

2 - A ciência obstétrica

Ana Paula Vosne Martins

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MARTINS, APV. A ciência obstétrica. In: *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A Ciência Obstétrica

Em 1903, o pintor vienense Gustav Klimt havia terminado o quadro *A Esperança I*, representando uma mulher grávida. O quadro causou polêmica e foi considerado obsceno, ficando numa espécie de reclusão, voltando a ser exposto em 1909 (Figura 2). O que um quadro com tal temática podia ter de ofensivo à moralidade burguesa? Para responder a esta pergunta tomemos um outro quadro, produzido por Renoir 17 anos antes. Apesar das diferenças estilísticas e culturais entre os dois pintores, ambos representaram a mulher, com a diferença que Klimt a retratou grávida, enquanto Renoir pintou sua esposa amamentando seu filho. Em ambos, o tema da maternidade está presente, seja na espera, seja na efetivação da ligação mãe e filho.

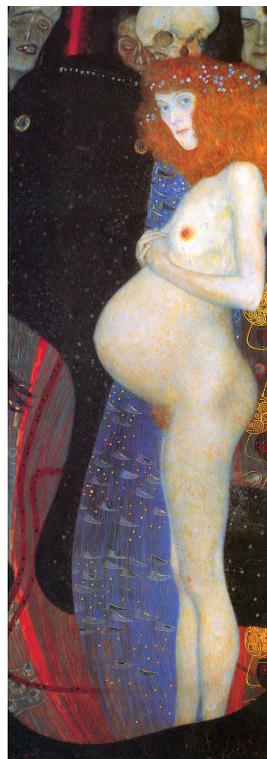
O quadro de Renoir, de 1886, tem como título *Maternidade*, ou *Mulher amamentando seu bebê* (Figura 3). É um quadro em que as duas figuras principais foram desenhadas com grande realismo, destacando-se do fundo tipicamente impressionista, o que só acentua a definição das duas figuras. A mulher é bastante corpulenta, tem o rosto redondo e corado, e está dando o seio farto para o bebê roliço que brinca com os pés. Além do aspecto físico da mãe, chama a atenção seu olhar sereno e tranqüilo. É uma exaltação à maternidade centrada na amamentação, um ato de relevância moral, celebrado pela medicina de então como a maior demonstração do amor materno e a garantia de um filho, e futuro cidadão, saudável. Pensando nos diferentes discursos que exaltavam a maternidade, esse quadro é uma objetivação das idéias e valores a respeito dos papéis de gênero, do casamento, da família e, principalmente, da mulher. Como tal, apresenta uma visão idílica da maternidade, sem nenhuma referência à sexualidade ou aos momentos anteriores da gravidez e do parto; associando-a ao 'Jardim das

Delícias', onde mãe e filho gozam da paz e felicidade para o deleite do pai observador. Tem-se, portanto, um quadro apaziguador da mulher e adequado às representações burguesas da feminilidade, tão divulgadas para o público de classe média da época.

Figura 2 – A Esperança I, (Klimt, 1903)

A representação de mulheres grávidas nuas não era comum na arte ocidental, especialmente no século XIX. Klimt rompeu com a regra do distanciamento cultural ao erotizar a gravidez, tema cercado de tabus, respeito, silêncio e mesmo devoção.

Fonte: Néret, 1944. National Gallery of Canada



Pode-se entender o choque que o quadro de Klimt provocou ao representar uma mulher grávida nua. Há vários elementos inquietantes no quadro. Primeiro, o tema, pois não era comum a representação de mulheres grávidas na arte ocidental, particularmente nas artes plásticas do século XIX. A gravidez era um estado deveras associado à sexualidade e tratá-la plasticamente era um desafio não só estético, mas moral e cultural. Segundo, a nudez. O nu artístico era muito apreciado e divulgado na cultura burguesa, mas tinha suas regras para ser visualmente aceito. Embora os nus oitocentistas fossem bastante realistas, estabelecia-se o distanciamento entre a obra e os observadores, geralmente através da representação de alegorias de temas mitológicos e históricos ou de temas exóticos à cultura ocidental. Essa preocupação com a moralização da nudez foi muito bem abordada por Allaert (apud Bologne, 1990: 14):

O nu artístico que visa apenas à representação da realidade, capaz de suscitar os maus sentimentos que se produzem à vista da nudez real, podem justamente ser vistos como um perigo para a moral pública. Mas se um artista emprega formas humanas para transmitir uma idéia não imoral, se a obra é capaz de atingir esta finalidade, não só ela nada terá que ofenda o pudor como poderá até adquirir um certo valor moral, no sentido que poderá suscitar o sentimento do belo, de natureza excessivamente moral.

Figura 3 – Maternidade ou Mulher amamentando seu bebê
(Renoir, 1886)

Visão idílica da maternidade centrada na relação mãe-filho através da amamentação, ato celebrado pela moralidade e pela medicina como a expressão do amor materno.

Fonte: *Os Impressionistas*, 1991 (Coleção Particular, Nova Iorque)



A jovem mulher representada por Klimt expõe seu ventre bastante volumoso de forma escandalosa para a época e para o ideal estético moralizante descrito por Allaert. Embora o quadro esteja repleto de simbolismo, o que chama a atenção é a nudez extremamente realista. Por fim, não há na representação nenhuma idealização da maternidade. A mulher olha diretamente para o observador, mas, diferentemente da doce esposa de Renoir, não transmite esperança ou felicidade, nem mesmo paz. Seu olhar é enigmático e sua sensualidade indisfarçável, longe, portanto, das representações da mulher-mãe.

Klimt rompeu uma regra cultural ao erotizar um tema que era cercado de respeito, silêncio e devoção. Representar uma mulher grávida nua significava quebrar o mito da reabilitação feminina pela maternidade e associar maternidade à sexualidade, algo que a religião e a medicina se empenharam em separar. Nesse sentido, a nudez do quadro *Esperança I* era obscena, insuportável e imoral.¹

Essas duas imagens separadas por quase vinte anos são contemporâneas de uma crescente preocupação médica e social com a maternidade. Médicos, filantropos e religiosos uniram-se para dar melhores condições às mulheres pobres para que elas pudessem ter seus filhos. Os médicos do final do século XIX já conheciam melhor o mecanismo do parto e estavam equipados com instrumentos e técnicas cirúrgicas para resolver partos complicados. Os hospitais já não eram mais os espaços lúgubres e mal cheirosos que tanto pavor causavam às mulheres. Maternidades equipadas e organizadas sob o princípio da assepsia, voltadas principalmente para o atendimento de mulheres pobres e das classes trabalhadoras, começavam a se tornar indispensáveis nos centros urbanos.²

A mulher grávida e a parturiente tornaram-se o centro das atenções dos obstetras nesta fase. A obstetrícia era uma especialidade nova – nascida nas faculdades de medicina européias na primeira metade do século XIX – e ainda lutava para ser reconhecida, tanto no meio médico quanto para o público leigo, em especial para os maridos e suas esposas. Algumas mulheres já chamavam o médico-parteiro para atendê-las nos partos domésticos, mas a maioria delas, principalmente nas classes populares, ainda preferia contar com a presença da parteira, das parentas ou vizinhas, para socorrê-las em meio às dores e incertezas do parto. O período que começa nas últimas décadas do século XIX marca o início de uma campanha médica de transformação do parto num evento controlado pelos médicos e circunscrito ao espaço hospitalar; transformação esta que se efetivou somente na segunda metade do século XX, com a hospitalização do parto nos centros urbanos.

No entanto, a gravidez e o parto não foram assuntos exclusivos de uma camada letrada de homens. Vistos sob a perspectiva da história oficial da obstetrícia, esses assuntos só tiveram relevância com a entrada dos médicos num domínio que, até então, tinha sido exclusivo das mulheres. Contudo, a história do parto e da maternidade não se confunde com a história da obstetrícia, uma especialidade médica cuja história é contada como uma seqüência de sucessos e superação da ignorância, da brutalidade e da dor, fruto da ação e do conhecimento dos cirurgiões e médicos que, apesar das adversidades, se dedicaram a esses momentos da vida das mulheres. A gravidez, o parto e a maternidade eram experiências femininas, cuja história não tem marcos iniciais (não há ‘mães’ da obstetrícia como há ‘pais’) e não conta com registros escritos, muito diferente da obstetrícia, com sua bem estabelecida tradição escrita, que remonta à medicina antiga.

