metade do século XIX, na França, “a preocupação religiosa católica em remover a criança para que fosse batizada impulsionou esforços pioneiros no talho cesáreo, esforços lançados por alguns dos melhores cirurgiões do país”, mas, “infelizmente, as técnicas cirúrgicas desses dias também contribuíram para os índices estarrecedores de mortalidade materna” (Pearce, 1994:8). De acordo com Ranke-Heinemann, sobretudo a partir de 1884, muitas mães deveram sua morte aos pronunciamentos papais sobre a cesárea e “os médicos, por outro lado, devem a estes pronunciamentos o progresso que conseguiram, a que não

teriam se empenhado sem a postura brutal e inexorável do Vaticano” (1996:320).

O parto abdominal se disseminou de tal forma que, “em 1889, havia um perverso abuso da cesárea”, mas, com o passar do tempo, tornou-se evidente que “a alta percentagem de operações cesarianas era uma das marcas da obstetria negligente, e o talho abdominal gradualmente retornou ao seu lugar de último recurso para salvar a vida da mãe” (Metler, 1947:982). Mas, desde então *até hoje*, conforme a teologia moral católica, se as vidas da mãe e do feto estiverem em perigo, a do feto, mesmo improvável, tem precedência sobre a da mãe, justificada pelo batismo. Para o Vaticano, a mãe sequer precisa ser informada desse assunto, que é da autoridade de padres e médicos, e eventualmente, de maridos.

Com que freqüência era utilizado esse recurso à morte heróica e sacrificial da mãe? Se até a primeira metade deste século, as estatísticas de mortalidade por cesárea eram muito altas, podemos imaginar a quantas andaram no século passado, quando as cifras foram aterradoras:

“É a estatística de Gueniot (1866), alguns milhares de observações, espelho dos funestos resultados conseguidos pela intervenção no século XIX. A letalidade atingia, não raro, e integralmente, todas as cesareadas” (Rezende, 1974:902).

Nas clínicas italianas de Pavia e Milão, entre 1800 e 1875, morreram todas as pacientes submetidas ao talho cesáreo. Em Viena, até 1877, os casos eram invariavelmente fatais. Segundo Baudelocque, um dos grandes defensores da cesárea e inimigo da embriotomia em feto vivo, em cinquenta anos da cirurgia no Hôtel Dieu em Paris, apenas uma mulher se salvou (Rezende, 1974:902).

Diante de resultados tão funestos, a cesárea enfrentou importante oposição. O conflito técnico, médico e religioso se materializava, em caso de impasse, na polarização entre os defensores do sacrifício do feto para salvar a mãe, por meio da obstetria mutiladora, de um lado, e os defensores do sacrifício da mãe para salvar o feto, com a cesárea, de outro.

Havia mesmo entre os médicos uma polêmica importante sobre a própria cirurgificação. A diversidade de condutas e o conflito sobre a melhor linha a ser seguida é ilustrada pelas posições de dois professores famosos e da mesma época. O alemão Osiander (1759-1822), cesarianista, proscreeu as craniotomias e era defensor do intervencionismo sistemático; nas estatísticas de seu serviço, “a parturição sem intercorrência operatória é a exceção”. Já Boër (1777-1851), de Viena, ensinava que o mais importante na assistência era a paciência, a brandura e a confiança nas forças da natureza; em quase mil partos, só se serviu do fórceps cinco vezes. (Rezende, 1974:17).

No contexto dessas polêmicas, se a cesárea significava uma condenação quase certa da mãe à morte, as alternativas menos perigosas estariam, ainda até o presente século, na operatória de arrancamento, com seus instrumentos “perigosos, sinistros, feticidas, e contudo imprescindíveis”, que abordaremos com mais detalhe a seguir.

4.2.3. O arsenal cirúrgico da operatória de arrancamento

Como vimos, a extração dos fetos em casos de partos desesperados, ou quando se identifica que o nascimento de uma criança possa resultar na morte ou em perigo grave para a mãe, foi uma prática usual entre os povos antigos, dos hindus aos egípcios, passando pelos gregos e romanos. Essas atividades

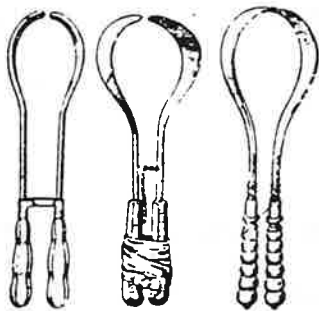
parecem ter pertencido predominantemente — embora não exclusiva — aos varões, e inspiraram o desenvolvimento de muitos e variados instrumentos cirúrgicos, conforme se pode encontrar nas descrições deixadas por esses povos. Madden, citado por O’Dowd e Phillipp, escrevia em 1875 que os fórceps inventadas no século XVIII eram idênticos aos encontrados nas escavações de Pompéia, usados no século I.

Os fórceps teriam sido retomados pelos árabes nos séculos X e XI, e foram citados por Avicena e Albucassis, que os teriam usado para extrair fetos vivos e mortos. Para muitos autores, possivelmente há confusão sobre a invenção do fórceps e do cranioclasto; embora parecidos, o primeiro servia para trazer a criança com um mínimo de dano, enquanto o segundo servia para esmagar e reduzir o tamanho da cabeça fetal.

Os instrumentos para a extração do feto morto ou para o feticídio voltaram à cena com mais vigor, no século XVI, através da publicação dos livros dos antigos (Rezende, 1974). Em 1555, Paré descreveu com detalhe o armamentário, que incluía longos garfos com dentes convergentes para a apreensão da cabeça fetal. Mauriceau inventou um perfurador e outro instrumento para, depois de fazer um buraco na cabeça da criança, extrair seu cérebro e provocar o colapso dos ossos para extraí-la morta (O’Dowd e Phillipp, 1994:141). O *Rosengarten* (1580) mostrava o *apertorium* e o *speculum matrici*, provavelmente com a mesma finalidade.

A história dos Chamberlain, conhecidos como inventores dos fórceps, e deplorados por quase todos os historiadores, é ilustrativa do contexto de surgimento desses instrumentos. Essa família de obstetras guardou por várias gerações o segredo dos fórceps que teriam inventado, de forma a obter o monopólio e maior lucro com sua utilização. Para evitar que fossem copiados,

os partos eram conduzidos no escuro e com a paciente vendada. Hugo, da segunda geração dos Chamberlain, tentou vender o segredo à França por uma enorme soma de dinheiro. Para tanto, foi desafiado por Mauriceau a fazer o parto de uma anã primípara raquítica; depois de três horas de tração, ele desistiu e o negócio foi desfeito. A quarta geração teria vendido o segredo da família a holandeses, mas mediante trapaça, entregou apenas uma das duas colheres dos fórceps (Magalhães, 1916; Rezende, 1974; Rothman, 1982; Rich, 1986; O'Dowd e Phillip, 1994).



Assim durante praticamente todo o século XVII, os fórceps foram monopólio de uma família. No século XVIII, Palfyne apresenta em Paris suas “mãos de ferro”, provavelmente inspirados no meio-fórceps vendido aos holandeses.

Mãos de ferro de Palfyne, 1721, in Briquet, 1957

A disseminação do uso dos fórceps levanta uma intensa polêmica sobre sua segurança e sobre se haveria vantagem no seu uso. Elizabeth Nihell, parteira inglesa culta formada na França, publicou em 1760 um livro em que combatia os instrumentos dos homens parteiros, e condenava os fórceps como excessivamente lesivos:

“Poucas, muito poucas parteiras seguiram a moda dos instrumentos trazida pelos homens [...] tentaram empregá-lo, e apesar de manejá-los com tanta destreza quanto os homens, logo descobriram que os fórceps são substitutos insignificantes e perigosos das mãos, com as quais se

pode conduzir as operações⁵⁰ de maneira mais segura, mais eficaz e com menos dor para a paciente” (apud Rich, 1986:150).

Nihell reitera que o parto não deve ser apressado e que se deve permitir à natureza cumpra seu papel. A parteira pode aliviar a dor manualmente, através de “mil pequenas atenções carinhosas, sugeridas pela natureza e aperfeiçoadas pela experiência”. A mão é o instrumento apropriado para qualquer procedimento, seja o exame vaginal, a versão externa e interna ou a rotação da cabeça, e as melhores mãos são as menores, mais delicadas e ágeis (Rich, 1986:146). Usando a seu favor o modelo dos dois sexos, ela defendia que as mulheres são mais adequadas ao ofício de parteira.

Os protestos de Nihell, como de outras parteiras e médicos, contra a “substituição das mãos de carne pelas mãos de ferro” não impediram a disseminação dos fórceps, que viriam a se tornar, segundo os médicos, “mais do que qualquer outro instrumento, aquele que simboliza a arte da obstetrícia” (Rich, 1986:142).

A larga utilização do fórceps a partir do século passado, levou certos serviços

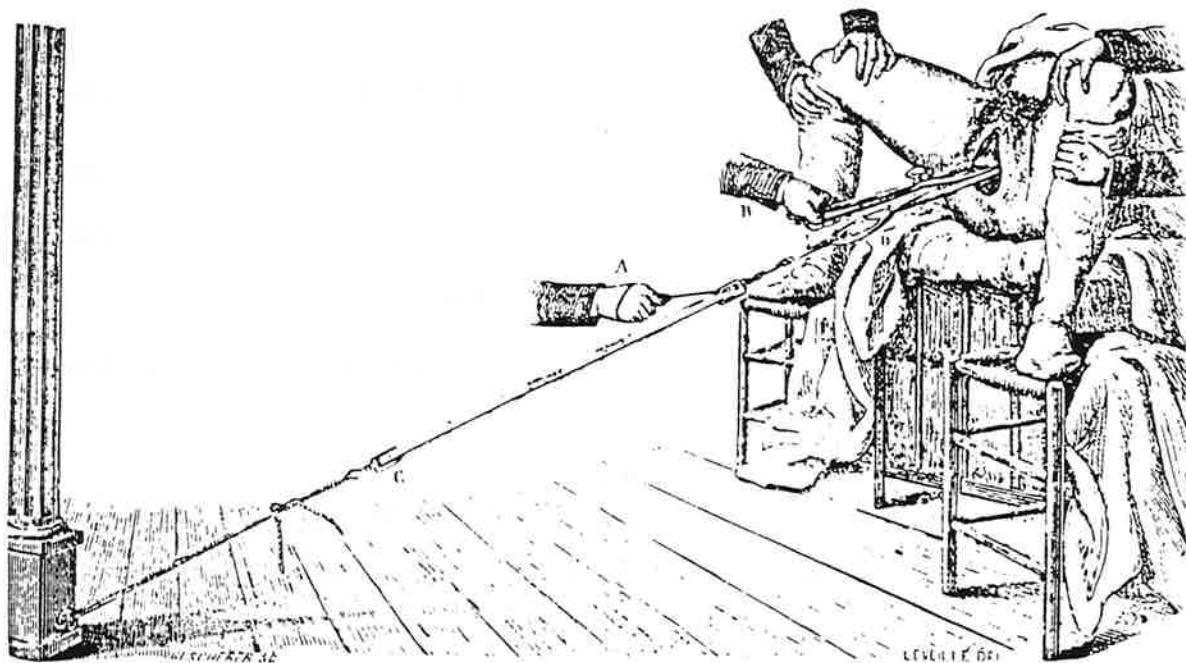
“a ampliar demasiadamente as indicações do fórceps, e estabelecer um optimismo funesto relativo ao máximo da pressão instrumental suportada pelo fêto; também a collecção dos traumatismos craneanos nas suas observações depõem contra os seus exageros” (Magalhães, 1916:139).

Se hoje em dia o uso dos fórceps está proscrito em vários contextos, pelas lesões que provocam mesmo o usado apenas para o desprendimento (o

⁵⁰ O sentido de “manobras” e “operações”, mais do que o atual sentido de práticas “cortantes”. parece aqui mais próximo do sentido etimológico da “cirurgia”, da “cura por operações manuais”, do emprego da mão e de utensílios diversos na cura (Passos Nogueira, 1977:1).

chamado fórceps baixo, de misericórdia ou de alívio), podemos imaginar o que significava seu uso nos tempos em que se praticavam os fórceps altos, que iam buscar a cabeça fetal dentro do útero.

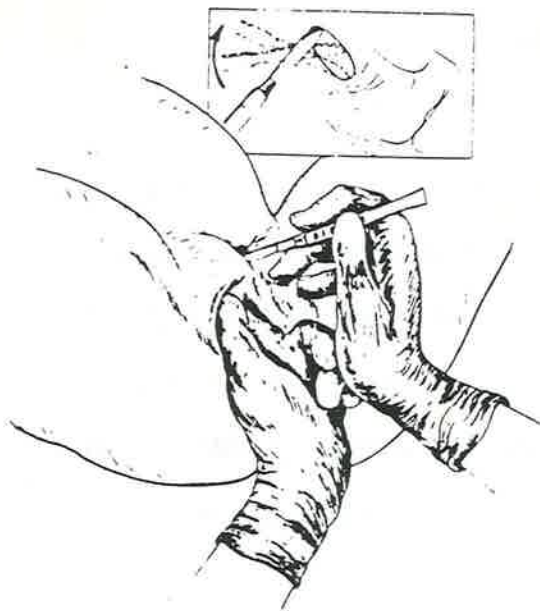
Os fórceps inauguraram uma patologia da parturição nova, em freqüência e gravidade antes sequer imaginada, tais como as lesões extensas da vagina, da bexiga e do colo do útero e a perfuração uterina, muitas vezes fatais. Os resultados sobre as crianças eram ainda piores, sendo que, ao seu uso, não era raro seguir-se a craniotomia (Magalhães, 1916; Rothman, 1982; Rich, 1986; O'Dowd e Phillip, 1994). Os esforços para aperfeiçoar os fórceps foram extensos, existindo, atualmente, cerca de 300 modelos diferentes. No século passado, uma das grandes polêmicas foi como fazer com que a força utilizada no uso do instrumento pudesse ser aplicado no eixo mecânico do canal de parto, tornando os fórceps mais seguros para a mãe e a criança. Nessa tentativa, desenvolveram-se os fórceps de tração axial.



Fórceps de tração axial de Tarnier, de 1877, in O'Dowd e Phillip, 1994

Apesar da sua indicação freqüente, as opções técnicas do parto operatório traspelvino, destinadas a adequar as relações entre o trajeto e o objeto continuariam limitadas por mais um longo período. Magalhães, já em 1916, em sua classificação dos partos operatórios, explicava que esses partos podiam ser agrupados em dois grandes blocos: os que eram feitos *por diminuição da extremidade cefálica* e os *por ampliação da bacia*. O primeiro grupo de técnicas incluía os fórceps, as embriotomias e, por fim, a versão do feto mediante manobras intra-uterinas, abominada pelo autor: “uma operação que traz ao feto conseqüências funestas e só pode ser uma operação de exceção”.

O segundo grupo destinava-se a aumentar o diâmetro da bacia estreitada pela destruição da sínfise púbica, parte da vulva e do clitóris (sinfisiotomia), ou pela fratura dos ossos púbicos (pubiotomia ou hebotomia, operação que



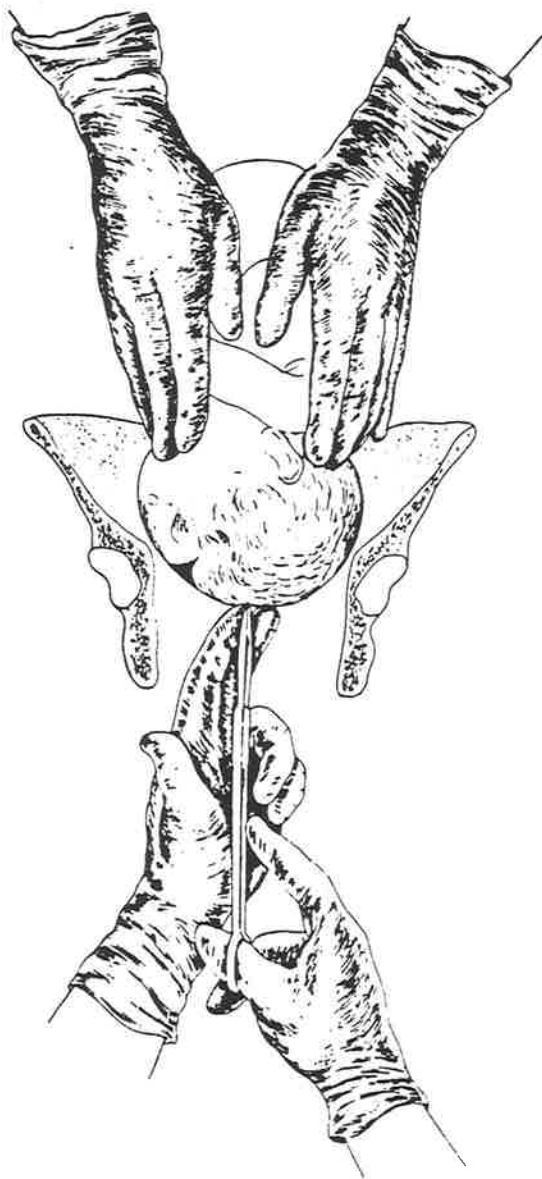
“nasceo do acaso, quando em 1778 Siebold, por erro ou por impossibilidade, serrou o pube ao envez da symphyse”). Essas cirurgias despertaram muito interesse e foram até defendidas como alternativa técnica mais segura do que a cesárea para a mãe e mais segura do que os fórceps para o feto. Os resultados eram equivalentes ou inferiores aos do primeiro grupo. Segundo Magalhães:

“também as consequências operatórias são dignas de apreço. Assim, é facto assinalado a hemorragia pelo comprometimento dos corpos cavernosos do clitoris. Este inconveniente foi relatado pelo próprio Faraboeuf que tentou removê-lo modificando o seu instrumental, e por Porak que, descrevendo as proporções da hemorragia, cita casos em que, como recurso desesperado, fez uma ligadura em massa de todo o tecido celular” (1916:238)

Embora esse procedimento contasse com defensores entusiastas entre seus contemporâneos, para Magalhães a sinfisiotomia

“era a única operação capaz de produzir ou uma grande mortalidade ou uma morbidade constante; as symphysiotomizadas passavam a ser consideradas enfermas. O julgamento de Baudelocque tomou uma forma axiomática e muitos levaram a repetir que a symphysiotomia quando salvava o feto matava a mãe, quando salvava a mãe matava o feto, e quando salvava os dois tinha sido uma operação desnecessária” (1916:138).

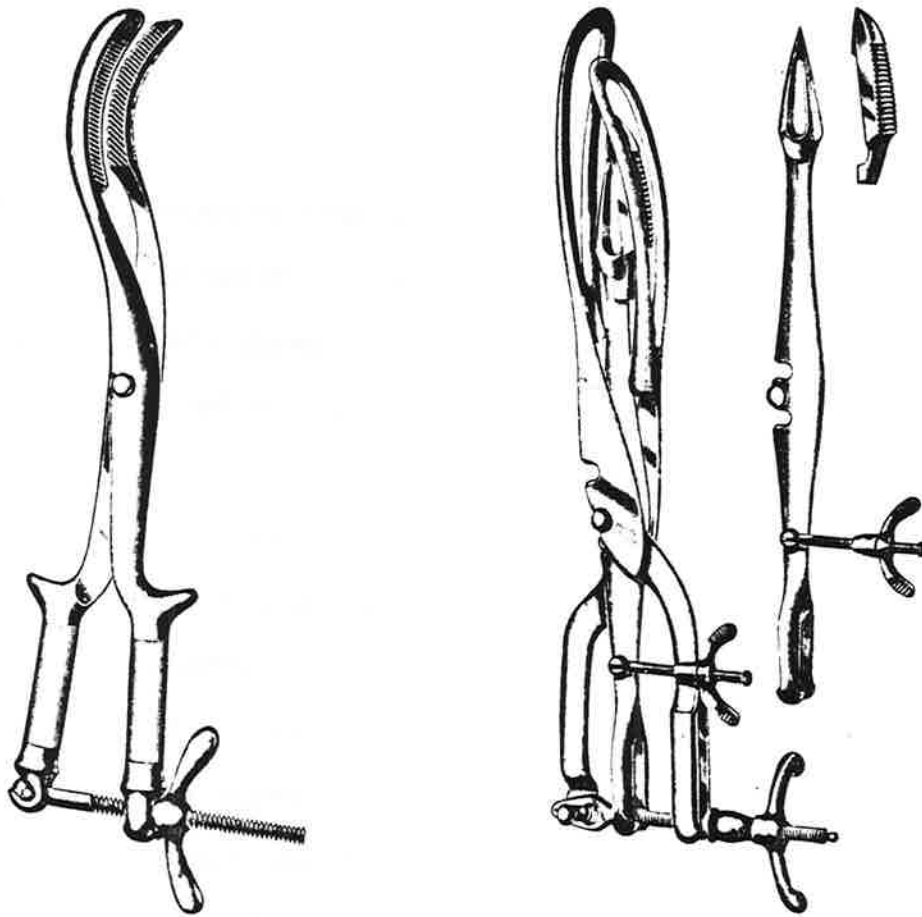
No contexto de opções técnicas tão funestas, apesar da grande oposição da Igreja, o feticídio e a craniotomia em feto vivo foram recursos que chegaram ao nosso século, também com eminentes defensores, sobretudo na Inglaterra e na Alemanha. Magalhães conta que Smellie, apesar de ser um gênio na obstetrícia, “é forçoso reconhecer que a elle se deve a predilecção dos parteiros ingleses pela embryotomia”. A situação na Alemanha seria ainda mais deplorável: “Deish de Aubsburgo, e Mittelhauser, de Weisen, levados pelo mesmo instinto de ferocidade, disseminaram o emprego da embryotomia, que o primeiro praticava 50 vezes em 61 partos” (1916:136).



Mesmo entre os opositores do feticídio, o recurso à craniotomia em feto morto era desagradavelmente freqüente, devido às lesões causadas pelos instrumentos. O armamentário necessário às várias formas de perfuração e esvaziamento da cabeça fetal e para o desmembramento do feto constam dos livros-textos de obstetria até pelos menos a década de setenta deste século, incluindo instrumentos que conjugam os craniótomos (perfuradores) e os cranioclastas (esmagadores), chamados basiótribos, além de um grande número de tesouras especiais para o desmebramento e de ganchos para a decapitação.

Craniotomia pela técnica de Smellie, in Rezende, 1974:1001

No início deste século, a operatória de arrancamento — muito semelhante à do final do século XVIII e utilizando basicamente os mesmos instrumentos, em novas versões — era o mais importante campo de ação da obstetria médica. Se as técnicas médico-cirúrgicas passaram a ser usadas cada vez mais extensamente, isso se deu menos por sua eficácia técnica ou por sua segurança do que pela crescente legitimidade social do acesso do médico ao corpo da parturiente e da criança.

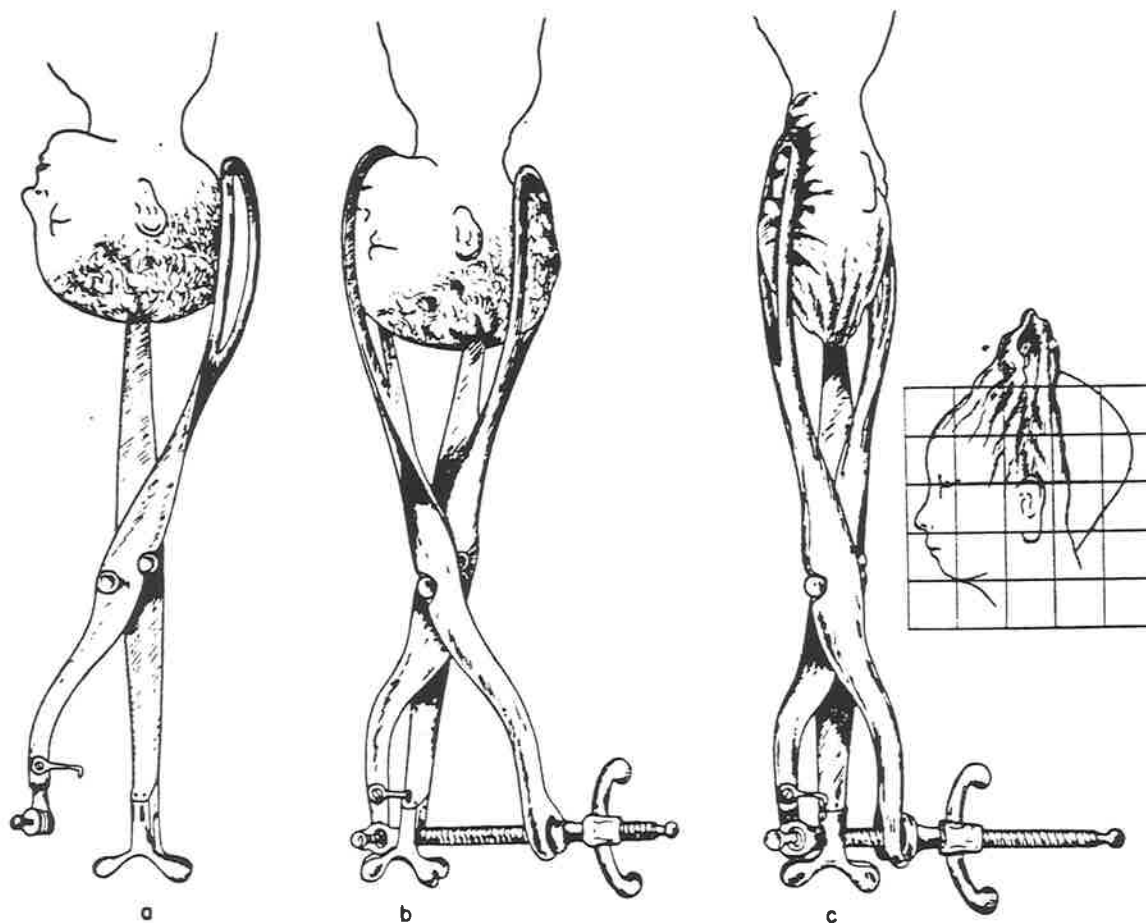


Cranioclasto de Braun, à esquerda, e basiótribo de Tarnier, in Rezende, 1974

Durante o século XIX, a obstetrícia médica se estabeleceu como especialidade, fazendo surgir um parto com perigos até então inéditos. A cirurgificação das intervenções sobre o corpo feminino tomou dimensões epidêmicas não apenas no parto, mas também com o advento de outra especialidade médica, responsável pelo corpo da mulher não-grávida: a ginecologia, com a qual não lidaremos nos limites desta dissertação⁵¹.

⁵¹ Ver a respeito: Ehrenreich e English, 1973a; Barker-Benfield, 1977; Daly, 1979; Rich, 1986; Jacobus, Fox-Keller e Shuttleworth, 1990; Martin, E., 1989; Atchemberg, 1990; O'Dowd e Phillip, 1994; Costa, 1996. Mesmo na versão dos seus historiadores contemporâneos, "a ginecologia se desenvolveu separada da assistência ao parto; e o corpo feminino foi sujeitado a um assalto cirúrgico, muitas vezes desnecessário, mas algumas vezes benéfico" (O'Dowd e Phillip, 1994:16). Para legitimar esse "assalto" e oferecê-lo como sempre benéfico, a cirurgia ginecológica construiu novos diagnósticos e intervenções sobre o corpo feminino, incluindo as cirurgias de útero e de ovário para resolver problemas tão diversos como a tuberculose e os transtornos de personalidade. Mais do que a obstetrícia, que lutava por dessexualizar a parturiente, a ginecologia problematizou e patologizou os genitais femininos, seu desejo e prazer sexuais, descrevendo o clitóris como um acessório anacrônico, inútil e incorreto. Na segunda metade do século passado, para resolver problemas do sistema nervoso central das mulheres, Baker-Brown propõe a amputação do clitóris para suprimir a "causa irritativa periférica". Essa cirurgia era também indicada nos casos de ninfomania e masturbação. A cirurgia ginecológica, em sua vertente

Aos olhos de hoje, no parto como fora dele, o que a medicina oferecia às mulheres, como confirmação e tratamento de sua vulnerabilidade, parece muito pouco convincente. Mas a medicina dos varões derivava sua autoridade e legitimidade, nesse “assalto cirúrgico” (O’Dowd e Phillip, 1994), de esferas distintas do que hoje podemos considerar “resultados técnicos”.



Principais tempos da basiotripsia, segundo Rezende, 1974

Se a técnica, com seus resultados macabros, descrevia e construía o corpo feminino de forma a adaptá-lo ao seu modelo, isso não se dava sem grandes

inspirada pela psicanálise e em sua teoria do orgasmo vaginal, chega a desenvolver cirurgias de aproximação do clitóris da vagina, desenhadas a curar a frigidez vaginal e deixar a mulher “normalmente orgástica” (Costa, 1996). Como muitas dessas técnicas se desenvolveram antes da difusão da antisepsia e da anestesia seguras, os resultados desses tratamentos eram frequentemente a invalidez ou a morte do paciente, o que mais uma vez confirmava a fragilidade feminina.

contradições. Era necessário ampliar a legitimidade da técnica, de modo a oferecer algo mais que a amplificação do sofrimento da mãe e da criança.