As fontes médicas geralmente são bastante prolíficas, pois trazem algumas informações sobre as parturientes e parteiras, relatando, parcialmente, seus valores, comportamentos e práticas. No entanto, essas fontes dizem mais dos valores dos próprios médicos sobre o parto do que das experiências das mulheres, pois trazem mais informações sobre os partos complicados que eles atendiam do que a respeito dos partos naturais presenciados somente pelas parteiras. Tem-se, assim, uma visão parcial da gravidez e do parto nas sociedades pré-industriais, marcada somente pelos problemas e situações desesperadoras. O que a história das mulheres vem fazendo é utilizar fontes iconográficas, religiosas, demográficas e folclóricas a fim de obter um conjunto mais diversificado de informações a respeito das práticas e dos valores das mulheres sobre o corpo e os momentos da gravidez e do parto.

O Parto: um assunto de mulheres

Em um texto, Laget (1977) perguntava se o parto não seria um acontecimento alheio à história, circunscrito aos rituais fisiológicos e às experiências da dor e do sofrimento. A pergunta, respondida pela própria autora e outros pesquisadores, mostra que o parto é, antes de tudo, um evento social e, como tal, submetido a rituais, códigos e tradições, caracterizando-se, portanto, como um acontecimento histórico. O caráter lacunar e fragmentário das fontes é um problema que vem sendo contornado com instrumentos metodológicos, como a comparação e a analogia, que utilizam informações provenientes de outras especialidades como a arqueologia e a antropologia. A documentação disponível e os dados das pesquisas etnográficas são convergentes no que diz respeito à universalidade dos ritos do parto e da maternidade, bem como à existência de uma tradição feminina relativa a estes ritos.

As pesquisas arqueológicas e etnográficas informam que o ato da parturição é, na maioria das sociedades não-ocidentais, agrícolas e pré-industriais, vivido solitariamente ou restrito a um grupo pequeno de mulheres que ajudam a parturiente. Os cuidados prestados à mãe durante e após o parto são reconhecidamente atribuições femininas que não chamaram a atenção dos médicos, a não ser quando o parto se complicava, colocando em risco a vida da mãe.

Se o parto foi um assunto de mulheres, como então explicar que os médicos escrevessem sobre ele, começando a construir um discurso

autorizado sobre o corpo feminino? Segundo a análise que Rousselle (1984) fez dos discursos médicos do mundo antigo greco-romano, foram as mulheres mais qualificadas e experientes nas doenças femininas e nos assuntos obstétricos que forneceram informações aos médicos, que, por sua vez, as recolheram e divulgaram pela escrita. Assim, o *Corpus Hipocraticum* e os livros dos médicos alexandrinos do século II a respeito da obstetrícia integraram os conhecimentos empíricos das parteiras às teorias médicas sobre saúde e doenças, que, ao longo do tempo e pela falta de contato entre médicos e mulheres, foram perdendo o caráter prático, transformando-se num conhecimento teórico e especulativo.

A divisão de gênero desses conhecimentos é mais visível nos escritos de Soranos, médico grego. Esse médico viveu em Roma na primeira metade do século II servindo às classes dirigentes, especialmente às mulheres ricas. Com base nesta experiência, escreveu *Ginecologia*, um conjunto de textos sobre as doenças das mulheres e a obstetrícia. Nos capítulos relativos aos partos naturais, Soranos dirigiu-se às parteiras, indicando os preparativos, os cuidados com o local do parto, com o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, além de trazer informações sobre a sociabilidade feminina ao referir-se aos rituais do puerpério, festividades organizadas e restritas às mulheres. Os capítulos relativos aos partos difíceis foram dirigidos aos médicos, já que era só nessas circunstâncias que eles atuavam.

Como os partos normais eram muito mais freqüentes que os complicados, pode-se dizer que na prática do atendimento as parteiras predominavam. Mas esta prática não se fundamentava apenas em uma divisão de trabalho; tinha origem na desqualificação do parto pelos médicos antigos que consideravam a obstetrícia uma prática vil e inferior associada à dor, ao sangue e às impurezas, sendo, portanto, um assunto a ser resolvido pelas próprias mulheres. Além da repugnância dos médicos, há que se destacar a importância da segregação sexual nas sociedades antigas e pré-industriais.

O interesse dos médicos pelas doenças das mulheres e pela obstetrícia não se restringia à ética ou aos imperativos profissionais da prevenção e da cura das doenças, mas obedecia também a uma razão política. Tanto na sociedade grega quanto na romana a importância da mulher era medida por sua capacidade em gerar herdeiros saudáveis. Na sociedade romana, principalmente no período imperial, o casamento e a geração de filhos eram assuntos da política dinástica e do Estado. A participação dos médicos foi de extrema importância e os textos que tratam das mulheres são

verdadeiros manuais de fecundação, conforme explica Rousselle (1984), para que pudessem prevenir os problemas ou restabelecer a saúde das mulheres, ou seja, a capacidade de procriar.

Diferentes eram as razões que levavam as parteiras a exercer sua prática. Como geralmente as parteiras e as parturientes tinham a mesma origem social, compartilhavam das mesmas expectativas, valores e crenças em relação ao destino das mulheres em um mundo organizado e dirigido pelos homens, marcado pelo casamento e pela maternidade. As parteiras não só atuavam no momento do parto, mas providenciavam os preparativos, organizavam o local, cuidavam da alimentação e do vestuário da parturiente, participavam, junto com outras mulheres, dos preparativos ritualistas com seus amuletos, ervas, encantamentos, preces, enfim, todos os recursos mágico-religiosos que pudessem auxiliar o parto e afastar os malefícios. Após o parto, as parteiras continuavam prestando seus serviços até que a mulher estivesse em condições de retomar suas atividades cotidianas. Portanto, o papel das parteiras era muito mais complexo do que simplesmente aparar os recém-nascidos e cortar o cordão umbilical, abrangendo uma série de práticas culturais relativas à saúde, ao casamento, à maternidade e ao cuidado dos filhos, uma disponibilidade impensável para os médicos.³

Dessa forma, em um mundo rigidamente dividido em espaços físicos e culturais masculinos e femininos, o parto era um desses momentos vividos entre mulheres, como podemos verificar até mesmo pela etimologia da palavra inglesa para obstetrícia, *midwifery*, que no inglês antigo significa 'entre mulheres' ou 'com mulheres'. Na língua portuguesa, não existe um vocábulo para referir-se a essa prática milenar de assistir a uma mulher em trabalho de parto. Embora se traduza como obstetrícia, a tradução não dá conta do sentido original, pois esta é uma especialidade médica exercida por homens.⁴ Além disso, a palavra traduzida reduz o significado apenas para o atendimento do parto, excluindo todos os outros significados do que era estar 'entre mulheres' na ocasião de dar à luz.

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

Com exceção das parteiras profissionais dos séculos XVII e XVIII, os médicos historiadores viam as parteiras aldeãs como responsáveis pelas imperícias que resultavam na morte da mãe e da criança ou pelas mutilações, descrevendo-as como mulheres ignorantes, supersticiosas, descuidadas e apressadas. Na verdade, pouco se sabia sobre elas e sua clientela, pois essa narrativa histórica nos informa mais sobre como o parto deveria ser e a respeito de como os médicos conseguiram transformá-lo em um processo controlado por eles. A história médica da obstetrícia nos dá, por um lado, um quadro de ruptura com o que foi classificado como uma época de ignorância; por outro, a narrativa de um contínuo progresso das teorias e das práticas desenvolvidas pelos médicos obstetras, os 'pais' da obstetrícia.

As parteiras não entraram nesta genealogia porque representavam todo um conjunto de conhecimentos populares que, desde o século XVII, os médicos vinham tentando desqualificar para impor o seu conhecimento. Além disso, a história oficial da medicina era um instrumento necessário ao processo de profissionalização e construção do *status* do médico, no qual não cabiam concessões a outros saberes e práticas concorrentes. Bastavam as menções às parteiras instruídas e famosas que atendiam à nobreza e às mulheres das principais cidades européias.⁵

Muito diferentes são as conclusões que a história social da medicina chegou a respeito das parteiras, em particular as análises feministas produzidas na década de 70 do século XX. Invertendo as imagens negativas, essas pesquisas defendem as parteiras e afirmam que o parto conduzido por elas no espaço doméstico com a ajuda de outras mulheres era seguro e menos prejudicial às parturientes e aos bebês. No entanto, as pesquisas têm poucas evidências a respeito do parto nas sociedades tradicionais, abordando muito mais o processo de entrada dos médicos na cena do parto e a crescente substituição das parteiras pelos obstetras.

Em que pese uma certa tendência a ver na época anterior à obstetrícia científica uma época de ouro, em que as mulheres tinham o controle sobre o parto e suas relações se baseavam na solidariedade, a historiografia feminista muito contribuiu para uma visão política dos conflitos envolvendo médicos e parteiras; também revelou fontes desconhecidas, como documentos escritos pelas parteiras, que são evidências das experiências femininas com seus corpos e de suas relações com os médicos.