Na assistência ao parto do século XX, as sinistras técnicas de arrancamento serão cada vez mais argüidas e gradualmente superadas pelo conceito, tecnicamente renovado, de extração. Os atos extrativos, suavizados, que se desenvolveram em oposição à truculência do arrancamento, propuseram um novo conceito de trajeto e de sua relação com o motor e com o objeto, buscando redefinir também o lugar da mulher, do varão, da parturiente e do obstetra na cena.

Capítulo 5

O parto fisiologicamente patológico

5.1. A enfermaria vazia

No começo deste século, as práticas médicas de assistência ao parto, cruentas e arriscadas, continuavam encontrando grande resistência da parte das parturientes. Também no Brasil, desde o século anterior, além das mulheres de famílias ricas o suficiente para pagarem os honorários dos obstetras, em partos domiciliares ou hospitalares, as usuárias dos serviços médicos — os hospitais de ensino — eram as mulheres desvalidas, que não tinham aonde ir na hora do parto, e as parturientes de casos desesperados, que não haviam se resolvido com os recursos não-médicos. As demais eram atendidas por parteiras⁵², mais leigas ou mais cultas, que davam consultas sobre vários temas, como cuidados com o corpo e tratamento de doenças venéreas, e também praticavam o aborto e eventualmente colaboravam com a exposição⁵³ ou com o infanticídio. Mas a obstetrícia médica necessitava da

⁵² A maioria dos historiadores da obstetrícia consultados não hesita em desqualificar completamente as parteiras e a considerar suas práticas como “primitivas”, em oposição à sua condição, masculina e culta, de “civilizado”. Rezende conta que, quando da chegada de D. João VI ao Brasil, o “exercício da obstetrícia estava entregue às parteiras, não raro negras forras, cuja ignorância e métodos de assistência se adivinham” (1974:20). A desqualificação das parteiras, leigas e cultas, pelos médicos, em outros contextos também implicou uma “primitivização”, fortemente marcada pelo racismo, dessas práticas de assistência, como no caso dos obstetras norte-americanos, que descreviam a sua então rival parteira, no começo deste século, como “imunda e ignorante, recém-saída das selvas da África” e como “uma relíquia da barbárie” (BWHBC, 1993:692). Segundo Mott (1993:46), no Brasil, a análise da construção de uma imagem negativa das parteiras no século XIX no Brasil passa pelo exame da questão racial. “O preconceito que a literatura médica nacional tinha contra as antigas parteiras não estaria também no fato de muitas destas mulheres serem negras e mulatas, umas escravas, outras recém-saídas do cativeiro?” Certamente essa desqualificação combina a argumentação da superioridade (e da autoridade) de gênero, classe e raça, como mostram Ehrenreich & English (1973a) e O’Dowd e Phillipp (1994).

⁵³ A exposição ou abandono do recém-nascido para “deixá-lo morrer” era praticado em muitos contextos históricos. No Brasil, a partir do século XVIII criaram-se instituições para receber as crianças, mas geralmente esses serviços não os mantinham vivos: na Casa dos Expostos do Rio, por exemplo, a mortalidade anual era em média de 82% (Rago, 1985). Além da exposição, justificada pela

presença das mulheres nos seus serviços, em suficiente quantidade, pois para médicos e estudantes este era o único meio de adquirir prática na difícil arte dos partos. Como preencher suas enfermarias vazias? Inúmeros recursos foram empregados para atrair o público feminino aos locais de internamento desde o século anterior, incluindo medidas coercitivas para intimidar as pessoas que acolhiam, em suas próprias casas, as mulheres em trabalho de parto (Brenes, 1991).

Nas primeiras décadas deste século, o pavor ao parto hospitalar continuou plenamente justificado. O sinistro armamentário utilizado, a rudeza das técnicas e os altos índices de infecção hospitalar dizimavam mulheres e crianças em grandes proporções (O'Dowd e Phillip, 1994; Brenes, 1991; Schraiber, 1993). O que tinha a oferecer a obstetrícia? Como pretendia, para além das medidas abertamente coercitivas, convencer as mulheres de que seus préstimos eram os melhores?

No Brasil como em outros países, a partir deste século, cresceu cada vez mais a descontinuidade entre os modelos médico e o religioso de assistência, na medida em que o primeiro foi rearticulando suas alianças em busca de legitimidade. Os médicos obstetras se dirigiram às mulheres, buscando antecipar, identificar, nomear e responder às suas necessidades, propondo ativamente uma solidariedade do varão médico com a mulher parturiente. Em mais um movimento de secularização da assistência, confrontaram-se as autoridades médica e religiosa, disputando novamente quem estaria em melhores condições para definir a mulher e a reprodução, e o papel da assistência. Essa parturiente médica re-nasce de um duplo e contraditório

ilegitimidade ou pela pobreza, era também utilizada por escravas, pois as crianças expostas passavam a gozar da condição de libertos (Costa, 1983). Veja a esse respeito Walker, 1981; Costa, 1983; Rago, 1985; e Morton, 1994.

movimento: por um lado, a emancipação da mulher do poder patriarcal da Igreja e do marido, e, por outro, sua colonização pelo poder médico⁵⁴.

A descrição médica do parto, longe de ser monolítica, refletia uma variedade de conflitos, também internamente à medicina, quanto aos seus objetos e instrumentos de trabalho, e também as variadas formas de alianças na busca de legitimidade entre os sujeitos envolvidos. Enquanto sujeitos sociais concretos, as mulheres não assistiram passivamente a essas mudanças, mas, ao contrário, estiveram interagindo continuamente com essas abordagens, resistindo e/ou se acomodando.

No discurso médico, a fisiologia pode, cada vez mais, fácil e traiçoeiramente desviar-se dos seus rumos, implicando a ameaça de desastre. A antecipação da catástrofe distócica, cada vez mais, passa a compreender um conjunto de procedimentos clínicos e cirúrgicos *preventivos* na assistência, que deveriam ser executados de rotina.

A construção, dinâmica, dos objetos de trabalho da técnica está articulada com a definição mesma dos gêneros na assistência. Desde o século passado, o gênero *dos que assistiam* ao parto polariza, de um lado, os varões e a assistência científica e culta, e, de outro, a assistência feminina, desqualificada. Mas esse “engendramento” da assistência não se dá sem

⁵⁴Essa idéia é inspirada pelo trabalho de Costa (1983) sobre a ordem médica e a norma familiar. Para esse autor, a criação da mãe higiênica pela Medicina Social resulta desse duplo movimento, com a redefinição de papéis dentro da família, onde a mulher cada vez mais se torna aliada do médico, amante dos filhos e inimiga do homem. Acreditamos que, ainda que com diferenças significativas, esse duplo movimento é também visível nas transformações das práticas obstétricas. Em mais um movimento, contraditório, de secularização; aqui o varão pai-marido desaparece; seus interesses estariam representados pelo varão obstetra. O varão-clérigo, para Magalhães, está completamente desautorizado: “Não é possível reconhecer a auctoridade canonica em materia de obstetricia [...]. É preciso desculpar as auctoridades da Egreja de assim pensarem: ellas não conhecem as questões da obstetricia”. Sobre a questão do valor da vida da mãe em relação à do filho, Magalhães afirma, taxativo, que a vida materna é a vida capital, e a do feto, subsidiária; “a doutrina é erronea e deshumana” e o sacrificio da mãe para salvar o feto é inadmissível (1916:426-427).

muitas contradições, como pode ser evidenciado em alguns exemplos desses gêneros ainda confusos, em especial na assistência culta.

Um primeiro exemplo seria o caso de Josephine Durocher, uma francesa que se formou como parteira no Brasil e aqui exerceu seu ofício por meio século. Madame Durocher se vestia de homem, sobrecasaca e meia-cartola de seda preta incluídas. Eram muito comentadas as suas esquisitices de homem-mulher. Ela argumentava que a profissão demandava um perfil masculino, tanto para o uso da força física nas manobras e instrumentos quanto para circular pela cidade, de dia ou de noite, para atender às parturientes (Mott, 1992).

Outro exemplo famoso é o de uma das raras médicas mulheres⁵⁵ do século passado, a doutora Mary Walker; que trabalhou como cirurgiã na guerra civil americana. Considerada uma precursora do feminismo, ela não só também se trajava como homem, como ainda inventou uma roupa a prova de estupros, adequada às mulheres que precisavam circular desacompanhadas nas tarefas profissionais (Lions e Petrucelli, 1989).

Um terceiro caso, igualmente famoso, é o do doutor James Miranda Barret (1797-1865), um oficial médico do Império Britânico. Pequeno, imberbe, de voz fina e temperamento agressivo, por cinquenta anos ele construiu carreira como hábil cirurgião. Quando morreu, descobriu-se que “ele” era ela; enfim, “o departamento de guerra e a associação médica ficaram tão constrangidos

⁵⁵ A proibição da medicina às mulheres no século passado e suas justificativas médicas, tema de que não trataremos nos limites desta dissertação, é de interesse fundamental para a compreensão dos processos de construção dos gêneros. No século passado, este era um assunto passional: William Jenner, médico da rainha Vitória, afirmava “preferir seguir o enterro da filha a vê-la se tornar uma estudante de medicina” (Gordon, 1995:96). As escolas se recusavam a receber mulheres, usando, para justificar-se, sua natural incapacidade, a incompatibilidade entre as funções maternas e a atividade intelectual, e ainda o problema do pudor (Lions e Petrucelli, 1989).

que ele foi enterrado oficialmente como homem” (Lions e Petrucelli, 1989:569).

Nos dias de hoje, em que as mulheres invadem a profissão médica, esses casos soam muito estranhos. Mas eles são interessantes justamente para ilustrar a socialidade e a historicidade da construção dos gêneros na vida social; o gênero socialmente legitimado de quem assiste ao parto passa de feminino por definição a masculino por definição, comportando até mesmo um certo travestismo.

Essas marcas de masculino e feminino parecem em constante movimento, nos vários lugares dos personagens das cenas da parto. Assim, também a marca da mulher no parto vai se transformando: a pecadora não é idêntica à parturiente vítima da natureza, como não será idêntica à paciente resgatada do sofrimento pelo médico varão.

Com a discussão a seguir queremos sugerir que, no decorrer deste século, diante dos limites da obstetrícia médica teorizada e praticada por varões de elite, e das técnicas que ela tem a oferecer, faz-se necessário uma redescritção do corpo da mulher que viabilize *outra negociação* no manejo do sofrimento do parto. A medicina se contrapõe mais uma vez ao dogma religioso, reivindicando de maneira mais enfática a superioridade de sua autoridade científica. Oferece às mulheres uma nova aliança e justifica essa barganha na justa solidariedade do varão à mulher. Queremos sugerir também que, no caso brasileiro, tal negociação parece ter se encaminhado por uma tendência de barganha de aparentes concessões técnicas, para ampliar a legitimidade dessas práticas e convencer as mulheres a “se deixarem partejar”.

Nessa “barganha técnica”, nessa negociação, valorizar-se-ão, de maneira explícita, as necessidades que se antecipam que as pacientes terão, para além da segurança da sua vida e da do concepto: por um lado, a supressão da dor e, por outro, a prevenção e o tratamento do despedaçamento dos genitais supostamente provocado pelo parto. Essas necessidades aparecerão como finalmente resolvidas, desde o início do século, na promessa contida nas técnicas de extração, capazes de, de uma só vez, resolver os dois problemas e eliminar todos os demais.

Para enriquecer a compreensão da complexa dinâmica de construção social da parturição, suas técnicas de assistência e seus cenários, vejamos agora a descrição do parto, feita pelo pai da obstetrícia brasileira, Fernando de Magalhães, em suas *Lições de Clínica Obstétrica*, de 1916, buscando apreender nessas descrições alguns dos *movimentos* dessa construção do gênero e da reprodução.

5.2. A enfermaria silenciosa

“Há no momento uma preocupação humanitaria de resolver o problema da parturição sem dôr, revogando assim a sentença do Paraiso, iniqua e inverídica, com que ha longos seculos a tradição vem attribulando a hora benedicta da maternidade [...] et cum dolorem paries. No dia seguinte ao do peccado edenico cahio sobre a misera companheira do homem o peso daquella condemnação: e o homem será teu senhor, o filho será a sua dôr; o homem pesará no teu coração, o filho despedaçará tuas entranhas (Gen.,III,13):” (Magalhães, 1916:103).

Na Tradução Ecumênica da Bíblia, lê-se no Gênesis 3,16: “*Ele disse à mulher: ‘Farei com que, na gravidez, tenhas grandes sofrimentos (literalmente, segundo as notas do tradutor, ‘eu multiplicarei os sofrimentos da gravidez’); e é com dor que hás de gerar filhos. Teu desejo te impelirá para o teu homem, e ele te dominará’*”.

A tradução que Magalhães utiliza, ou sua interpretação, pode não ser muito literal, mas essa descrição “obstetrizada” é imediatamente conveniente à prática técnica. A mulher da obstetrícia médica de então se constrói na relação com um homem que pesa no seu coração e com um filho que despedaça suas entranhas.

Cada vez mais, a descrição médica vai operacionalizando, nessa sua versão do Gênesis, dois dos grandes objetos de trabalho da obstetrícia: o manejo da dor e a preservação dos genitais⁵⁶.

Para a obstetrícia médica, a dor está no centro da polêmica há mais de meio século. A justificativa de que ela é fisiológica e necessária, aceita pelos obstetras, era até então uma postura polêmica, coerente apenas com a explicação religiosa que se necessitava superar:

“O maior impecilho que tem havido em resolver o problema da anestesia durante o trabalho de parto é a preocupação de que a dor é fisiologica e portanto deve ser conservada. É pouco mais ou menos

⁵⁶ Na década de 20, nos Estados Unidos, De Lee criaria uma imagem médica do parto que ficaria famosa: para a mãe, o parto seria o equivalente a cair com as pernas abertas sobre um forcado; e, para a criança, a passagem pelo trajeto transpelvino equivalia a ter a sua cabeça esmagada por uma porta. Portanto, o parto produzia lesões, enfermidade, ou seja, era patogênico; como tudo o que é patogênico é patológico, o parto deveria ser encarado como uma patologia. Dessa forma, o autor propunha a instituição de rotina dos “fórceps profiláticos” das lesões do objeto e da “episiotomia preventiva” das lesões no trajeto (Rothman, 1982; Rich, 1986; Arms, 1994).

o consolo phylosofico do práctico á cabeceira da paciente: quanto mais forte a dor, mais depressa o parto” (Magalhães, 1916:103).