Ao reequacionar os termos dessa relação conflituosa, a história feminista do parto e da maternidade retirou de cena a oposição ideológica entre saber e superstição, para colocá-la no campo das disputas profissionais

e da constituição de novos saberes sobre o corpo feminino que tiveram lugar a partir do século XVIII. Dessa forma, mostrou como a entrada dos médicos na cena do parto foi muito mais o resultado de uma relação de forças do que simplesmente a superação do obscurantismo pelo progresso do conhecimento médico.

A Arte de Partejar: a entrada dos homens na cena do parto

Mesmo sendo o parto um assunto de mulheres e permanecendo assim até o século XIX, alguns homens tinham certo contato com as parturientes, como os maridos que em certas situações ajudavam as esposas; os castradores de animais que na ausência de um cirurgião acabavam socorrendo mulheres agonizantes; ou os cirurgiões, chamados nos momentos em que o parto transformava-se num caso que exigia sua intervenção.

A obstetrícia é uma prática muito antiga, embora a presença masculina só ocorresse esporadicamente; no entanto, a entrada dos médicos na cena do parto natural e a transformação dessa prática em uma especialidade médica lucrativa não ocorreram antes do século XVIII e ainda assim de forma lenta e limitada em algumas classes sociais do meio urbano.

Geralmente, as práticas que requeriam contato com o corpo eram atribuições dos cirurgiões barbeiros, vistos com desprezo pela elite médica dos físicos.⁶ Quando uma mulher não conseguia dar à luz normalmente e as parteiras não resolviam o problema, depois de várias tentativas fracassadas só restava esperar pela intervenção divina ou então chamar um cirurgião.

Normalmente, os cirurgiões não tinham conhecimento sobre o parto e quase sempre eram tão ineficazes quanto as desesperadas parteiras. Há vários relatos 'escabrosos' de procedimentos realizados por ambos que devem ter contribuído para a má reputação dos cirurgiões e das parteiras não-profissionais. Embora os partos complicados não fossem muito comuns, com certeza devem ter deixado profundas impressões nas mulheres que viveram ou testemunharam cenas terríveis de parturientes que pereceram junto com seus bebês, contribuindo para o clima de medo e para a atitude de resignação perante a maternidade.⁷

Apesar da ignorância generalizada dos cirurgiões, nem todos eram indiferentes aos sofrimentos das parturientes. Muitos se interessaram pela obstetrícia e aprenderam com as parteiras sobre o parto natural para melhor compreender e interferir nos partos complicados. Foram estes

cirurgiões os primeiros a retomar e a rever os conhecimentos disponíveis produzidos na Antigüidade.

Os manuais de partos que surgiram nos séculos XVI na Europa testemunham o interesse de alguns cirurgiões pela obstetrícia, recuperando a tradição médica greco-romana e divulgando os conhecimentos obstétricos que haviam caído no esquecimento durante a Idade Média. Autores como Eucharius Rösslin, Jacob Rueff, Scipione Mercurio e Ambroise Pare, entre outros, deram início ao que denominamos pedagogia obstétrica, direcionada às parteiras alfabetizadas que atuavam nas cidades, já que seus livros foram escritos para elas ou para cirurgiões sem experiência com operações obstétricas.

De uma forma geral, os manuais de obstetrícia dos séculos XVI e XVII são registros de uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista. Os cirurgiões acabaram por desenvolver uma verdadeira obstetrícia patológica para a qual criaram todo um arsenal cirúrgico que muito contribuiu para a supremacia dos médicos-parteiros sobre as parteiras. Além das pinças, tesouras, dos fórceps, ganchos e perfuradores, também faziam parte da prática intervencionista as manobras obstétricas e as operações, como a embriotomia e a cesariana. Homens como Paré, Guilhemau, François Mauriceau e William Smellie tiveram seus nomes gravados na história da obstetrícia por terem desenvolvido práticas intervencionistas, criando novos instrumentos obstétricos e aprimorando métodos de diagnóstico.⁸

A crescente atuação dos cirurgiões entre as parturientes não pode ser explicada somente como uma moda que teria começado com o atendimento da favorita de Luís XIV pelo cirurgião Boucher, em 1663, mesmo porque o hábito de chamar médico-parteiro não se restringiu à nobreza da França. Tal processo se deve à conjunção de dois importantes acontecimentos que ocorreram entre os séculos XVII e XVIII. O primeiro foi a produção do conhecimento sobre as ciências biológicas, em especial sobre o corpo humano, como a anatomia e a fisiologia. A utilização das descobertas de Harvey (1616-1628) sobre a circulação do sangue representou uma verdadeira revolução para a cirurgia da época, da mesma forma que as dissecações realizadas com mais frequência nos corpos humanos, inclusive em mulheres grávidas, abriram todo um campo de conhecimentos a respeito da gravidez.⁹ O segundo foi o crescente interesse pelo estudo do corpo feminino e os conflitos ideológicos das disputas profissionais entre cirurgiões e parteiras.

Na história oficial da obstetrícia, a versão da entrada dos médicos na cena do parto mostra os cirurgiões como indivíduos dotados de espírito

investigador, que, apoiados nos estudos anatômicos, desafiaram o monopólio das parteiras e conquistaram um novo campo do exercício profissional. Graças aos conhecimentos anatômicos, os cirurgiões começaram a ser chamados para atender os partos naturais, aumentando a sua experiência com as observações. O Dr. Ernest Bumm, um dos mais respeitados obstetras alemães do final do século XIX, explica, no capítulo histórico do seu monumental *Précis d'Obstétrique* (1914), que a outra causa do progresso da obstetrícia francesa foi a criação de uma divisão de partos no Hôtel-Dieu no século XVII, que se ainda não servia para o ensino, contribuiu para dar experiência aos cirurgiões com o atendimento às mulheres pobres que se hospitalizavam.¹⁰

É interessante observar o vocabulário de Bumm (1914) ao referir-se à atuação dos cirurgiões e à ampliação de suas atividades como parteiros. Ele utiliza expressões militares, como se estivesse descrevendo realmente uma luta entre cirurgiões e parteiras ou entre a luz do saber e a escuridão da ignorância. Expressões como 'atacar' e 'conquistar' são usadas em sua análise para falar sobre a vitória dos médicos na luta pelo controle do parto; o autor também se refere aos instrumentos obstétricos, em especial ao fórceps, como uma arma do parteiro.

Esse vocabulário ainda utilizado no final do século XIX, sobre um processo histórico ocorrido 200 anos antes, é bastante adequado às imagens que cirurgiões, religiosos e funcionários públicos faziam a respeito da mortalidade materno-infantil, especialmente na França rural. Embora sejam escassos os dados, os registros de óbitos para algumas regiões da França, associados às primeiras estatísticas do Hôtel-Dieu, permitem afirmar que as denúncias não eram apenas resultado do preconceito contra as parteiras.¹¹

Os tratados de partos multiplicaram-se durante o século XVIII, transformando-se em uma fonte valiosa para se entender como a produção do conhecimento a respeito da gravidez e do parto e a substituição da parteira pelo médico eram acontecimentos indissociáveis. Neles pode-se ler todo o processo de transformação do corpo feminino em um objeto de conhecimento, da mulher em paciente e, por fim, da parteira em auxiliar do médico.

As relações entre médicos e parteiras foram bastante estudadas e são bem conhecidas pela historiografia feminista. Geralmente, a questão gira em torno de acusações de incompetência, controle e usurpação de práticas da cultura feminina pela corporação médica. Contudo, esta questão não

deve ser tratada no campo das oposições, nem se deve também alimentar uma visão romântica a respeito das parteiras. Médicos e parteiras podiam ser nocivos às parturientes, como também muito eficazes. Para se entender os interesses em jogo, é necessário analisar as condições socioculturais do momento de deflagração do conflito entre cirurgiões e parteiras.

Infelizmente, a maior disponibilidade de fontes testemunha apenas um dos lados da refrega. Desde a época de Rösslin, os médicos externavam opiniões desfavoráveis sobre as parteiras e esta atitude vai se manter quase inalterada até meados do século XIX. Poucos são os testemunhos de parteiras, mas eles existem. Algumas parteiras européias ficaram muito famosas por sua capacidade e perícia, publicando manuais de partos que foram tão ou mais importantes do que os manuais dos cirurgiões, ou então, deixaram registrada em diários a experiência de uma vida inteira dedicada à parturição.

O primeiro texto escrito por uma parteira foi *Observations Diverses Sur la Sterilité, Accouchements et Maladies de Femmes et Enfants Nouveau-né*, publicado em 1609 por Louise Bourgeois. O livro fez muito sucesso, sendo traduzido para o alemão e o holandês e muito citado pelos cirurgiões ingleses. Ela aprendeu o ofício com seu marido e com Paré, que foi seu mestre na arte, o que demonstra que muitas vezes parteiras e cirurgiões aprenderam uns com os outros. Tão importante quanto Louise Bourgeois foi a parteira alemã Justine Siegemund, que viveu no século XVII e também escreveu um livro expondo seus conhecimentos obstétricos.¹²

Esses livros mostram como algumas parteiras eram bastante experientes, tendo o mesmo nível de conhecimentos dos cirurgiões, senão até maior, além de informar sobre as estratégias de legitimação de seus trabalhos mediante as relações com os próprios cirurgiões, a clientela abonada e as autoridades religiosas.

Contudo, a maior parte delas não sabia ler e escrever, e mulheres como Louise Bourgeois e Justine atendiam uma clientela urbana e de alto poder aquisitivo. A prática das parteiras aldeãs e dos subúrbios pobres das cidades européias está perdida, como disse Gélis (1977). Pouco se sabe sobre elas, que atendiam a imensa maioria dos partos, a não ser que eram mulheres do povo cujo conhecimento vinha inteiramente da experiência, além de se cercarem de outros meios como a magia e a religião. Quando sabemos algo a seu respeito, são denúncias de imperícia e ignorância, relatadas não só pelos cirurgiões, mas também pelos manuais das parteiras qualificadas.

As fontes disponíveis mostram que não se pode falar das parteiras como se elas fizessem parte de uma mesma categoria social. Entre elas

havia diferenças sociais e culturais importantes que as primeiras análises feministas não levaram em consideração.¹³ Segundo Shorter (1984), a questão não se restringe a saber se as parteiras eram mais ou menos incompetentes que os cirurgiões, mas sim o quanto elas estavam próximas dos conhecimentos disponíveis na época e se estavam habilitadas para atender emergências.

Desde a Idade Média, as parteiras de algumas regiões da Europa estavam organizadas em guildas e ficavam sob a supervisão de uma profissional mais velha e experiente responsável pelo controle das mais jovens e pela manutenção da qualidade dos serviços. Particularmente nas cidades alemãs, as parteiras tinham completa autonomia e eram muito qualificadas, mas nem todas eram membros das corporações e a grande maioria delas não vivia em cidades, mas sim no isolamento das aldeias e dos campos. Essas mulheres do povo eram, na maior parte, analfabetas e faziam as coisas por 'tentativa e erro', apoiadas na tradição. Geralmente, elas se saíam bem nos partos normais, mas nas emergências as coisas podiam fugir do controle e ficar muito ruins para as parturientes. Portanto, há que se ter clareza quanto à distinção entre as parteiras qualificadas e supervisionadas das cidades e as parteiras tradicionais do campo, as 'comadres'. Com certeza, as profissionais eram até mais qualificadas que os cirurgiões, entretanto, as críticas a respeito de seus perigosos procedimentos foram destinadas a elas, bem como às 'comadres' que atendiam as mulheres pobres.

As autoridades civis e religiosas não ficaram indiferentes às denúncias de imperícia das parteiras tradicionais. Desde o século XV as autoridades da Igreja já demonstravam preocupação com os aspectos morais e religiosos da prática das parteiras. Na verdade, o controle exercido pela Igreja fazia parte de uma atitude persecutória à cultura popular ante o universalismo da Igreja Católica e ao absolutismo do Estado Moderno, inteiramente antitéticos às práticas culturais que pudessem questionar ou se opor ao projeto de poder que começava a se estruturar e enrijecer a partir de então.

Desde o século XVII o controle das parteiras passou a ser exercido pelos médicos. É nesse momento que a cirurgia começou a ser mais reconhecida e respeitada, bem como se produziram cada vez mais manuais endereçados às parteiras, visando a transformá-las em divulgadoras do saber médico. A última fase de controle e supervisão deu-se no século XVIII com a disseminação das escolas de parteiras na Europa.

A preocupação com a formação já era uma realidade para as parteiras qualificadas. Na metade do século XVIII, uma reconhecida parteira francesa, Madame Du Coudray, desenvolveu um curso para as parteiras do campo, formando mais de 5.000 delas com seu curso itinerante, baseado na demonstração com manequins de madeira. Por meio de cursos como esse, os conhecimentos dos manuais entraram no campo e nas regiões mais distantes dos centros urbanos; eram definidas informações não apenas sobre o parto, mas noções de higiene e cuidados com a puérpera e o recém-nascido.

Esses cursos práticos precederam o ensino oficial de partos e conviveram com esta última fase, quando então o Estado toma como sua a responsabilidade pelo ensino obstétrico. Gélis (1977) informa que os cursos e a criação de escolas de parteiras fazem parte da reação do Estado ao 'massacre dos inocentes', tão denunciado pelas autoridades provinciais, pelos religiosos e médicos. A mortalidade materno-infantil assombrava as consciências, e a necessidade de formar as parteiras foi defendida como parte de uma política natalista que se configurou a partir do século XVIII.¹⁴

Embora algumas parteiras e cirurgiões tenham trabalhado juntos e as profissionais tenham freqüentado cursos ministrados por cirurgiões, o conflito entre ambos se acirrou na disputa pela clientela, além do fato de que a entrada dos cirurgiões na cena do parto despertou reações moralistas. Apesar das críticas às 'comadres ignorantes', muitos homens e mulheres continuavam defendendo que o parto deveria ser conduzido pela parteira. A presença do cirurgião no momento do parto parecia, para muitos maridos, algo extremamente ofensivo para o pudor de suas esposas, como também havia uma certa desconfiança quanto à sinceridade das intenções dos cirurgiões, que podiam se aproveitar da situação para seduzir as mulheres.¹⁵

O mal-estar provocado pela presença do 'parteiro' foi sintetizado pela obra panfletária de Phillip Hecquet, publicada em 1708, com o título *De l'Indécence aux Hommes d'Accoucher les Femmes*. O autor recorreu à tradição das parteiras e usou argumentos religiosos para execrar o que ele e alguns de seus contemporâneos acreditavam ser uma imoralidade e uma indecência.¹⁶

Embora o atendimento dos parteiros nessa época fosse muito restrito à nobreza e às pessoas mais ricas das cidades, esta era uma novidade que ia cada vez mais se impondo entre as mulheres. As parteiras reagiram a esta invasão ao defender a qualidade de seu trabalho baseado na grande experiência que tinham. Outras, uma pequena parcela, deixaram por escrito suas opiniões a respeito dos cirurgiões. Entre estas se destaca Elizabeth Nihell, parteira inglesa contemporânea de Smellie, a quem endereçou suas críticas.

Nihell defendia a arte obstétrica das parteiras, ressaltando o uso exclusivo das mãos, a paciência e a capacidade de julgar o melhor momento para intervir. Sua crítica principal era à intervenção com instrumentos obstétricos, que, em mãos apressadas e inábeis, podiam causar sofrimentos terríveis e danos irreparáveis.¹⁷ Ao fazer isso, Nihell não só alertava para os riscos de intervenções intempestivas, como também atacava o símbolo do poder dos cirurgiões parteiros: o fórceps. Além disso, pode-se perceber na crítica da parteira inglesa, um eco das reações mais gerais das classes populares ao uso de instrumentos e à experiência com os corpos humanos por parte dos cirurgiões. Quando Nihell escreveu, em 1771, os cirurgiões já estavam dominando a profissão em alguns segmentos sociais e haviam conseguido impor restrições às parteiras profissionais; primeiro, controlando a formação, e, por fim, dificultando o acesso às faculdades de medicina, aos conhecimentos e ao instrumental cirúrgico.

A invenção de instrumentos obstétricos como o fórceps deu-se paralelamente à entrada dos cirurgiões na cena do parto. O fórceps foi criado no século XVII pelos cirurgiões da família Chamberlen, na Inglaterra, e posteriormente aperfeiçoado por cirurgiões franceses e pelo inglês Smellie, o desafeto de Elizabeth Nihell. Embora fosse um invento importante na resolução de partos muito demorados, podia causar muito sofrimento para a mulher e mutilar a criança. O uso do fórceps em mãos inexperientes começou a gerar uma série de relatos de acidentes e alguns cirurgiões se opuseram ao uso freqüente deste e de outros instrumentos.

Dos dois lados do Canal da Mancha os cirurgiões dividiram-se entre aqueles que preferiam deixar o curso da natureza agir e os intervencionistas, para quem o uso dos instrumentos só valorizava a habilidade do cirurgião. Nihell e De la Motte, este último um famoso cirurgião parteiro contrário ao abuso dos instrumentos, perderam esta luta, pois apesar das reações moralistas e populares, foi a figura do cirurgião armado com seus instrumentos em luta contra os obstáculos do corpo que se impôs. Os cirurgiões iluministas divulgaram esta imagem, associando a prática obstétrica e o instrumental com a idéia de competência e superioridade em relação às parteiras.¹⁸

Além das demonstrações da habilidade armada pelos instrumentos, os cirurgiões divulgaram este novo campo de atividade profissional e de saber através dos livros. Após a segunda metade do século XVIII, houve uma grande produção de livros de obstetria, alguns extremamente complexos, com muita informação baseada na casuística e ilustrações cada

vez mais realistas, como é o caso do trabalho de Hunter sobre o útero grávido anteriormente citado.