A obstetrícia questiona a justiça da condenação à dor e a redefine como natural; um erro natural, mas enfim, injusto:

Talvez seja preferível attribuir ao erro da natureza ou à deliquescência da espécie o transe doloroso que é o surto de uma nova vida; não pode haver castigo divino no injusto soffrimento, tantas vezes cruciantes, com que a mulher exerce a sua gloriosa missão de garantir a perpetuidade da raça humana. Os conceitos philosophicos vêm n'esta tortura a vantagem do aperfeiçoamento, indispensavel á sagrada função, consequencia da dôr, elemento universal e mysterioso (Magalhães, 1916:104)

O papel do médico seria não mais a assistência à tortura, condenação religiosa ou natural, mas a assistência à patologia, agora identificável e tratável:

“A dôr, no que tem permittido a minha observação concluir, parece entrar na genese dos collapsos observados durante o parto. É fato de observação frequente, mormente si se tem a considerar um terreno hysterico ou um estado de depreciação physiológica, apesar da insignificancia da perda sanguinea durante o trabalho ou após o delivramento, manifestar-se um desequilíbrio no organismo da mulher com perda de pulso, syncopes repetidas, collapsos. [...] Por isso julgo que é perfeita a indicação de qualquer meio therapêutico com o intuito de anesthesiar” (Magalhães, 1916:102)

Por menos otimista que isso possa soar, o reconhecimento da dor e das lesões genitais ou a descrição do parto como agravo à saúde, parece trazer consigo a promessa de libertar-se da maldição desse Deus injusto. É nesse contexto que Magalhães, contra a autoridade da Igreja sobre a parturiente, curiosamente, invoca a tradição secular e pagã da medicina.

“A nós, os herdeiros da tradição hippocrática, não compete acatar em absoluto o anathema millenario, tão mais suave e mais sublime o aphorisma do velho de Cós — divinus est opus sedare dolorem. As plantas aromaticas da medicina grega, o ópio cujo abuso provocou sua proscricção pelos médicos arabes da idade media, representam o esforço empírico e improdutivo de se levantar a condemnação eterna” (Magalhães, 1916:104-105).

Ao médico cabe sedar. Na interpretação de Magalhães, a tradição médica do passado, esforçou-se inutilmente para resolver o problema que a obstetrícia médica então moderna finalmente podia equacionar.

“Na partilha do sofrimento materno, que a responsabilidade impõe ao homem e que a sciencia exige do profissional, vem de muito longe a tentativa de poupar a fragilidade feminina ás agruras da parturição. [...] Aos que, como todos, entram a se exercitar na pratica obstetrica, impressiona sem duvida a positiva impassividade com que, na era dos maiores triumphos e dos mais poderosos recursos, ainda se admite o transe doloroso da mulher quando nasce o homem. E se não fora a convicção da infallibilidade do phenomeno, o que lhes é talvez attributo do sexo, já dos homens mal deveriam pensar as mulheres quanto ás qualidades de argúcia ou aos seus sentimentos de fraternidade” (Magalhães, 1916: 105).

Fernando de Magalhães não deixa dúvida quanto à coincidência de sentidos entre médico e varão. Este novo médico se coloca como varão poderoso e magnânimo: reprova o colega que, em vez de ajudar as mulheres, sonega-lhes a técnica por falta de solidariedade, limitando-se a supervisionar passivamente — por convicção, por indiferença ou por impotência — o cumprimento da pena.

São vários os movimentos dessa redescrição: primeiro, a dor existe, mas por erro da natureza ou pela deliquescência da espécie, não porque seja justa; segundo, ela é resultado da contração uterina, necessária ao processo; terceiro, apesar de necessária e fisiológica, a dor é ao mesmo tempo patológica, podendo levar a mulher ao colapso; quarto, o problema então seria o de suprimir a dor e manter a contração, o que podia ser, finalmente, utilizado de rotina, em todos os partos. E assim,

“Quando á sala de partos, hoje silenciosa, chega uma mulher em trabalho de parto e soffrendo, seja qual for a situação do trabalho, injeta-se 1 cc de lucina, isto é, o medicamento sedativo, tendo por base o pantopon sujeito a um processo especial de fermentação em meio próprio e adicionado do corretivo, a cafeina. Em cerca de quinze a vinte minutos as dôres cessaram e a paciente dorme. Nas primeiras applicações, com surpresa, verifiquei que as contracções persistiam, com o mesmo typo ou menos frequentes; a observação depois repetiu-se e em geral não é necessário procurar o oxytocico sinão quando se deseja accelerar o trabalho da parturição. Porque, sem o menor inconveniente para a paciente, o trabalho póde, embora um pouco mais demorado, correr indolor e mesmo, quando sob a acção completa do

sedativo a paciente recebe a injeção de oxytocico, os efeitos deste far-se-ão sentir intensos e indolores” (1916:105).

Não é pouco o que a obstetrícia médica oferece: mais que a segurança do parto assistido e sem dor, a proteção espiritual para as que escolhessem não sofrer como estava previsto por Deus:

“Assim cheguei á formula cujo emprego está testemunhado e que diariamente na Maternidade tão bons resultados obtém. A esta fórmula eu denominei — Lucina — [...] o nome é o da divindade olympica, Juno, que assim protege na mytologia grega a maternidade humana. Nada mais natural do que colocar a mulher parturiente sob a proteção de uma divindade. [...] A regra após a injeção de lucina é a cessação da dor e os partos fazem-se constantemente silenciosos; nos arredores da Maternidade não se ouvem mais os gritos e as lamentações de outr'ora” (Magalhães, 1916:115-116).

A lucina de Magalhães implicava inúmeros problemas, como a eventual parada das contrações, demandando o uso da ocitocina, que, por sua vez, requeria um aumento da dose do anestésico, levando à depressão fetal grave; era esperado que muitas crianças nascessem num estado conhecido como “morte aparente”, necessitando de procedimentos para “ressucitação”. Outro desdobramento importante era a necessidade de encurtar o parto com instrumentos como os fórceps, pela depressão fetal que o medicamento provocava, com conseqüências adversas para a mãe e a criança. Mas esses problemas deveriam ser relevados, considerando que

“Como toda therapeutica, o absoluto infelizmente não protegerá o novo medicamento e casos negativos apparecerão, mas mesmo assim a exceção fará lamentar sómente a impiedade do acaso. A tarefa é

sobrehumana, riscar a sentença da segunda página do Gênesis, e a tentativa tem que ser incompleta". (Magalhães, 1916:116).

Este era um parto considerado *espontâneo*: a mulher chegava, era posta inconsciente com uma dose de morfina suficiente para que não sentisse o desenrolar do parto nem as contrações artificialmente intensas e muito dolorosas da indução, nem eventuais manobras operatórias que se fizessem necessárias. Desta forma, além dos partos operatórios exigidos por alguma intercorrência ou acidente da assistência aos partos *espontâneos*, havia ainda os partos *operatórios eletivos*, nos casos de diâmetros ou formas pélvicas consideradas inadequadas, como discutiremos a seguir.

5.3. O caso da Maternidade e os perigos do trajeto transpélvico

Para enriquecer nossa compreensão das técnicas de assistência dessa época, em especial a problematização dos genitais femininos e dos limites colocados pelo "trajeto pélvico" no parto operatório, discutiremos agora um caso clínico. Contado no capítulo de abertura das *Lições da Clínica Obstétrica*, de Magalhães, "O caso da maternidade", de 1916, resultou na morte da parturiente e seu interesse está em ter despertado uma reação contra as técnicas utilizadas, entre os obstetras, fora do meio médico e mesmo na imprensa.

Sabemos pouco dessa reação, apenas o que o autor cita, muito depreciativamente, sobre seus críticos e os motivos que os inspiram:

"pois como sabeis, sobre elle [o caso] a inveja construiu o escandalo. Com que fim? Para vingar a morte de uma infeliz que só teve naquella

casa o carinho, a dedicação, o amparo de quantos lá trabalham? Não, o intuito não foi nobre nem elevado” (Magalhães, 1916:25).

O caso se iniciou quando a paciente, portadora de um vício pelviano de primeiro grau (o que, como vimos, significava que sua bacia era a melhor possível para um parto normal), entrou em trabalho de parto, ao meio dia de um domingo. O assistente

“resolvera aguardar a parturição espontânea, seguindo a evolução natural, embora lenta, do trabalho de parto, até que às 5 horas da manhã [do dia seguinte], percebendo a diminuição dos batimentos cardíacos e perda de meconio, completou a dilatação adiantada do collo e applicou o fórceps sobre a cabeça fixa no estreito superior: as tracções moderadas foram infructíferas e o assistente, administrando uma injeccção sedativa resolveu aguardar a minha chegada” (Magalhães, 1916:11).

Magalhães chegou às nove e meia da manhã, encontrando uma parturiente “rebelde á demora do trabalho”, e ao constatar na vagina “um thrombo embaraçando a penetração do dedo explorador”, resolveu por seu esvaziamento; o trombo se rompeu com profusa hemorragia, que foi debelada. O autor conta que, ao exame, percebeu excelentes diâmetros pélvicos e uma cabeça devidamente posicionada, e assim,

“Entendi dever indicar nova applicação dos fórceps, pois o fêto tinha os batimentos cardíacos mal perceptíveis em número de 90 por minuto. A segunda applicação foi feita secundum artem, foi solida, mas as tracções moderadas se mantiveram infructíferas; então, retirando o instrumento e pesquisados de novo os batimentos cardíacos do fêto,

repetida e cuidadosamente, foi o exame negativo, pelo que aconselhei a craneotomia seguida de cranioclastia” (Magalhães, 1916:12).

Aos olhos de hoje — e é difícil imaginar como olharemos a cena amanhã — parece nítido que a criança morreu pela combinação dos sedativos e ocitócitos administrados à mãe, agravada pelas aplicações de numerosas trações dos fórceps altos sobre sua cabeça. O tratamento dessas intercorrências era, como vimos, o arrancamento do feto morto, também cheia de acidentes. Prosseguindo, Magalhães relata:

“A craniotomia foi facil e rigorosamente executada, mas o cranioclasta escapou á primeira tracção. Seguindo um preceito de verdadeira prudencia, ordenei a retirada imediata do instrumento e fui eu mesmo verificar a causa do insuccesso: o toque explorador permittiu-me reconhecer que o orificio interno do collo se havia retrahido de maneira a apresentar uma dilatação de cerca de quatro centimetros e a exploração manual do segmento inferior revelou-me a retração do anel de Bandl” (1916:12).

Como vimos, a craniotomia consistia na perfuração da cabeça fetal, que permitia segurá-la com firmeza para seu esmagamento com o cranioclasta. A situação que se colocava era a do instrumento perfurador enfiado na cabeça do feto e este, morto, trancado em um útero que resolvera se fechar com o pequeno craniotomizado dentro. A retração patológica, ou do anel de Bandl, produz-se pelo estiramento exagerado do segmento inferior do útero, resultado da “luta entre contração e obstáculo”, classificada por Rezende entre os tocotraumatismos maternos, que segundo ele, podem ser espontâneos ou provocados pelo obstetra, mediante o uso de ocitócitos ou de instrumentos (1974:811).

Na cena contada por Magalhães, esse achado poderia sugerir a iminência de uma rotura uterina, possivelmente fatal. Diante disso,

Compreendi então por que os forceps foram infructiferos em bacia de pequeno vicio e, diante dos que assisiam todo o quadro clinico, chamei a atenção geral para a nova distocia que no meu entender tornava perigosa a operação pelvica. E commentei então: é assim que se iniciam as catastrophes obstetricas, é assim que se chega á impericia. Resolvi, por isso, praticar a operação cesariana (Magalhães, 1916:13).

Para Magalhães, por ignorância da gravidade das distocias que se apresentam, os críticos insistiam que “a sequencia de actos operatorios é inaceitavel. [...] A crítica extranhou, portanto desconheceo, e invectivou a cesarea, que já tenho feito, fiz e farei sempre em situação analoga” (1916:22). Ele cita um caso semelhante que atendera, o de

“uma mulher com retracção do anel de Bandl por efeito de ocytoto em demasia, no qual os fórceps e a basiotripsia foram infructiferos, apesar de longamente empregados, [...] o meo auxilio foi invocado, e ao praticar a versão de accordo com Betin, é que reconheci a distocia do segmento inferior: pratiquei a cesareana e a doente, sem vestigio de reacção peritoneal, falleceu, cinco dias depois, de uma insufficiencia hepatica aguda, consecuencia da chloroformização por espaço de mais de quatro horas exigidas pelo exercicio de operações pelvianas inúteis” (1916:23-24).

Rebatendo seus críticos que questionam a indicação de cesária, Magalhães afirma que,

“diante do problema que dictou a indicação da cesareana, terminei o trabalho sem destruição [sem retirada do útero], sem dilacerações e com a segurança de o haver feito limpamente. A morte sobreveio, apesar do rigor da minha orientação. Mas se a morte é o critério da impericia, apareça um só medico, se é possível, que nunca tenha perdido um doente”.

Entusiasta da cesária, ele desqualifica a interpelação de seus opositores associando a crítica à extração à violência dos atos de arrancamento que repudia:

“Talvez eles sejam partidários não da extração, mas do arrancamento do fêto de dentro do útero [...] mesmo os clássicos apontam as dificuldades capazes de transformá-la no arrancamento que leva consigo o fêto e o utero materno” (1916:22).

A crítica de Magalhães ao arrancamento, ou parto operatório transpelvino, tinha por base a argumentação de que, como trajeto, a pélvis era um obstáculo cheio de armadilhas e perigos, com os quais o operador e seus instrumentos terão de lutar. Quando a luta é em vão, “descança a violência, que pede socorro á mutilação”.

É um combate dos fortes contra os fracos:

“São solidários no combate á dystocia o médico e o seu instrumental, que agem contra o fêto e a parturiente; são rijos os primeiro, o músculo e o metal, são frágeis os outros, o crâneo quebradiço do fêto e os tecidos maternos que se rasgam. De tudo, o peor é ser a força sempre complicativa, porque se estimula na dificuldade que provoca,

dando a sequencia das intervenções successivas e substitutivas, cada qual mais violenta e mais nefasta” (1919:468).

Citando Wigand (1793), Magalhães afirma que o arrancamento freqüentemente leva o médico a “entrar em conflito com o útero e as partes genitais e alcançar a vitória á custa da parturiente e do filho”.

Em qualquer das alternativas do parto operatório transpelvino, o “conflito com o útero e as partes genitais” resultava em uma mortalidade materna e fetal muito altas. Ainda que a mortalidade por cesária, na estatística apresentada por Magalhães em sua defesa, fosse de 11 óbitos em 86 casos, a mortalidade consolidada resultante dos partos operatórios transpelvinos era ainda maior. Para ele, nos casos de distocia pelviana, a cesária seria mais indicada justamente por *suprimir o trajeto*, acidentado, distócico, intransigente, inoportuno e inseguro dos genitais femininos, construindo um outro trajeto, não-genital, médico, completo, independente:

“A prática sanciona o raciocinio que conduziu á preferênciã pela operação cesareana. Do seu cotejo com as operações transpelvinas, tiram-se conclusões interessantes. O parto abdominal é sempre fácil, portanto completo, independente. [...] Como toda a technica é abdominal, como a technica se resume em abrir, pelo abdomen, superiormente, a cavidade uterina, nem a desproporção entre o fêto e o canal, nem a placenta previa, nem as apresentações insolúveis encravadas, nem a retracção segmentaria inferior, nem a impracticabilidade cervico-vaginal, enfim, todas as difficuldades que occupam o canal da parturição, reflectem sobre o campo operatorio, que, longe, fica resguardado de qualquer dystocia, livre de toda a

inopportunidade, acima da maior intransigência: por isso a operação cesareana é completa” (1916:270).

O trajeto genital feminino, fonte de todos os tipos de tormentos, pode enfim ser superado e reinventado. Para o obstetra, o parto abdominal promete a liberdade da violência do arrancamento e das adversidades da natureza e, para a mãe, a liberdade das dores da pena edênica, e de um feto, encravado e enclausurado, despedaçando suas entranhas.

5.4. A técnica como expressão do pessimismo sexual e reprodutivo

na obstetrícia médica

O significado da cesária, antes uma expiação da culpa, ditada pela intolerância religiosa católica com as mulheres, a sexualidade e a maternidade, foi se transformando. De uma morte quase certa, o prognóstico sofreu modificações à medida que a antissepsia e a anestesia foram se aperfeiçoando e tornando a cirurgia mais segura. Mas, muito antes da antibioticoterapia e dos bancos de sangue eficazes, ela parece já conter a promessa da resolução dos problemas identificados no parto como patologia.

A grávida passava a ser não mais apenas a evidência da relação sexual, mas também uma pessoa a ser amparada e tratada. Essa preocupação refletia mesmo a mudança de caráter do que é considerado humanitário: enquanto a mulher pecadora era também uma pessoa a ser cuidada, ainda que tivesse de morrer por isso, a mulher distócica, para ser tratada e amparada, era descrita e considerada *um canal a ser desobstruído*. Como seu corpo era potencialmente inadequado para o parto, fazia-se necessário o controle médico do processo; o manejo do trajeto, do objeto e do motor foram se

tornando cada vez mais seguros, e os processos do parto cada vez mais conhecidos, mensuráveis e visualizáveis. A atenção ao parto pôde institucionalizar-se de maneira mais eficiente, com tempos, movimentos e lugares respectivos aos vários estágios que o processo deve cumprir, a cada um deles equivalendo um conjunto de procedimentos de rotina. O manejo ativo do parto institucionalizou-se. Os genitais naturalmente inadequados devem ser continuamente adequados aos modelos que se reconstroem.

A assistência ao parto “por via baixa” no século XX passou por muitas transformações, com grandes variações entre os diversos países e serviços, acompanhando os mais variados e estranhos modismos teóricos e técnicos. Na década de 20, nos Estados Unidos, propôs-se de rotina o parto rápido, de 30 minutos, induzido com ocitócicos, com a mulher sedada, o colo dilatado com instrumentos e o feto retirado com fórceps. Para a sedação⁵⁷, a hospitalização era mandatória. Para o uso de rotina dos fórceps, fez-se necessária a instituição da episiotomia, corte da vulva realizado sob a justificativa de proteger o feto da rigidez dos tecidos maternos, e de preservar os genitais da passagem do feto, “devolvendo à mulher a condição virginal”⁵⁸. Ainda que as evidências empíricas demonstrem insistentemente a

⁵⁷ O parto sob sedação total começou a ser usado na Alemanha em 1914 e fez tanto sucesso que houve mesmo um movimento de mulheres pela anestesia, incluindo a criação, nos anos 10, de uma Associação pelo Sono Crepuscular (Twilight Sleep Association), em Boston, demandando que os serviços incorporassem de rotina o procedimento. Essa técnica envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres tinham de passar o trabalho de parto amarradas na cama (Wertz, 1994:403).

⁵⁸ A fantasia do filho como despedaçador das entranhas da mãe parece sugerir uma certa rivalidade sexual entre o varão-pai e seu filho; depois da passagem da criança, como de um enorme pênis, a mulher ficaria definitivamente desvirginada e sua vagina, incapaz de conter o pênis, muito menor, do varão-pai. Portanto, seria papel do obstetra reconstruir as entranhas sexuais-reprodutivas despedaçadas pela episiotomia ou preveni-las pela construção de um trajeto alternativo, extragenital, que não ameaçasse a virgindade da mãe: a reprodução cirurgificada prometeria às mulheres a condição simultânea de mãe e de virgem.

inutilidade, reprodutiva ou sexual, da episiotomia, esse procedimento tornou-se a marca da obstetrícia médica no parto vaginal, cirurgicamente assistido de rotina.

Em meados deste século, com o advento da antibioticoterapia, à medida que o parto médico foi se institucionalizando, a assistência hospitalar tornou-se rotineira e desejável. A assistência ao parto passa a ser organizada como uma linha de montagem, na qual a paciente deveria ser “processada” em cada uma das fases do parto, por um dado período de tempo, com certos medicamentos e instrumentos, com vistas a atingir um certo resultado. Os serviços, seus profissionais e sua estrutura física foram se adequando aos novos tempos, com novas rotinas, procedimentos e divisões de trabalho entre varões e mulheres.

Arms, contando do próprio nascimento, descreve uma cena típica do seu contexto:

“Nasci em 1944, na época em que o parto hospitalar acabava de se instituir como norma nos Estados Unidos. Nos hospitais, as mulheres eram sedadas até a inconsciência, e em geral não acordavam até que a enfermeira lhes trouxesse o bebê. As enfermeiras tinham ordens estritas de chamar o médico apenas no final de trabalho de parto, mas era imperativo que ele (virtualmente todos os médicos daquela época eram homens) estivesse na hora da expulsão — pois não era permitido às enfermeiras fazer o parto. Era freqüente naqueles dias que as mulheres ficassem com as pernas amarradas juntas para impedir que os bebês saíssem antes do médico chegar [...] Apesar de drogada, minha mãe estava acordada quando eu nasci. Como minha cabeça começou a sair e o médico não havia chegado, a enfermeira colocou

um absorvente higiênico entre as pernas da minha mãe, e a cada contração que empurrava minha cabeça para fora, ela empurrava minha cabeça para dentro, até o médico finalmente chegar e 'fazer o parto'. [...] Este era um parto moderno em 1944" (1994).

O parto, evento insuportável, terrível, a que o corpo feminino está sujeito, era uma experiência a ser eliminada, sedada, apagada, alienada ao médico, que agora processava o corpo grávido passivo, imobilizado física e farmacologicamente, do qual faz sair a criança.

Na sucessão de modismos técnicos deste século, o parto vaginal médico moderno parece aos poucos tornar-se um anacronismo, com sua sucessão de procedimentos inúteis, violentos, que aparentemente serviam apenas para confirmar que parir é sofrer. A assistência ao parto vaginal concebido como patologia tornou-se um conjunto de procedimentos preventivos médico-cirúrgicos que se justificavam para prevenir os acidentes que o próprio modelo provocava e confirmava.



Mesa obstétrica da década de 70, com "algemas" usadas nos casos de parturientes acordadas, para prevenir que estas "se agitassem e contaminassem o campo cirúrgico do médico". In Arns, 1994:104

O parto médico deste fim de século, com seus rosários de riscos, expressa de maneira enfática a versão médica do pessimismo sexual e reprodutivo. O parto dói, insuportavelmente; a prevenção da dor demanda recursos anestésicos; como a mulher anestesiada não consegue parir, deve necessitar de instrumentos ou da cesária. O parto despedaça as entranhas; para prevenir isso, é necessário reconstruir o trajeto. A técnica oferece tudo para que a mulher tema o parto, confirmando e superestimando os sofrimentos que pretende prevenir. À preocupação humanitária com o manejo da dor, agregasse, de maneira menos ou mais explícita, uma preocupação humanitária com a preservação da higidez genital/sexual da mulher.

A cesária levou muito tempo para se legitimar como “trajeto preferencial”, e o que a legitimou foi a sua segurança, ainda que menor do que a do parto vaginal. No caso brasileiro, a defesa da cesária apoiou-se fortemente “no mito das lesões genitais, perpetuado por eminentes professores de obstetricia, que transmitem essa idéia aos seus estudantes, e assim o mito se torna um conceito prevalente tanto entre médicos como entre mulheres” (Faúndes e Ceccati, 1991).

Menos segura, mas muito mais adequada à organização dos serviços e das práticas, a cesária ganhou espaço sobretudo a partir da década de 70. No Brasil, o entusiasmo cesarianista de Magalhães, considerado o pai da obstetrícia, contagiou muitos de seus seguidores. Rezende, para quem a obstetrícia brasileira se divide em antes e depois de Magalhães, o cita como autoridade, já em 1974, na defesa do parto abdominal *a pedido*.

Explicitando o *caráter negociado* da técnica, Rezende argumenta que, “à semelhança do sucedido com o cirurgião plástico”, a quem as pacientes solicitam intervenções desnecessárias porém desejadas, e dos médicos de

outros países, que se confrontam com o abortamento provocado, “legalmente protegido e imposto pela gestante”,

“a nós do Brasil se começa a pedir a execução de cesária eletiva, pelos mais cerebrinos motivos: medo do parto, incapacidade de suportar-lhe o desenrolar, receio das lesões perineais, vontade de obter, simultaneamente, ligadura tubária” (1974:1104).

Rezende pondera que, como o parto vaginal “bem assistido, sedado e abreviado pelos métodos atuais” é muito mais seguro, “à primeira vista, o profissional deveria recusar-se ao compromisso de efetuar operação desnecessária, pois sem nenhuma indicação e vedada pelo Código de Ética Médica”. Mas questiona:

“É no entanto, sem indicação, a cesária a pedido? A gestante que a pleiteia, presa de temores vários, está sob o domínio de emoções que a intranquilizam e afligem. Irá de médico em médico, até ver satisfeito seu desejo. Negar-lhe o atendimento vai mergulhá-la em neurose de ansiedade, ou estado depressivo. Não lhe protege a saúde, sensu lato, o que acede à operação, não mais desnecessária, restituindo-lhe o ‘bem-estar mental’, desalterado o sofrimento que antevê no parto vaginal?” (1974:1.104).

A cesária passou a ser encarada como procedimento preventivo do parto, a patologia. Esse autor, do alto de sua experiência e autoridade, sugere que o medo ao parto e a desinformação levam à distocia, sendo portanto uma indicação de cesária. “É duvidoso, porém, que esse tipo de parturição eutócica se vá conseguir em paciente obstinada em obter cesária, que se acabará fazendo, por distocia intercorrente” (1974:1.104).

Por um lado, o medo do parto vaginal é uma distocia, ou um fator de alto risco para a distocia, indicando a cesária. Por outro, não convinha que a mulher, potencialmente descontrolada em qualquer alternativa de trajeto, vaginal ou abdominal, soubesse com realismo dos riscos envolvidos na cesária: “Por isso mesmo, não se dará muita ênfase, ao tentar dissuadir a gestante em se deixar partejar por via baixa, aos riscos da operação, o que a levará ao pânico desatremado, se a indicação surgir” (1974:1.104).

Aqui, como antes, essa negociação técnica expressa a construção, contínua e contraditória, da interação entre varões e mulheres na cena do parto. O pessimismo sexual e reprodutivo dos médicos reconstrói as mulheres como criaturas fisiologicamente caprichosas, ansiosas, deprimidas e potencialmente distócicas, capazes de, movidas por motivos cerebrinos, transformar a técnica e impor seu desejo aos médicos, que, a contragosto, se vêm obrigados a “dar um jeitinho” e ajustar a técnica a essas demandas.

Para justificá-lo, os médicos afirmam reconhecer às mulheres o direito, ou a autoridade, de se deixarem partejar ou se recusarem a isso, ou pior ainda, de abandonar o médico que não se submeta aos seus desejos. Aqui, chama a atenção que o médico argumente que a vontade da paciente possa levá-lo a desobedecer o Código de Ética médica e a abrir mão de seus critérios clínicos objetivos para satisfazer aos caprichos das mulheres.

A versão de Rezende dessa “negociação” em torno da técnica contrasta com a dos grupos de mulheres e profissionais dissidentes que se organizaram no Brasil, a partir da década de 80, reivindicando a humanização da assistência ao parto. Na visão desses grupos, a concepção do parto como patologia que demanda intervenção leva à imposição de rotinas violentas, inseguras, desumanas e ineficazes nessa forma de assistência, *construindo* o parto como

uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Segundo esses grupos, diante de tal quadro não surpreende que as mulheres introjetem a cesária como melhor forma de dar à luz.

É certo que as conveniências financeiras dos profissionais e das instituições estão fortemente representadas nessa argumentação. A cesária constitui, do ponto de vista da técnica, uma troca de riscos concretos aumentados, para mãe e bebê, compensada pela promessa, muito sedutora, ainda que duvidosa, de prevenção da dor e do despedaçamento dos genitais. E também do parto previsível, finalmente livre dos obstáculos do trajeto pélvico ameaçador, dos horrores do arrancamento, da ansiedade dos familiares, e, finalmente, compatível com o agendamento hospitalar eficiente, capaz de propiciar a maior rentabilidade aos prestadores de serviço.

O pessimismo sexual e reprodutivo da medicina — a crença de que a vida genital, sexual ou reprodutiva, é uma ameaça constante da catástrofe — se expressa também nessa conveniência, e encontra nas técnicas atuais de assistência ao parto, orientadas por avaliações menos ou mais enviesadas dos riscos envolvidos, uma expressão privilegiada de sua instauração e explicitação.

Mas estes não são os únicos atores na cena, e o fato mesmo de haver um movimento pela humanização do parto aponta para perspectivas mais otimistas na compreensão e na construção da sexualidade, da reprodução, e, para além do feminino e do masculino, do humano.

6. Considerações finais

6.1. O parto (e sua assistência) como construção social

Ao final desta releitura das transformações históricas na assistência ao parto, cabe-nos fazer um balanço do percurso realizado, do que se pode enriquecer de mediações e do que se percebe como lacunas no trabalho; do que confirma as impressões do início do estudo e das surpresas e novos estranhamentos trazidos pelo material.

Em primeiro lugar, discutiremos sinteticamente algumas das principais contribuições em termos de uma perspectiva de gênero para a releitura médico-social das práticas de assistência ao parto; em segundo lugar, faremos um inventário exploratório de algumas das principais configurações históricas dessa forma de assistência, e de sua relação com a construção dos gêneros, apontando para algumas das perguntas, agora melhor formuladas, que podem ter desdobramentos para futuras investigações.