É evidente que o público para esses livros era pequeno, composto pelos cirurgiões, estudantes de medicina e pelas parteiras que freqüentavam escolas de parto; mas, na tradição iluminista, este saber, fruto da observação e da prática, era o símbolo de uma nova época, a Época das Luzes, que levaria à vitória da razão sobre a ignorância. O parteiro munido com seus instrumentos e com os tratados de obstetrícia se impôs sobre as parteiras como um homem que, além de conhecer o corpo feminino, representava a Ciência. A caricatura do sangrador vai se esvanecendo perante a imagem poderosa que se constrói de homens, como Baudelocque e Levret, na França, ou de Smellie e Hunter, na Inglaterra, à medida que a imagem do cirurgião competente passa a ser construída no processo de produção e institucionalização do saber médico.

Nesse processo, as parteiras formaram uma profissão de auxiliar do médico, este sim, o novo especialista em mulheres que surgia no século XIX. Com a divulgação dos cursos de partos na França, Inglaterra e Alemanha, as parteiras tornaram-se aliadas dos médicos, o que explica a boa convivência profissional entre ambos nas maternidades e o tom paternalista com que os médicos se referiam às suas auxiliares.

Cada vez mais presentes ao lado das parturientes, os médicos tornaram-se especialistas não só do parto, mas também da gravidez, do puerpério, da saúde e das doenças dos recém-nascidos, associando a experiência aos conhecimentos científicos produzidos nas principais faculdades de medicina européias; assim, formou-se um novo especialista no século XIX: o obstetra.

A Ciência dos Partos: a obstetrícia científica do século XIX

No antigo prédio localizado no Terreiro de Jesus, em Salvador, onde funcionou a Faculdade de Medicina da Bahia, encontram-se vários quadros de turmas de doutorandos, todos em madeira entalhada, com fotografias e homenagens. Alguns trazem gravuras com temas médicos, exaltando a arte de curar e a figura respeitável do médico. Em um desses quadros, uma jovem, esposa e mãe, encontra-se muito doente e abatida, sendo atendida por um médico idoso que, ajoelhado ao seu lado, toma-lhe o pulso. Ao lado do doutor e da doente estão o marido cabisbaixo e preocupado, os filhos

ainda pequenos, uma mulher que parece ser a avó das crianças e uma serviçal. Todos os olhares se voltam para o conjunto médico-paciente, como que a esperar pela palavra do médico, cuja imagem representa autoridade, experiência a dedicação.

Essa gravura escolhida para compor um quadro de formatura dos jovens médicos baianos faz parte de um conjunto de representações pictóricas que foram produzidas a partir da segunda metade do século XIX na Europa, divulgando a imagem heróica e salvadora do médico. No Brasil, este gênero de pintura não se desenvolveu, mas na Europa e nos Estados Unidos há muitos quadros e gravuras do tipo, e é provável que a gravura escolhida pelos doutorandos baianos seja uma reprodução de algum quadro europeu.¹⁹

A pintura e a literatura do século XIX muito contribuíram para a divulgação da imagem moderna do médico: um homem respeitável, sábio, bom observador e, mais importante, confiável; alguém que podia entrar nos lares, conhecer os membros da família, tornar-se o confidente das mazelas e das misérias humanas, bem como ser uma espécie de educador dos corpos e dos sentimentos, um novo sacerdote, só que a serviço da ciência e da saúde.

A imagem do médico de família demorou quase um século para ser construída e dominar o imaginário a respeito do corpo, da saúde e das doenças, especialmente entre as classes mais altas e letradas. O médico de família tinha, além de suas credenciais profissionais que o habilitavam perante a clientela que podia pagar, as mesmas origens sociais e culturais de suas clientes, o que facilitou sua entrada nos recantos e segredos da intimidade familiar. No entanto, esta aproximação não foi uniforme e nem ocorreu ao mesmo tempo. Pode-se perceber melhor os efeitos do que é chamado de medicalização da sociedade em algumas camadas sociais, especialmente na burguesia, e em algumas regiões urbanas da França, Inglaterra e Estados Unidos. Mas, mesmo nestes países, vários grupos sociais e regiões mais afastadas das grandes cidades continuaram alheios à nova autoridade médica, mantendo seus costumes e recorrendo a outros profissionais da cura, como curandeiros, benzedeiros e parteiras não-profissionais. Países não-europeus como o Brasil, onde o ensino oficial da medicina só foi organizado no século XIX, são exemplos desta não uniformidade da medicalização da sociedade, onde a autoridade médica se impôs a uma pequena parcela da população – branca e endinheirada –, ficando a grande maioria a socorrer-se de outras práticas não regulamentadas, pelo menos até o início do século XX.

Apesar dessas ressalvas, é inegável a importância social e cultural dos médicos na organização das sociedades modernas ao reivindicar para sua categoria profissional a autoridade, sustentada no conhecimento, a respeito de assuntos de interesse individual e coletivo; da ordem do privado e das políticas públicas.

Até o início do século XVIII o médico era um indivíduo que pertencia à elite, pouco afeito aos conhecimentos práticos (estes eram da alçada dos cirurgiões) e ao contato com os corpos doentes. Ainda presos à tradição escrita da medicina, os médicos ou físicos formulavam seus diagnósticos e terapêuticas baseados em analogias e na classificação das doenças, o que demonstra a formação excessivamente retórica e nada empírica dos médicos europeus.²⁰

Por volta da segunda metade do século XVIII uma nova atitude começou a diferenciar o papel dos médicos. Trata-se de uma atitude fundamentalmente política, originada, em parte, da preocupação dos médicos com os alarmantes problemas de saúde pública, especialmente as epidemias que esporadicamente flagelavam as populações urbanas. Tal preocupação vem ao encontro de um crescente interesse dos estados modernos europeus pelas condições de saúde das populações, cada vez mais vistas como fontes das riquezas e do poder dos Estados e das nações.²¹

Rosen (1983) comenta como os médicos voltaram-se para os problemas de saúde pública visando a desenvolver ações controladoras, como a formação e a supervisão das parteiras, a regulamentação da profissão médica, obras de saneamento e a construção de hospitais. Desenvolveram igualmente uma série de regulamentos sobre o bem-viver das pessoas, incluindo os hábitos alimentares, o vestuário, o lazer, a higiene pessoal, a habitação, o ambiente de trabalho, a vida sexual, enfim, um conjunto bastante heterogêneo de regulamentações que foram incorporadas a um novo campo do saber e da prática médica que dominou o século XIX: a higiene.

A percepção de que o crescimento populacional e a riqueza das nações dependiam das boas condições de saúde foi determinante para o processo de profissionalização e legitimação do saber médico. Com a transformação dos problemas de saúde pública em assuntos administrativos dos Estados, o papel dos médicos passou a sofrer transformações – estes passaram a ser responsáveis não só pelo tratamento de indivíduos doentes como também pelas condições de saúde de toda a população.²²

Percebe-se, portanto, uma ampliação considerável do campo da ação médica, antes restrita à nosologia e, doravante, cada vez mais extensiva e

invasiva, já que seu objetivo tornara-se tão complexo com a medicina social. É justamente com a reorganização do campo da ação médica na segunda metade do século XVIII que se estabeleceram as condições necessárias para a entrada do médico no meio familiar. Mas, para que isso ocorresse, foi necessário vencer as resistências da autoridade paterna e o melhor caminho foi a verdadeira frente de batalha erguida contra a mortalidade infantil.

Donzelot (1986) comenta a respeito do florescimento de uma literatura médica a partir de 1760, voltada para a saúde das crianças. Afinada com as teorias econômicas e políticas da época a respeito do potencial econômico da população, a preocupação com a mortalidade infantil levou os médicos a coletar dados, estabelecer comparações, detectar as causas e propor políticas de saúde pública e de higiene familiar.²³

Os médicos franceses foram os mais ativos nesta ação em direção à família burguesa. A questão problemática enfrentada pelos médicos era a aparente contradição entre as condições mais saudáveis de vida das crianças camponesas e a fragilidade das crianças burguesas das cidades que definham por causa da desatenção dos pais, ou melhor, das mães, e dos maus hábitos inculcados pelos criados que tinham mais contato com as crianças, segundo a interpretação dos médicos. O século XVIII foi palco de uma verdadeira batalha entre os médicos e aqueles que eles consideravam os maiores responsáveis pelos riscos à saúde infantil: os charlatões, as 'comadres sabichonas' e os criados.

Como parte desse discurso normativo e pedagógico estão a campanha em prol da amamentação e todo um conjunto de medidas higiênicas para a infância, reforçando os laços entre mães e filhos e entre os cônjuges no interior do espaço regenerado e saneado da família moderna.²⁴

Textos médicos e leigos foram escritos especialmente para atingir as mulheres, almejando modificar-lhes os hábitos em relação ao cuidado dos filhos e transformá-las em clientes-confidentes, verdadeiras aliadas dos médicos na tarefa de moralizar as relações familiares, segundo um modelo prescrito pela higiene. A valorização da mulher como mãe foi, sem dúvida, uma estratégia bem-sucedida que contribuiu para a entrada do médico na vida privada, tornando-o uma espécie de conselheiro sobre vários aspectos da vida familiar.²⁵

Ao tornar-se um aliado nos assuntos relativos aos filhos, o médico teve acesso a outros assuntos específicos das mulheres, como a gravidez, o parto, o puerpério e as queixas ginecológicas. A formação do obstetra,

este especialista em partos, deve-se muito à experiência propiciada pela proximidade com as mulheres. No entanto, a constituição da obstetrícia como especialidade médica dependeu da conjunção de outros fatores que não apenas a transformação do *status* do médico, fatores estes que remetem para questões de ordem epistemológica que afetaram as formas de se conceber e de praticar a medicina.

Autores como Canguilhem (1995) e Foucault (1980b) abordaram as transformações epistemológicas que afetaram a medicina como conhecimento e prática no século XIX, especialmente Foucault, ao investigar o novo discurso médico fundado na experiência clínica. O autor aborda uma das questões centrais na relação entre a medicina clínica e as ciências biológicas – a soberania do olhar na investigação científica sobre o corpo humano – quando se propôs estudar a história dessa experiência baseada na visibilidade do corpo e na relação entre o visível e o enunciável.

A reorganização do conhecimento científico que aconteceu nas primeiras décadas do século XIX levou ao definitivo abandono das explicações especulativas sobre o corpo humano, transformando-o num cenário material e visível, um novo território cujas verdades eram acessíveis ao olhar atento do médico – que sabia reconhecer, em meio à confusão subjetiva da paciente, a linguagem dos sintomas – e ao olhar atento do cientista – que descobria as camadas do corpo, lançando um olhar em profundidade entre tecidos e órgãos, em direção ao núcleo da verdade.

No início do século XIX, especialmente na França, vê-se o surgimento do novo homem das ciências biológicas, que combinava o exercício da medicina com a pesquisa científica, empreendida nas salas de autópsias e nos laboratórios de anatomofisiologia. Alguns deles tiveram seus nomes definitivamente gravados na história da medicina moderna, como a tríade francesa de médicos-cientistas que são considerados os grandes nomes da fisiologia e da patologia: Xavier Bichat, François Magendie e Claude Bernard.²⁶ A articulação entre a clínica e o laboratório foi a grande inovação destes médicos, com exceção de Bernard, que se dedicou exclusivamente à atividade científica.

A partir da década de 1830, com a introdução dos novos conhecimentos produzidos pelas ciências biológicas nos currículos das faculdades de medicina, bem como pelo crescente interesse dos professores pela medicina experimental, descortina-se um novo cenário no ensino e na prática da medicina, no qual se destaca o médico como intérprete dos

sintomas dos corpos doentes, fortalecendo sua autoridade no decorrer do século graças à reorganização epistemológica da medicina, que, por sua vez, definiu o corpo como um objeto do seu domínio, um novo ponto de partida do saber e do exercício do poder.²⁷

Essa importante mudança no campo do saber médico teve um impacto imediato na antiga arte dos partos. Os professores das faculdades de medicina que até então repetiam nas aulas os ensinamentos retirados dos velhos tratados de obstetrícia produzidos nos séculos anteriores – sem ter nenhum interesse pelo ensino da prática – foram sendo substituídos por médicos imbuídos da necessidade de mudanças radicais nesse campo da medicina. Para isso, atacaram em duas frentes: primeiro, na reestruturação do ensino; segundo, na constituição de uma especialidade com objeto e vocabulário próprios, e com acesso aos espaços hospitalares, que, por sua vez, foram adequados para atender às demandas médicas, reforma esta que resultou na criação das maternidades na segunda metade do século XIX.

Embora o ensino da arte dos partos fosse muito precário, alguns poucos cirurgiões ingleses e franceses vinham, desde meados do século XVIII, dando cursos para os estudantes de medicina e para as parteiras. No entanto, nem todos os alunos freqüentavam tais cursos, ficando a grande maioria apenas com informações vagas e exclusivamente teóricas, sendo bastante comum a existência de médicos que terminavam seus cursos sem nunca ter assistido a um único parto, a não ser aqueles partos fictícios praticados por professores em manequins de pano ou madeira.²⁸

Essa situação começou a mudar primeiramente na Escócia e na Inglaterra, países precursores no ensino da obstetrícia, onde ministravam aulas os mais famosos e respeitados parteiros da época como Smellie e Hunter.²⁹ Cabe salientar que, em relação ao continente, o ensino ministrado pelos médicos e cirurgiões escoceses e ingleses era bastante avançado para a época porque, além da preocupação com a formação prática nos hospitais, homens como Smellie e Hunter tinham conhecimentos aprofundados de anatomia e fisiologia da gravidez e do parto, produzindo livros e material didático como atlas anatômicos muito detalhados e ricamente ilustrados, com um realismo espantoso se considerarmos a precariedade dos instrumentos óticos e dos procedimentos de diagnóstico.³⁰

Na França, o ensino da obstetrícia foi oficializado no início do século XIX, no período napoleônico, com a criação da Cadeira de Partos, Doenças das Mulheres Paridas e das Crianças Recém-Nascidas, ministrada pelos

mais famosos cirurgiões franceses da época, entre eles Baudelocque, talvez o primeiro cirurgião que tenha se dedicado exclusivamente à obstetrícia, cujo tratado *L'Art des Accouchements*, publicado pela primeira vez em 1789, já alcançara a 50ª edição em 1815.³¹ A obstetrícia francesa tornou-se o modelo para todos os outros centros de ensino médico até o final do século XIX, quando então a Alemanha e a Inglaterra passaram a fornecer um novo modelo para os campos da obstetrícia e da ginecologia. O ensino ministrado pela Cadeira de Partos nas faculdades de medicina de Paris e de Montpellier foi reproduzido em outros países, entre eles o Brasil, onde a primeira Cadeira de Obstetrícia tinha exatamente o mesmo nome francês.

O ensino oficial da obstetrícia pode ser analisado pelo impacto das novas informações produzidas pelas ciências biológicas, pela reação política do governo francês à mortalidade materno-infantil, mas não se pode esquecer que a oficialização do ensino foi contemporânea às publicações médicas sobre a natureza feminina que vinham sendo produzidas desde meados do século XVIII. Ao estabelecer a natureza física da mulher como fundamento de seu papel na sociedade, os médicos defenderam a necessidade de um ensino voltado para a especificidade reprodutiva do sexo feminino, bem de acordo com o ideário rousseauísta difundido entre médicos, intelectuais e mulheres letradas que viam no exercício da maternidade a redenção moral do seu sexo.³²

Na mesma época em que se organizou o ensino obstétrico, vários pesquisadores franceses e alemães dedicavam-se a compreender os mistérios da reprodução humana. Se ainda não era possível entender como ocorria a fecundação, os estudos anatomofisiológicos do embrião humano forneceram elementos importantes para o exercício da obstetrícia, em especial para o conhecimento do processo da gravidez.

A gravidez não era, até então, um assunto de domínio dos médicos parteiros, pois o que hoje conhecemos como atendimento pré-natal, que é o acompanhamento clínico da mulher grávida, era um conceito desconhecido até meados do século XIX. A gravidez, assim como a maioria dos partos, continuava a ser um assunto de mulheres, cercado por interdições e pudores que muito lentamente foram cedendo conforme o médico foi se tornando o responsável pela saúde dos membros da família.

Com o ensino oficializado, tornou-se imperativo para os médicos ampliar seu campo de investigação, afinal o bom termo de um parto dependia dos conhecimentos clínicos da parturiente. Dessa forma, começou a se constituir a obstetrícia científica, acompanhando um movimento

circular de conhecimentos que foi do parto para a gravidez e desta para o período conhecido como puerpério, englobando o parto e o pós-parto, bem como o atendimento ao recém-nascido.