Retomemos, inicialmente, a partir do caminho percorrido, a reflexão sobre o conceito de gênero. Sua importância, política e analítica, está vinculada à sua fertilidade na consideração das *mudanças* nessas relações sociais, exigindo para tanto a superação deste conceito enquanto mero reconhecimento da diferença sexual, seja esta biológica, ou ainda construída socialmente - o que aprisionaria a reflexão sobre o masculino e o feminino num outro essencialismo, desta vez social. No percurso desta dissertação, foi ficando cada vez mais claro o caráter “mutante” dos gêneros, como construção social, conflituosa: o gênero se constrói e

desconstrói no espaço de interação, conflito e instabilidade - inclusive na cena do parto - numa interação entre sujeitos múltiplos, contraditórios, que se “engendram” mutuamente. O potencial epistemológico radical do feminismo, segundo de Lauretis, estaria justamente em conceber o sujeito social de uma outra forma, como

“um sujeito constituído no gênero, sem dúvida, mas não apenas na diferença sexual, e sim por meio de códigos lingüísticos e representações culturais; um sujeito ‘engendrado’ não só na experiência das relações de sexo, mas também de raça e classe: um sujeito, portanto, múltiplo em vez de único, e contraditório ao invés de simplesmente dividido” (de Lauretis, 1992:208).

A partir dessa compreensão de gênero, uma primeira contribuição de uma reflexão feminista seria a ênfase na crítica à *compreensão naturalizada* da reprodução e da sexualidade, tratadas como dimensões biológicas da esfera privada da vida dos indivíduos, como se nessa cena não se inscrevessem relações de poder, hierarquia, violência. Enquanto processo e produto dessa construção e desconstrução dos gêneros, essas dimensões instauram e explicitam relações sociais e políticas; trata-se de uma interação assimétrica e hierárquica entre desiguais — mas ainda assim um espaço de negociação e interação.

Uma segunda contribuição é a que vem da discussão, sem dúvida enriquecida, sobre a *patologização da reprodução*. A reflexão feminista veio problematizar o que as práticas definem como seu objeto de trabalho, e questionar as bases históricas e políticas da concepção do feminino como “fisiologicamente patológico”. A patologização do parto, articulada à construção médico-científica do feminino como normalmente defeituoso e

dependente da tutela médico-cirúrgica, orienta-se, no último século, por um modelo *preventivo da distocia*. O modelo do parto como *evento de risco* derivado dessa concepção, como vimos, não se sustenta pelos critérios que orientam a própria técnica, mas por um conjunto complexo de determinações extra-técnicas que chegam, no caso brasileiro, a uma distorção tamanha que sugere a existência de um modelo de prevenção *do parto*, numa reafirmação insistente, aparentemente irracional e paradoxal, da imperfeição genital feminina. Trata-se aqui de um núcleo especialmente contraditório, tenso e instável dessa construção, um trauma potencial do gênero, no sentido dado por de Lauretis⁵⁹.

Uma terceira contribuição é a busca das dimensões relativas à *sexualidade* e ao *prazer sexual* na discussão sobre a reprodução. Chama a atenção a estreiteza da relação entre essas duas dimensões, *ainda que com sentidos muito distintos entre si*. A sexualidade é uma presença constante, mais visível ou mais invisível, mais positiva ou mais negativa, em todos os períodos e contextos visitados. Assim foi entre as devotas das divindades genitais, que presidiam simultaneamente às esferas que hoje chamamos de sexual e reprodutiva; assim se observa no pessimismo sexual e reprodutivo, que se institui com o cristianismo; como também no desenvolvimento técnico dos procedimentos que reafirmam o parto como patogenicamente

⁵⁹ De Lauretis faz as seguintes proposições para a compreensão das relações de gênero: primeiro, o gênero é uma representação (o que não significa que não tenha implicações concretas ou reais, tanto sociais quanto subjetivas, na vida material das pessoas, muito ao contrário); segundo, a representação do gênero é a sua construção e esta é tanto o produto quanto o processo de sua representação, e “toda a arte e a cultura erudita ocidental são um registro da história desta construção”; terceiro, a construção do gênero processa-se hoje como se processou no passado, por meio das várias tecnologias de gênero (por exemplo, o cinema, a medicina) e dos discursos institucionais (por exemplo, a teoria) com poder de controlar o campo de significado social e assim produzir, promover e “implantar” representações do gênero; quarto e finalmente, a construção também se faz pela desconstrução. O gênero, como o real, não é apenas sua representação, mas também o seu excesso, aquilo que permanece fora do discurso como um trauma em potencial que, se/quando não contido, pode romper ou desestabilizar qualquer representação.

despedaçador das entranhas femininas, exigindo a prevenção e o tratamento do prejuízo genital-sexual decorrente. Esta dimensão sexual parece ser um eixo estruturante das técnicas, talvez tão ou mais importante que as dimensões que hoje consideramos propriamente “reprodutivas”.

Nesta releitura da assistência ao parto, a exploração dos vínculos entre a “sexualidade” e a “reprodução” aparece como uma tarefa fundamental, e não se trata aqui de “reprodutivizar” a sexualidade, mas, ao contrário, de erotizar a reprodução, compreendendo o parto como uma função sexual normal das mulheres (Kitzinger, 1978). O esforço por remover a sexualidade da cena do parto constitui, segundo Davis-Floyd, um dos dilemas do modelo técnico atual dessa forma de assistência. Hoje, “a sexualidade continua sendo uma potente ameaça conceitual aos poderes criativos da tecnologia, e a sexualidade feminina continua como a principal lembrança desta ameaça” (1992:69).

A reflexão sobre as dimensões que hoje chamamos “sexuais” na organização da assistência ao parto foi certamente um aspecto que “emergiu” do estudo, mais do que o orientou, e sua “insistência” em emergir nos obriga não só a reconhecer a sua importância, mas, de outro lado, constatar o viés do nosso olhar atual, que tende a desconsiderar “a sexualidade” como esfera relevante para compreender as práticas relativas à “reprodução”.

Uma última contribuição que queremos destacar — uma dimensão que igualmente “teimou em emergir” — é a da importância dessa esfera que resiste a definições, que chamamos de “a esfera do sagrado” ou religiosa, ritual, metafísica, simbólica etc. Esta dimensão, difícil de nominar, está

presente hoje, como sempre esteve, re-ligando, integrando e conferindo os mais diferentes sentidos à experiência do parto.

O historiador das religiões Mircea Eliade, discutindo as sociedades femininas dos mistérios na Antigüidade, afirma que “o mistério do parto, quer dizer, a descoberta feita pela mulher de que ela é criadora no plano da vida, constitui uma experiência intraduzível em termos da experiência masculina” (1992:156). Gostaríamos de sugerir uma interpretação alternativa: para além de uma experiência, sagrada ou profana, do “feminino” ou do “masculino”, poder-se-ia imaginar também “o parto” e sua “assistência”, como uma tradução *humana* dessa experiência, intergenérica, relacional. Embora ocorra no corpo da mulher, o parto parece ser traduzível *também* em termos da experiência “masculina”. Alguns exemplos da tradução sugerida estão nos mitos de criação, nos quais o varão, com ou sem a participação da mulher, dá à luz; no ritual do *couvade*, em que os varões sofrem as dores do parto no lugar das mulheres e ficam “puérperos”, cuidando dos recém-nascidos; e ainda no médico moderno que “faz o parto”.

Um dos obstáculos à abordagem dessas dimensões rituais e simbólicas do parto está justamente na nossa dificuldade de transpor a crença “religiosa” na racionalidade da técnica. À medida que cresce e se acumula a evidência de que os procedimentos médicos habituais na assistência ao parto são muitas vezes desnecessários e mesmo danosos, segundo Davis-Floyd, “muitos indivíduos envolvidos com o tema se perguntam como uma prática que se propõe tão científica pode ser tão irracional”. Acredita-se que “a transferência do local de parto de casa para o hospital representou a definitiva desritualização daquilo que em outras sociedades mais

‘primitivas’ foi sempre um processo onerado por superstições e tabus”, quando, ao contrário, a transferência do parto para o hospital “resultou na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico já vista no mundo cultural humano”. Os procedimentos obstétricos, que não se justificam pela técnica, seriam “respostas rituais racionais para o medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência” (Davis-Floyd, 1992: 2-3). Neste trabalho, essa dimensão só foi reconhecida graças à sua insistência em emergir no material empírico, embora tenhamos podido localizar apenas superficialmente sua importância.

6.2. Técnica e gênero

Neste mapeamento exploratório de algumas das principais configurações históricas de modos particulares de assistência ao parto, buscamos recuperar esquematicamente a variabilidade dessa prática. É importante ressaltar que não buscamos nenhuma linearidade, nem a do mais primitivo ao mais sofisticado, nem a do mais humano ao mais desumano, ou vice-versa. O que procuramos foi vislumbrar as diferentes formas de articulações entre gênero, sexualidade, reprodução e poder, considerando que, nos vários períodos e contextos visitados, muito diversos entre si, há sempre permanências e rupturas, normatividades e resistências tensionando essas diversas formas de assistência.

Revisitemos, com esse espírito, algumas das principais configurações práticas que delimitamos.

Uma primeira é o conjunto, relativamente heterogêneo, de tradições da Antigüidade. Aqui tivemos a surpresa inicial: mesmo lendo criticamente a versão dos autores médicos, para os quais a obstetrícia médica “progrediu lentamente palmilhando caminhos quase impérvios, guiado pela ignorância e o pouco discernimento das parteiras” (Rezende, 1974:2), encontramos muitos fragmentos de relatos da assistência que indicam a presença de sofisticadas tradições cultas, femininas, fortemente orientadas pela observação empírica e associadas a cultos de “divindades genitais”. Sem pretendermos subestimar as enormes diferenças entre os contextos, ou mesmo as grandes assimetrias entre homens e mulheres, percebemos no material estudado a sugestão de que, nessas tradições, as mulheres eram reconhecidas por sua autoridade nessas esferas da vida social e trabalhavam em relativa cooperação com homens, que entravam em cena em casos de complicação e usavam instrumentos de arrancamento. Os períodos de florescimento técnico, por outro lado, estariam relacionados com os contextos de maior autonomia social e política das mulheres.

Uma outra configuração histórica pode ser identificada a partir da cristianização do Império Romano, quando houve crescente intolerância contra essa primeira tradição, cujas divindades foram então “demonizadas”. A misoginia e o pessimismo sexual e reprodutivo que, como vimos, não faziam parte do cristianismo primitivo, mas foram fortemente incorporados por ele quando se institucionalizou, implicaram o combate ativo a essas tradições e na vilificação da reprodução, embasada na culpa das mulheres pela queda dos homens. A reprodução, como a sexualidade, deveria ser vivenciada com culpa e sofrimento, e a assistência ao parto nesta configuração, em grande medida se justifica para garantir o

cumprimento desta pena. A longa e ativa resistência das antigas tradições, que foram se transformando, encontra ilustração de maneira especialmente dramática na repressão das parteiras pela Igreja durante o Renascimento.

O modelo religioso costuma ser considerado *em oposição* ao empírico, com base no papel anti-empírico do cristianismo, mas a concepção do “religioso” como obstáculo ao desenvolvimento da técnica encontra aqui várias contradições. No caso da obstetrícia médica, como vimos, as doutrinas cristãs foram fortes impulsionadoras do desenvolvimento das técnicas cirúrgicas sexuais reprodutivas, femininas e masculinas, e em especial as do parto abdominal - ainda que como expressão de suas concepções misóginas. Vimos também que as tradições técnicas da Antigüidade, articuladas às práticas religiosas, eram fortemente inspiradas na experimentação empírica. Aparentemente, não se pode fazer a equivalência do “religioso” com o “anti-empírico”, pois o que está em questão é a coerência dessa “experimentação”, desse “empírico”, com os marcos daquela determinada cultura religiosa, com o que a religião integra socialmente, “re-liga”.

Sobretudo a partir do século XVIII, houve um crescente interesse da medicina pela reprodução, e o parto passou a ser estudado como mecanismo, a partir da física e da matemática, o que constituiria uma nova conformação histórica. A entrada dos homens no quarto de parir coincidiu com a incorporação da prática obstétrica, cirúrgica, à medicina. Nesse movimento, a mulher foi descrita como vítima de sua natureza, como corporalmente inferior ao homem e incapaz para a vida social e política. Sua pélvis foi detalhada e fantasiosamente esquadrihada no desenvolvimento de uma tecnologia da prevenção do acidente de parto, a

distocia. Para a intervenção diante desses diagnósticos que se constróem, desenvolveu-se um grande número de instrumentos, alguns inspirados nos usados pelos antigos, outros inéditos.

A diferença técnica fundamental entre as assistências feminina e masculina consistia no uso de instrumentos cirúrgicos, privativo dos médicos, por definição, varões. O parto operatório, médico cirúrgico, desdobrou-se em duas vertentes técnicas, com seu respectivo armamentário: o arrancamento (fórceps, cranioclastos, basiótribos, ganchos, tesouras de degola e de desmembramento etc.) e a extração — a cesária. Essas duas vertentes desenvolveram-se simultaneamente, muitas vezes em conflito, refletindo diferentes perspectivas sobre o lugar da mulher, da criança, do varão, da sexualidade.

O que esta obstetrícia, de varões de elite, oferecia às mulheres e crianças, era desastroso. A entrada dos homens no quarto de parir, trouxe, até as primeiras décadas deste século, um aumento expressivo da mortalidade de mães e crianças, provocado sobretudo pela febre puerperal, pelo uso de instrumentos e pela prática da cesária. Diante dessa evidência, a grande maioria das mulheres continuou preferindo a assistência por parteiras, leigas e cultas, vista ainda como mais segura e conveniente. Isto trazia grandes dificuldades aos obstetras médicos, que necessitavam material para sua prática e ensino. Novas questões e técnicas se colocam, de forma a viabilizar uma “negociação” menos inaceitável para as mulheres, entre elas a reversão da pena religiosa do sofrimento obrigatório do parto, e da prevenção e do tratamento do “despedaçamento genital”.

Não houve, aqui, exatamente a superação de um modelo religioso, mas um movimento, contraditório e incompleto, de secularização da assistência⁶⁰, no qual encontramos mais uma configuração histórica: a do parto definido como normalmente patológico. Esse modelo construiu-se em analogia com o pessimismo sexual e reprodutivo mais amplo da cultura ocidental e definia o parto, para a mulher, como uma tortura fisiológica que deixava como seqüela um inescapável aleijão sexual e, para a criança, como um processo de esmagamento patogênico de sua cabeça pela pélvis materna. Para o manejo desse parto propunha-se que a mulher fosse hospitalizada, sedada e imobilizada, alienada da experiência, e que o médico “fizesse” o parto, retirando a criança de dentro dela por meio de recursos cirúrgicos como a episiotomia, os fórceps ou a cesária.