O interesse médico pelo binômio gravidez-parto resultou em outra importante inovação no ensino médico com a criação da Cadeira de Clínica Obstétrica ou Clínica de Partos, na Faculdade de Medicina de Paris na década de 1830, inovação esta que depois foi copiada por outros centros de ensino médico. As duas cadeiras, teórica e prática, completavam-se, dando aos estudantes de medicina a oportunidade de aprender nas aulas teóricas a fazer diagnósticos, a reconhecer anomalias e a proceder no momento do parto, enquanto nas aulas de clínica podiam observar os ensinamentos do professor, acompanhando o atendimento às grávidas e puérperas na enfermaria de partos.

No entanto, mesmo com essa inovação e com o esforço e a fama dos professores, percebe-se, pela leitura dos tratados publicados na época, que havia ainda muita resistência entre os próprios médicos quanto à necessidade de uma especialidade médica voltada para a gravidez e o parto. Também há referências quanto às dificuldades para atender demandas do ensino prático, principalmente na França, onde, apesar do atendimento prestado no Hôtel Dieu e no hospital Saint Louis em Paris, e em outras cidades como Montpellier, Marselha e Estrasburgo, efetivamente os alunos pouco aprendiam, ora por falta de orientação, ora pelos impedimentos colocados pelas parteiras e parturientes que consideravam indecente a exposição das mulheres aos estudantes.³³

Um crítico a esse estado de coisas foi Velpeau, professor de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina de Paris, cujo tratado foi utilizado por várias décadas, tendo publicado outros trabalhos de obstetrícia e cirurgia na década de 1830.³⁴ No prefácio do *Traité Complet de l'Art des Accouchements*, de 1835, o autor defende o caráter científico da obstetrícia, dizendo que a fisiologia era a sua base, o que contribuiu para destruir as imagens preconceituosas e vulgares do parteiro diante do médico hábil e instruído nos misteres das ciências. Explica que seu livro fora produzido a partir da leitura de outros médicos e de sua própria experiência atendendo partos na maternidade da cidade de Tours e sua clientela particular.

Refutando a opinião de leigos e de colegas de profissão que não davam muita importância à 'ciência dos partos'³⁵ por acreditarem ser o parto um acontecimento simples, um assunto de mulheres, Velpeau explicava que os problemas de natureza obstétrica eram comuns e necessitavam da atenção

médica especializada em anatomia, fisiologia, patologia, embriologia e cirurgia, conhecimentos estes que ele possuía. É interessante observar a construção do seu argumento em defesa da ciência dos partos. Como bom racionalista, Velpeau foi buscar na história a justificativa para sua ciência. Equacionando ciência com grau de civilização, o autor explicava que nos períodos remotos da história da humanidade, entre os povos bárbaros somente as mulheres atendiam às parturientes. Com o progresso da civilização, os cirurgiões passaram a atender os partos, o que o levou a concluir que a arte dos partos deveria acompanhar as transformações científicas, vindo a tornar-se uma ciência produzida exclusivamente pelos médicos, que seriam assistidos por parteiras treinadas e submetidas à sua autoridade.

Como professor, Velpeau atacou veementemente os obstáculos ao ensino prático. Na época em que escreveu seu tratado, tomou como modelo o ensino médico da Inglaterra, onde os alunos tinham aulas práticas orientadas pelos professores. Apesar dos espaços hospitalares disponíveis na França, parece que as parteiras ainda tinham bastante autoridade para não permitir o acesso dos estudantes às salas de parto que ainda não estavam sob o controle dos professores de clínica obstétrica. Velpeau defendia a existência de uma clínica de fato, confiada a um professor, mas seu desejo maior era a construção de maternidades, espaços hospitalares exclusivos à clínica obstétrica, ao ensino e à pesquisa. Segundo o autor, somente com uma instituição desta natureza a França poderia recuperar “o brilho que teve sem perder o lugar de honra entre as nações científicas e liberais” (Velpeau, 1835: CV). Velpeau anunciou a direção que a nova especialidade tomou no decorrer do século XIX: a organização do ensino teórico e prático e a hospitalização do parto com a criação das maternidades.

Mesmo enfrentando resistências consideráveis,³⁶ a ciência dos partos foi uma das primeiras especialidades médicas a se constituir, sendo definida como o conjunto de conhecimentos relativos à reprodução da espécie. Com esta definição, os obstetras circunscreveram o tema da reprodução aos fenômenos da gestação e da parturição, já que pouco ou quase nada se sabia sobre a concepção. Ou seja, foi para os fenômenos que ocorriam no corpo feminino que as atenções e os olhares dos estudiosos se direcionaram. Toda a grande produção do conhecimento obstétrico, divulgada em livros e artigos médicos, ocorrida durante o século XIX, tem como objeto o corpo feminino, que foi minuciosamente inquirido, observado e representado.

A reprodução da espécie tornou-se um assunto de extrema importância para os médicos e, devido ao papel desempenhado pela mulher nesse processo, era necessário conhecê-la, bem como as transformações que ocorriam no seu corpo durante a gravidez e o parto. A perenidade do grupo, da raça, da espécie ou da sociedade – variações conceituais para a idéia da existência humana – dependia da capacidade do corpo feminino em gerar a vida, o que explica a universalidade de mitos e crenças sobre a gravidez. A obstetrícia científica apoderou-se deste processo ao transformar a gravidez e o parto em fenômenos essencialmente naturais, observáveis e passíveis de controle, rejeitando qualquer explicação sobrenatural a respeito da geração humana. O que ainda não se podia explicar, acreditavam os médicos, seria futuramente explicado com o progresso da Ciência.

Não se pode entender a constituição da obstetrícia sem acompanhar o engendramento de uma nova relação entre o saber médico e a representação do corpo feminino. Construir um saber sobre a gravidez e os partos naturais exigiu dos médicos a reorganização do método de investigação do corpo da mulher, fundado no que Foucault (1986) chamou de princípio da visibilidade obrigatória. O saber médico deixou de ser apenas uma interpretação dos sintomas ao estabelecer a relação entre o que era visto (os signos do corpo) e o que era enunciável no diagnóstico e na projeção futura do prognóstico. Dessa forma, o conhecimento da gravidez e do parto dependia da visibilidade do corpo feminino, que, por sua vez, exigiu o aperfeiçoamento técnico dos exames.

Os tratados de obstetrícia do século XIX descrevem os novos procedimentos médicos que combinavam conhecimentos anatômicos com o exame físico da mulher. Assim, a obstetrícia procurou colocar em prática a máxima do conhecimento científico de então – saber para agir –, construindo um saber institucionalizado a respeito do corpo da mulher e acessível apenas àqueles que pertenciam ao círculo de iniciados e que dominavam o vocabulário e as práticas profissionais.³⁷

Muito embora os médicos das épocas anteriores tenham escrito sobre a mulher, a gravidez e, em especial, sobre os partos difíceis, o alcance daqueles saberes era muito restrito, tanto entre os médicos como entre a clientela feminina. A prática da medicina anterior ao século XIX tinha a concorrência de outros recursos curativos e, como foi comentado anteriormente, a obstetrícia ainda era uma prática exercida quase que exclusivamente pelas parteiras. Além disso, os conhecimentos científicos produzidos ao longo do século XVIII sobre a diferença sexual sobrepunham-se, com frequência, a

um imaginário eivado de crenças sobre os poderes secretos e maléficos dos corpos femininos.

A constituição da ciência obstétrica no século XIX significou uma alteração profunda tanto no que diz respeito ao estabelecimento das competências quanto no que diz respeito à construção de um saber específico sobre as capacidades reprodutivas das mulheres como até então não fora possível. Com a ciência obstétrica e a objetivação do corpo feminino, casos como o nascimento de sapos, coelhos e outras estranhezas produzidas pelo corpo feminino passaram a freqüentar as páginas do anedotário popular e das caricaturas, enquanto os tratados de obstetrícia tornavam-se a fonte autorizada a respeito desse corpo e dos mistérios da reprodução da espécie.

Embora apresentem algumas variações quanto à organização dos temas abordados, todos os tratados fazem o mesmo percurso analítico: descrição do corpo feminino, gravidez, parto normal, parto complicado, operações obstétricas, problemas puerperais e cuidados com o recém-nascido. Grande parte dos conhecimentos disponíveis vinha das salas de autópsia que foram bastante importantes para entender o desenvolvimento fetal e o mecanismo do parto. No entanto, o aspecto preventivo da obstetrícia dependia da relação clínica com as mulheres, coisa que não podia ser feita com cadáveres, mas somente por meio de exame minucioso do corpo vivo.

O exame obstétrico não era totalmente uma inovação. Parteiras faziam o exame para diagnosticar a gravidez e o parto muito antes de os médicos se interessarem pelo assunto. A diferença está no objetivo e nos métodos. As parteiras respondiam às demandas de suas clientes para saber se estavam grávidas ou para ajudá-las no momento do parto, sendo o exame apenas uma decorrência do exercício profissional. Para os médicos, o exame era uma forma de saber construído pela articulação do olhar, do tato e da audição – sentidos que foram ampliados com a invenção dos instrumentos de diagnóstico.