Desse pessimismo fisiológico que se apoiava na desconfiança em relação ao corpo feminino derivou, por analogia, o modelo atual do risco sexual-reprodutivo no parto e seus desdobramentos técnicos. O corpo feminino é, assim, fisiologicamente sujeito ao risco da catástrofe obstétrica se não se fizerem procedimentos *preventivos* de rotina. Esse modelo dogmático de antecipação e prevenção do desastre gera um conjunto de intervenções que aumentam os riscos de mais intervenção e produzem mais dano.

⁶⁰ No caso da prática médica obstétrica, esta secularização, no Brasil, nunca se completou. Nos dias em que estas considerações finais estavam sendo escritas, assisti pela televisão manifestações no Congresso Nacional de entidades religiosas contra o cumprimento, pelos serviços públicos de saúde, da legislação de 1940 que permite que a gravidez seja interrompida legalmente em caso de estupro ou de risco de vida da mãe. Aquela pequena multidão rezando pela continuação do descumprimento da lei ilustrava de maneira eloqüente não só a permanência deste pesimismo sexual e reprodutivo, como também sua forte influência no plano político-institucional. A superação deste pessimismo sexual e reprodutivo, político, institucional e técnico, é uma urgência política, sobretudo em tempos da epidemia de AIDS, quando se necessita repensar a sexualidade como direito, a ser exercido de forma livre, responsável, segura e prazerosa, e não como uma fonte de condenação, sofrimento e morte.

Cabe aqui reafirmar que acreditamos serem os recursos técnicos sempre necessários, e que estes devam ser o mais desenvolvidos e seguros possível, capazes de aliviar o sofrimento e adiar a morte. Mas também que qualquer tecnologia, como expressão de relações sociais, deve ser permanentemente argüida pelos sujeitos nela envolvidos, se quisermos de fato usufruir do seu efeito racionalizador e emancipador.

A década de 60 viu emergir uma “parturiente” que foi se transformando como sujeito social e que se organizou como movimento. Esse *objeto que fala* denuncia a técnica como inadequada, irracional e *violenta*, capaz de provocar risco e sofrimentos adicionais e que, em vez de amparar e ajudar, aliena e desumaniza. Nesse contexto, o parto tornou-se também um espaço de polêmica sobre a condição humana. E o *humano*, como vimos, pode ter os mais distintos sentidos. O movimento feminista que re-emerge afirma a autoridade das mulheres na definição de suas necessidades, opõe-se às condutas médicas feitas “para o seu próprio bem” e parte para o desenvolvimento de uma formulação nova da assistência, orientada pelo horizonte da *construção* dos direitos reprodutivos e sexuais, reivindicando para as mulheres os direitos humanos à condição de pessoa, à integridade corporal e à equidade (Correa e Petchesky, 1994).

As repercussões desse movimento implicaram uma crescente interlocução, menos ou mais conflituosa, com outros sujeitos sociais e a construção de alianças políticas que fazem com que esse marco dos direitos reprodutivos seja aceito por um conjunto cada vez mais amplo de interlocutores (ainda que freqüentemente apenas de forma retórica), como um direito humano básico de mulheres e homens.

Esse é um modelo, uma configuração histórica de assistência emergente, baseado na idéia dos direitos reprodutivos como demanda de justiça social — concepção que está igualmente em disputa no cenário político. Nessa perspectiva, a da construção desses direitos deveria ser o critério orientador da técnica. Do ponto de vista da organização dos serviços, ela implicaria um esforço de desconstrução das rotinas, tempos e movimentos da assistência, assim como da divisão de trabalho entre os diversos atores envolvidos. Se o parto manejado, mesmo do ponto de vista da medicina baseada na evidência, é um problema e não uma solução, como organizar uma assistência que de fato assista à parturiente e não pretenda substituí-la pela tecnologia, agora re-descrita como *agravo* à saúde?

Nessa perspectiva, coloca-se para o serviço de saúde a urgência do desenvolvimento de tecnologia voltada ao fortalecimento das pessoas para o exercício desses direitos, incluindo a abordagem de questões como a informação sobre gravidez, parto e procedimentos médicos, a negociação com profissionais e serviços, grupos de auto-ajuda, envolvimento dos pais e familiares, incorporação destas questões no pré-natal; formação continuada e novos currículos para os profissionais para a superação do modelo da “fisiologia patológica”.

Essa discussão tem se estendido mesmo até a comunidade de profissionais que lidam com os direitos da infância, tradicionalmente tidos como antagônicos aos da mãe. Ao reavaliar suas convicções, esses profissionais entendem que, na reflexão sobre os procedimentos médicos, não se trata “apenas [de] uma questão técnica; o compromisso político de vincular a saúde da criança e da mulher não pode se confinar ao que funciona, mas ao que é justo” (Wise, 1995:473).

Não se pode dizer que esses modelos ou as configurações históricas que identificamos de maneira exploratória se superem ou substituam uns aos outros. O que este trabalho sugere é que eles se superpõem, coexistem, se atualizam, disputam espaço e legitimidade. Na construção do gênero que instauram e explicitam, expressam correlações de força, relações sociais e versões diferentes sobre seus *objetos*, instrumentos e finalidades. Se compreendemos o parto e sua assistência como “processo e produto” da construção do feminino e do masculino, vemos que sua assistência pode tratar de “parturientes” muito distintas: a devota de Juno Lucina, a pecadora expiando sua culpa, a vítima da natureza, a mãe mártir heróica, a selvagem parturiente, a paciente médico-cirúrgica, a manipuladora caprichosa e o objeto que fala *não são a mesma mulher*.

Por fim, queremos comentar sobre o gênero do sujeito que assiste ao parto. Na releitura que aqui concluímos, a assistência feminina, culta ou leiga, é desqualificada pela maioria dos historiadores médicos como inferior, primitiva, irracional, degradante, perigosa, em oposição à assistência médica, masculina, segura e científica. Como buscamos evidenciar, esse viés preconceituoso sobre as mulheres, a sexualidade e a reprodução faz com que os historiadores olhem para as mulheres de outros contextos históricos através das lentes da imagem da mulher do seu tempo, as encerrem no “espartilho de uma imagem pré-concebida” (Pantel, 1990:20), levando-os muitas vezes a subestimar, ignorar ou negar as práticas femininas ou, ainda, a interpretar essas práticas com grande ambivalência, quando as informações factuais não se encaixam no modelo do que consideram ser o “feminino”.

Queremos sugerir também que o antagonismo entre feminino e masculino na assistência é, pelo menos em parte, um viés do olhar atual, baseado na brutalidade deste antagonismo na história mais recente. Essa releitura da historiografia sugere que, mesmo dentro da tradição médica masculina, Hipócrates, Sorano, Mósquio, Paré, Semmelweiss, Böer, Engelmann ou Caldeyro-Barcia, para citar apenas alguns dos autores mais conhecidos, apoiavam, colaboravam, respeitavam e aprendiam com as práticas femininas. Esse é também o caso dos homens que se identificam e colaboram hoje com o movimento de mulheres. Assim como não há nada na essência das mulheres que as faça ser naturalmente mais místicas, irracionais, incapazes, defeituosas, não deve haver nada de essencial nos homens que os faça misóginos, violentos, racionais ou perversos. Muitos foram os varões que se insurgiram contra a misoginia e/ou suas traduções na técnica. Queremos aqui lembrá-los e, ao mesmo tempo, lamentar que saibamos muito menos sobre as vozes das mulheres, suas tradições técnicas e sua resistência.

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

- AGONITO, S. History of Ideas on Women - A source book.** New York, Paragon Books, 1977.
- AGOSTINHO, Santo. A Cidade de Deus.** Parte I. Editora Vozes, São Paulo, 1991.
- ALBUQUERQUE, R. O País das Desne-cesárias. Jornal da FEBRASGO** julho, 1996.
- ALEXANDER-BERGHORN, K. Ísis - A Deusa como curadora.** In: **NICHOLSON, S. O despertar da Deusa - o princípio feminino hoje.** Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1993.
- ARIA, B.; DUNHAN, C. Mamatoto - A celebration of birth.** London, Virago Press, 1991.
- ARMS, S. Immaculate Deception II - A fresh look on childbirth.** Berkeley, Celestial Arts, 1994.
- ARNEY, W. R. Power and the profession of Obstetrics.** Chicago, The University of Chicago Press, 1982.
- ASHFORD, J.I., Posture for Labor and Birth. (313/315).**In: **ROTHMAN, B.(ed.) The Encyclopedia of chilbearing .** New York, The Oryx Press. 1993.
- ATCHEMBERG, J. Woman as Healer: A panoramic survey of the healing activities of womes from prehistoric times to the present.** Boston, Shambala. 1991.

- ÁVILA, M.B. Modernidade e Cidadania Reprodutiva.. **Estudos Feministas**, v.1, n.2, p.382-393, 1993.
- AYRES, J.R.C.M. **Ação Comunicativa e Conhecimento Científico em Epidemiologia: Origens e Significados do Conceito de Risco**. São Paulo, 1995. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- AYRES, J.R.C.M. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995.
- BARBAUT, J. **O Nascimento através dos tempos**. Lisboa, Terramar, 1990.
- BARBOSA, R., UZIEL, A.P. Poder e gênero: negociação sexual em tempos de AIDS. Trabalho apresentado na Conferência: **Repensando a Sexualidade- Perspectivas Internacionais sobre Gênero, Sexualidade e Saúde**, Rio de Janeiro, mimeo, 1996
- BARKER-BENFIELD, G. Sexual surgery in late nineteen century America. in DREIFUS, C. (ed.) **Seizing our Bodies - The Politics of Women's Health**. New York, Vintage Books, 1977.
- BARSTOW, A.L. **Chacina das feiticeiras - Uma revisão histórica da caça às bruxas na Europa**. Rio de Janeiro, José Olímpio Editora, 1995.
- BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas**, vol.1, n.2, p. 366-381, 1993.

- BERQUÓ, E.; ARAÚJO, M.J.; SORRENTINO, S. **Fecundidade, Saúde Reprodutiva e Pobreza na América Latina: O Caso do Brasil São Paulo**. Cebrap/Nepo/Unicamp, 1995.
- BERRIOT-SALVATORE, É. O discurso da medicina e da ciência. IN DUBY G.; PERROT, M. (org) **História das Mulheres**. Vol. 3. Porto/São Paulo, Afrontamento/Ebradil, p.409-458, 1990
- BETTMAN, O. **A Pictorial History of Medicine**. Illinois, Charles Thomas Publisher, 1956.
- BLUMENFELD-KOSINSKI, R. Caesarian Birth: History and Legend. In: ROTHMAN, B.(ed.) **The Encyclopedia of chilbearing**. New York, The Oryx Press, p.54-56, 1993
- BOSTON WOMEN' HEALTH BOOK COLLECTIVE (BWHBC)- **The New Ourbodies, Ourselves**. New York City, Touchstone Simon and Schuster, 1993.
- BRENES, A. S. **História da parturição no Brasil, século XIX** Cad. Saúde Pública, 7:135-49, 1991.
- BRIQUET, R.; DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal**. 3. ed. São Paulo, Ed. Sarvier. 1958.
- BROOKE, E. : **Women healers - Portrait of Herbalists, physicians and midwives**. Vermont Healing Arts Press. Rochester, 1995.
- BURGES, T. Couvade: antropological aspects. In: ROTHMAN, B.(ed.) **The Encyclopedia of chilbearing** . New York, The Oryx Press, p.84-85, 1994.

- BYINGTON, C.A. O Martelo das Feiticeiras - *Malleus Maleficarum* à Luz de uma Teoria Simbólica da História. Prefácio ao **Malleus Maleficarum - O martelo das Feiticeiras**. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos. 1991.
- CALDEYRO-BARCIA, R. **Las Bases Fisiológicas y Psicológicas para el Manejo Humanizado del Parto Normal**. Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1979.
- CAMPBELL, J. **O poder do mito**. São Paulo: Palas Athena, 1990.
- CARCOPINO, J. **Roma no apogeu do império**. São Paulo, Companhia das letras, 1990.
- COMMELIN, P. **Mitologia Grega e Romana**. Martins Fontes, 1993.
- CORREA, S., PETCHESKY, R. Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective. In SEN, G, GERMAIN, A, CHEN, L. (eds.). **Population Policies Reconsidered - Health, Empowerment and Human Rights**. Cambridge, Harvard University Press, 1994.
- COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- COSTA, J.F. **A face e o verso. Estudos sobre o homoerotismo II**. São Paulo, Escuta, 1995.
- CUNHA, F. De Como os Modismos Influenciam as Condutas Médicas. In: **Femina, Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, V.19, n.11, p. 934-936, 1991.

- CURUMIN/UNICEF. **Por que Cesária?** (filme-vídeo). Produção Curumin/Unicef, Brasil, 1996. 1 cassete VHS, color. son.
- D'OLIVEIRA, A. F. P.L.- **Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: Contribuição ao Estudo da Atenção Integral à Saúde da Mulher**, São Paulo, 1996. Tese (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo..
- DABAT , C. R. BANDLER, R. **O cérebro das baleias**. Recife, SOS Corpo, 1993.
- DALY, M. **Gyn/ecology. The metaethics of radical feminism**. Boston, Beacon Press, 1978.
- DAVIS FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1992.
- DE BARBIERI, T. Sobre la Categoría Género: una introducción teórico-metodológica. In: AZEREDO, S. E STOLCKE,V (org.) **Direitos Reprodutivos** . São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1991.
- DE LAURETIS, T. A tecnologia de gênero. In: **Tendências e impasses. O feminismo como crítica da cultura**. HOLLANDA, H.B. (org), Rio de Janeiro, Rocco, 1994
- DIAS, M. O. L. S . Novas Subjetividades na Pesquisa Histórica feminista: uma hermenêutica das diferenças. In: **Estudos Feministas** v.2 n.2, , p. 373 - 382, 1994.
- DIAS, M. O. L. S. Teoria e Método dos Estudos Feministas: Perspectiva Histórica e Hermenêutica do Cotidiano. In COSTA, A. e BRUSCHINI,

C., **Uma Questão de Gênero**. Rio de Janeiro - São Paulo, Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, 1992.

DIAZ-GONZÁLES, J. **História de la Medicina en la Antigüedad**. Barcelona, Ed. Barna S.A. 1950.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1979.

DUNN, P. Posição Materna durante o parto: aspectos históricos e antropológicos. In: SABATINO, H.; DUNN, P. CALDEYRO-BARCIA, R. (orgs.) **Parto Humanizado: Formas Alternativas**. Campinas, Editora da Unicamp, 1992.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 12. ed. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1995.

EHRENREICH, B., ENGLISH, D. **Complaints and Disorders - The Sexual Politics of Sickness**. New York, The Feminist Press, City University of New York. 1973a.

EHRENREICH, B., ENGLISH, D. **Witches, Midwives and Nurses - A History of Women as Healers**. New York, The Feminist Press, City University of New York. 1973b.

ENKIN, M.; KIERSE, M.; RENFREW, M. ; NIELSON, J. **A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth**. Oxford, Oxford Medical Publications, 1995.

ENTRALGO, P. L. **História de la Medicina**. Barcelona, Salvat Editores S.A., 1982.

- FABROS, M. e cols. **Negotiating Entitlement - Empowerment and Reproductive Rights in the Phillipines**. IRRRAG Chapter, mimeo, Manila, 1996.
- FAUNDES, A.E., CECATTI, J.G. A Operação Cesária no Brasil: Incidência, Tendência, Causas, Consequência e Propostas da Ação. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.2, p.150-173, 1991.
- FAWCETT, J. Couvade: clinical aspects. In: ROTHMAN, B.(ed.) **The Encyclopedia of childbearing**. New York, New York, The Oryx Press, 1994
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa** 2. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FIGUEROA P., J.G.; LIENDRO Z., E. La Presencia del Varon en la Salud Reproductiva. In HARDY, E.; OSIS, M.J.; CRESPO, E. **Ciências Sociais e Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-Americanas**. Campinas, CEMICAMP, 1995.
- FINDLEY, P. The forgotten man in obstetrics. **Am. J. Obst. & Gynec.** n.33, p.336-341, 1937.
- FIORINZA, E. S. **As Origens Cristãs a partir da mulher - Uma nova hermenêutica**. São Paulo, Ed.Paulinas, 1992.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1980.
- FOWKES, C. Introduction. In: **The Illustrated KamaSutra, Ananga-Ranga and The Perfumed Garden- The Classic Eastern Love Texts** London, Michelin House, p.17-66, 1990.

- FRUGONI, C. A mulher nas imagens, a mulher imaginada. In: DUBY G.; PERROT, M. **História das Mulheres**. v.2: A Idade Média. Porto/São Paulo, Afrontamento/Ebradil, p 461-497, 1990.
- FUNARI, P. P. **Romanas Por Elas Mesmas**. In Cadernos Pagu - Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, p 179-200. Campinas, Ed. UNICAMP, 1995.
- GADAMER, H. G. **The Enigma of Health - The Art of Healing in a Scientific Age**. Stanford, Stanford University Press, 1996.
- GADON, E. **The Once & Future Gooddes**. San Francisco, Harper & Row, 1989.
- GARRISON, F. **History of Medicine**. Philadelphia, W.B. Saunders Co, 1929.
- GEORGOUDI, S. Bachoven, o matriarcado e a antiguidade: reflexões sobre a criação de um mito. In: DUBY G.; PERROT, M. **História das Mulheres**. v.1. Porto - São Paulo, Afrontamento/Ebradil, p.569-590, 1990.
- GIFFIN, K. **Gênero e Especialização na Visão Médica Sobre Copntracção e Aborto**. Mimeo. Trabalho apresentado no XVII Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, outubro de 1993
- GILBERT, H.; ROCHE, C. **História ilustrada de la sexualidad femenina**. Barcelona, Ed. Grijalbo, 1989.
- GOMES, E. Choice or Authorised Crime? An epidemic of caesarians and sterilisation in Brazil. In: **Private Decisions, Public Debate. Women, Reproduction & Population**. London, Panos Institute, p69-80, 1994.

- GORDON, R. **A assustadora história da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro, Ediouro, 1995.
- HELLMAN, A. **A Collection of Early Obstetrical Books**. New Heaven, Connecticut, 1952.
- HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**. 2. ed. , Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- HERZLICH, C. PIERRET, J. **Malades d'hier, malades d'aujourd'hui**. Paris, Payot, 1984.
- INTERNATIONAL REPRODUCTIVE RIGHTS RESEARCH ACTION GROUP (IRRRAG). **Não Como nossas Mães**. Capítulo Brasileiro, mimeo, 1995.
- JACOBUS, M. KELLER, E. F. SHUTTLEWORTH, S. **Body/politics. Women and discourses of science**. New York, Routledge, Chapman and Hall, 1990.
- JAEGER, W. **Paideia**. São Paulo, Herder, 1938.
- JAGGAR, A.M. Love and Knowledge: Emotion in Feminist Epistemology. In: JAGGAR, A.M. E BORDO, S.(eds) **Gender, Body, Knowledge: Feminist Reconstruction of Being and Knowing**. New Brunswick, Rutgers University Press, 1992
- KITZINGER, S. **Women as Mother: How they see themselves in different cultures**. New York, Randon House, 1978.
- KRAMER, H.; SPRENGER, J. **Malleus Maleficarum - O martelo das Feiticeiras**. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos. 1991.

- LABRA, M. E. **A Saúde da Mulher no Brasil**. Petrópolis, ABRASCO - Ed. Vozes, 1989.
- LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- LAQUEUR, T. **Making sex. Body and gender from greeks to Freud**. London, Harvard University Press, 1992.
- LEVACK, B. **A Caça às Bruxas na Idade Moderna**. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1988.
- LIPINSKA, M. **Les femmes et le progrès des sciences medicales**, Paris, Masson, 1930.
- LYONS, A.S. PETRUCCELLI, R.J. **Medicine. An Illustrated History**. New York, Abradele Abrams, 1978.
- MAGALHÃES, F. **Lições de clinica obstetrica**. 2. ed. Rio de Janeiro, Livraria Castilho, 1922.
- MARTIN, E. **The Woman in the Body - A cultural Analysis of Reproduction**. Boston, Beacon Press, 1989.
- MEAD, M. **Male and Female**. New York, Willian Morrow & Company, 1975.
- MELO, V. H. O processo histórico da assistência ao parto e a marginalização da mulher. In: SILVA, L.M. (coord) **A Saúde da Mulher**. Belo Horizonte, Núcleo de Estudos e pesquisas sobre a mulher, UFMG, 1988.

- MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades**. São Paulo, Cadernos Cefor n. 1, 1992.
- MENDES GONÇALVES, R. B. Prefácio a AYRES, J.R.C.M. **Epidemiologia e Emancipação**. Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.
- MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec ABRASCO, 1994.
- METTLER, C. **History of Medicine**. Philadelphia, The Blakiston Company, 1947.
- MOLD, J. STEIN, H.F. The Cascade effect in the clinical care of patients, **NEJM**, 314;8, Feb. 20 (1986) 512-514.
- MORTON, M. "Maternity Homes". In: **The Encyclopaedia of Childbearing**,. New York, The Oryx Press. 1993. p. 240-242.
- MOTT, M. L B. Parteiras no século XIX: Mme Durocher e sua Época. in COSTA, A.e BRUSCHINI, C. **Entre a Virtude e o Pecado**. São Paulo, Rosa dos Tempos, 1993.
- MURARO, R. Breve Introdução Histórica ao **Malleus Maleficarum - O martelo das Feiticeiras**. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos. 1991.
- NOVAES, R. **Sobre a técnica**. mimeo.
- O'DOWD, M. ; PHILIPP, E. **The History of Obstetrics and Gynaecology**. New York, London, Parthenon Publishing, 1994.

- OAKLEY, A. **The captured womb - A history of the medical care of pregnant women.** New York, Basil Blackwell, 1986.
- OPITZ, C. O cotidiano da mulher no final da Idade Média (1250-1500). In: DUBY G.; PERROT, M. **História das Mulheres.** V. 2. Porto/São Paulo, Afrontamento/Ebradil, p353-440, 1990.
- ORLEANS, M. HAVERCAMP, A.,. An Assesement of Eletronic Fetal Monitoring. **Women and Health**, v.7, N.3/4, p.132, 1992.
- OWEN, L. **Seu sangue é ouro.** Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos, 1993.
- PACIORNIK, M. **Parto de cócoras - Aprenda a nascer com os índios.** São Paulo, Ed. Brasiliense, 1979.
- PAGELS, E. **As origens de Satanás - Um estudo sobre o poder que as forças irracionais exercem na sociedade moderna.** Rio de Janeiro, Ed. Ediouro, 1996.
- PANTEL, P.S. Introdução: Um Fio de Ariadne. In: DUBY G.; PERROT, M. **História das Mulheres.** V.1: A Antigüidade. Porto/São Paulo, Afrontamento/Ebradil, p. 19-27, 1990.
- PARKER, R. BARBOSA, R. FAJARDO, E. **Novas Tendências na Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde.** Sexualidade, Gênero e Sociedade, Ano 3, n. 5, junho 1996.
- PASSOS NOGUEIRA, R. **Medicina Interna e Cirurgia: A Formação Social da Prática Médica.** Tese de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, mimeo, 1977.

- PEARCE, W. H. **Cesarean Section - A Brief History**. The American College of Obstetricians and Gynecologists. NLM HyperDOC/August 1994.
- PETCHESKY, R. **The Body as Property - A Feminist Revision**. IN F. D. GINSBURG AND RAPP, R. (eds.) **Conceiving the new world order: The Global Stratification of Reproduction..** Berkerley, University of California, 1994.
- PLATÃO. **O Banquete**. Rio de Janeiro, Ed.Bertrand Brasil, 1995.
- PLATÃO. **Teeteto**. Lisboa, Ed.Inquérito, 1990.
- RAGO, M. **Do cabaré ao lar. A utopia da cidade diciplinar. Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985
- RANKE-HEINEMANN, U. **Eunucos pelo reino de Deus - Mulheres, Sexualidade e a Igreja Católica**. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos, 1996.
- RAWCLIFF, C. **Medicine and Society in Later Medieval England**. Gloucestershire, Alan Sutton Publishing, 1995.
- RESENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974
- RICCI, J.V., **The Genealogy of Gynaecology - History of the development of Gynaecology throughout the ages (2000 BC- 1800 AD)** .The Philadelphia - Toronto, Blakiston Company, 1950.
- RICH, A. **On Lies, Secrets and Silence. Selected Prose 1966-1978..** New York, W.W Norton, 1979.

- RICH, A. Of Woman Born - Motherhood as Experience and Institution -**
New York, W.W. Norton, 1986.
- ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública.** São Paulo, Ed. da UNESP
Hucitec/ABRASCO, 1994.
- ROSEN, M.; THOMAS, L. The Cesarean myth - Chosing the best way to
have your baby.** Middlesex, Penguin Books, 1989.
- ROTHMAN, B. In Labor - Women and Power in the Birthplace,** 2. ed.
New York, W.W. Norton, 1982.
- ROTHMAN, B. Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a
Patriarchal Society.** New York, W.W. Norton, 1989.
- ROTHMAN, B.(ed.).The Encyclopedia of chilbearing .** New York, The
Oryx Press. 1993.
- ROUSSELLE, A. A política dos corpos: entre a procriação e a continência
em Roma.** In: DUBY G.; PERROT,M. **História das Mulheres.** V.1:
Porto/São Paulo, Afrontamento/Ebradi!, p.351-410, 1990.
- RUBIN, G. O Tráfico de Mulheres: Notas sobre a Economia Política do
Sexo.** Recife, SOS Corpo, 1993.
- SABATINO, H.; DUNN,P.; CALDEYRO BARCIA, R. Parto Humanizado
- Formas Alternativas.** Campinas, Editora da Unicamp, 1992.
- SAKALA, C. Social science research on American childbirth practices.** In:
ROTHMAN, B.(ed.).**The Encyclopedia of chilbearing .** New York,
The Oryx Press, 1993.

- SCHEID, J. "Estrangeiras" Indispensáveis: os papéis religiosos das mulheres em Roma. In: DUBY G.; PERROT, M. **História das Mulheres**. v.1: A Antiguidade. Porto/São Paulo, Afrontamento/Ebradil, p.465-510, 1990.
- SCHRAIBER, L. B. **O Médico e Seu Trabalho - Limites da Liberdade**. São Paulo, Hucitec, 1993.
- SEWELL, J. E. **Cesarean section - A brief history**. American College of Obstetricians and Gynecologist. Hyperdoc. Internet.
- SISSA, G. Filosofias do Gênero: Platão, Aristóteles e a diferença dos Sexos. In: DUBY G.; PERROT, M. **História das Mulheres**. V.1: A Antiguidade. Porto/São Paulo, Afrontamento/Ebradil, p. 79-125, 1990.
- SOREL, N. C. **Ever since Eve - Personal Reflections on Childbirth**. London, Michael Joseph, 1994.
- SOUZA, E. M. **Por Detrás da Violência: Um olhar sobre a Cidade**. São Paulo, Cadernos CEFOR (Série Textos n.º7), 1992.
- SPALDING, T. O. **Dicionário da Mitologia Latina**. São Paulo, Ed.Cultrix. 1991.
- STARR, P., **La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos**. Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1991.
- STONE, M. **When God was a Woman**. New York - London, Harvest/HBJ Books. 1978.
- STREHLOW, W., HERTZKA, G. **Hildegard of Bingen's Medicine**. Santa Fe, Bear & Company, 1988.

TANAKA, A. C. d'A. **Maternidade - Dilema entre nascimento e morte.**
São Paulo - Rio de Janeiro, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1995.

THACKER, S BANTA, D. - The Risks and Benefits of Episiotomy: A
Review, **Birth**, v.9, n. 1, p. 25-30, 1992.

THURER, S. **The Myths of Motherhood - How Culture reinvents the
good mother.** New York, Penguin Books, 1995.

TRADUÇÃO ECUMÊNICA DA BÍBLIA (TEB). São Paulo. Edições
Loyola, 1994.

TYLDESLEY, J. **Daughters of Isis. Women of ancient Egypt.** London,
Penguin Books, 1994.

VAN KESSEL. Virgens e Mães Entre o Céu e a Terra. In: DUBY G.;
PERROT, M. **História das Mulheres.** V.3: Do Renascimento à Idade
Moderna. Porto - São Paulo, Afrontamento/Ebradil, p.181-228, 1990

VATSAYANA. KamaSutra. In: **The Illustrated KamaSutra, Ananga-
Ranga and The Perfumed Garden- The Classic Eastern Love Texts**
London, Michelin House, p.17-66, 1990.

VOLOSHKO, A. Apresentação na mesa redonda "**Situação do Parto e do
Nascimento em São Paulo**". Seminário sobre Nascimento e Parto da
SES, junho de 1996.

WALKER, B. **The Woman's Encyclopaedia of myths and secrets.** San
Francisco, Harper & Row, Publishers, 1983.

WERTZ, D. Twilight Sleep. In: **The Encyclopedia of Childbearing**. New York, The Oryx Press. 1993. p. 403-405.

WHO. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet**, 8452- ii, 436-7, 1985.

WHO/HRP/ITT **Creating Common Ground: Report of a Meeting Between Women' health Advocates and Scientists**. Geneva, World Health Organization, 1991.

WISE, P.H. Child beauty, child rights and the devaluation of women. **Health and Human Rights**. v.1, n. 4, p.472-476, 1995.

YANNOULAS, S. C. Iguais mas não Idênticas. **Estudos Feministas**. v.2, n.3, p. 7-18, 1994.