Conhecer o corpo feminino foi o primeiro passo para a construção desse tipo de saber indiciário produzido pelo exame, e isto significava recortá-lo como individualidade e objetivá-lo no interior de um novo campo do saber que o tornasse inteligível; um corpo dócil, sujeito às manipulações, às análises, a ser utilizado e aperfeiçoado, de acordo com a definição de Foucault (1986). Nesta direção, a obstetrícia se constituiu como um saber anatômico, lançando um olhar em profundidade para o interior da pélvis

feminina, dissecando o útero, os ovários, as trompas, os músculos e os ossos. Este conhecimento em profundidade teve um duplo significado: por um lado, definiu a feminilidade como algo visível e localizado na pélvis; por outro, tornou-se uma espécie de conhecimento projetivo a ser utilizado pelo médico no exame clínico.

O olhar médico volta-se igualmente para a superfície do corpo, principalmente para diagnosticar a gravidez. As dificuldades eram imensas, pois, além das dúvidas quanto a este tipo de diagnóstico, não era comum o médico realizar exames desde o início do processo, devido aos pudores femininos e dos próprios médicos.³⁸

Figura 4 – Dr. William Clysston (Winthrop Chandler, 1780)

Posando, dr. Clysston mostra como, inicialmente, a relação entre o médico e a paciente era mediada por fortes impedimentos à visão, prevalecendo o princípio do “toque, mas não olhe” com a finalidade de preservar os pudores de ambos os lados.

Fonte: Lyons, 1987. (Ohio Historical Society, Campus Martius Museum, Marietta, Ohio)



A Figura 4 mostra como o simples procedimento de tomar o pulso de uma paciente era cercado de interdições, o que certamente dificultava a formulação dos diagnósticos. Esta imagem também representa a linha de conduta dos médicos, anterior à medicina clínica, baseada no princípio ‘toque, mas não olhe’, que foi profundamente alterada ao longo do século XIX com a articulação entre o tato e o olhar.

A aceitação dos exames obstétricos deu-se com o trabalho de convencimento dos médicos junto às suas clientes, impondo lentamente

sua autoridade ao associar a necessidade de ver com a idéia de prevenção e segurança para a mulher e seu filho.³⁹ No entanto, a idéia de uma obstetrícia ocular não foi facilmente aceita por todos os médicos, pelo menos até a metade do século XIX. Isso se explica pelas origens da obstetrícia que esteve associada à idéia de arte, de ofício manual. Efetivamente, num parto natural, não há muito que fazer a não ser esperar o tempo da natureza. O papel da parteira ou do médico era aparar a criança, separá-la da mãe e prestar os cuidados subseqüentes. Nestes casos, as mãos eram os únicos instrumentos necessários. Para alguns médicos, o recurso do olhar era secundário já que sua arte dependia muito mais das mãos e da habilidade em saber usá-las nos exames e nos partos.

A exploração manual como método para estabelecer o diagnóstico da gravidez e do parto foi divulgada amplamente nos manuais e tratados de obstetrícia desde o século XVIII. Este método aparentemente simples passou a ser chamado de palpação abdominal e no início do século XIX era ensinado nas faculdades de medicina e praticado amplamente pelos médicos entre suas clientes.⁴⁰ Com este procedimento, evitava-se o olhar direto sobre o corpo preservando-se, assim, os pudores femininos e dos próprios médicos.

Com a incorporação dos métodos da ciência experimental na obstetrícia, o princípio do 'toque, mas não olhe' foi considerado ultrapassado e um entrave ao desenvolvimento da especialidade, que tinha como objetivo ser a ciência dos partos. O aperfeiçoamento dos diagnósticos e o controle sobre o processo da gravidez e do parto dependiam de uma visão desimpedida do corpo feminino, inserindo-o num regime de visibilidade que ia dos níveis mais profundos do corpo até o nível da superfície corporal, um novo território que foi explorado e mapeado pela ciência obstétrica. Pela primeira vez na história da medicina, o corpo feminino tornava-se visível e inteligível.

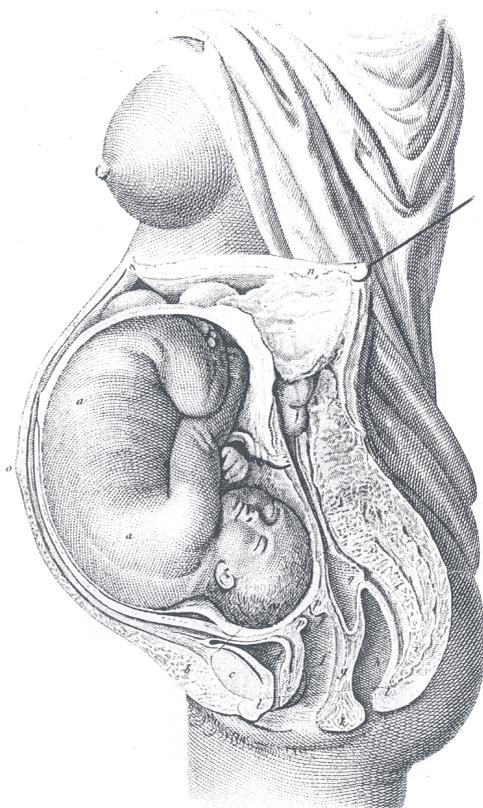
Seguindo o modelo da anatomia patológica no qual o espaço corporal é descrito minuciosamente, a obstetrícia também procurou aplicar o mesmo rigor científico para conhecer seu objeto. Livros como o de Velpeau (1835) passaram a relacionar o texto minucioso e descritivo às imagens cada vez mais realistas das estruturas do corpo da mulher. Suas imagens são de observações retiradas da dissecação, em que a bacia feminina é analisada com precisão matemática e os órgãos genitais expostos detalhadamente. Contudo, essas imagens não são meras ilustrações do texto, mas descrições – elas ensinam a ver, integram o conhecimento e estabelecem uma relação entre o corpo-objeto e o olhar do sujeito-observador.

A representação dos corpos de mulheres grávidas autopsiadas inseriu no campo visual do conhecimento o que até então era invisível e apenas imaginado. Na Figura 5, cujo título é *Femme a Terme*, vê-se a imagem de um corpo descoberto, revelado e exposto ao olhar na sua inquietante passividade. Nela, destaca-se o tema do desvelamento, que é tanto metafórico quanto real. Como metáfora, o desvelamento do corpo significa um procedimento para chegar ao âmago da verdade sendo com frequência representado pela imagem da mulher descoberta.⁴¹ Como prática, o desvelamento faz parte de um novo direcionamento do olhar médico para o interior do corpo, proporcionado pela dissecação; começa pelo afastamento da roupa ou do pano que encobre o corpo materno, representado pelo seio e pelo ventre volumoso. Mas, o olhar vai mais fundo e outras camadas de tecido (orgânico) são afastadas para mostrar o interior do corpo com todos seus detalhes.⁴²

Figura 5 – *Femme a Terme*

O olhar desimpedido do médico revela, pela autópsia, o interior do corpo grávido, integrando na mesma imagem conhecimentos anatômicos e obstétricos, inserindo no mesmo campo visual o que até então era apenas imaginado.

Fonte: Velpeau, 1835. Paris: J.B.



Essa imagem introduz outro tema que esteve cada vez mais associado às representações médicas do corpo feminino: o realismo. O objetivo da imagem é revelar a posição do feto e sua relação com as partes do corpo materno no final da gravidez. No entanto, o detalhe do pano que descobre o seio não dissecado estabelece um contraste com as estruturas anatômicas, criando no observador a convicção de que se trata de um corpo real, que a imagem recria o corpo tal como se apresenta no final da gravidez.⁴³

Além da adição do pormenor, o realismo de imagens médicas como esta confirma o propósito da investigação científica em reproduzir com exatidão o real, com base na convicção de que somente o que é capturado pelo olhar pode ser conhecido. Dessa forma, quanto mais observado, analisado e descrito o corpo feminino, mais real ele parecia para os médicos, mais conhecido e controlado ele se tornava.

Mas não foram somente os corpos autopsiados os objetos do conhecimento obstétrico. Os exames em mulheres grávidas forneceram elementos até mais importantes para a obstetrícia do que a anatomia. O mesmo princípio da visibilidade obrigatória se aplicou ao mapeamento do corpo vivo examinado. Cada sinal foi devidamente observado, descrito e classificado, constituindo um arquivo de informações sobre a mulher no exercício de suas funções reprodutivas. A suspensão da menstruação, as alterações no volume e na pigmentação dos seios e as informações fornecidas pela própria mulher por meio da anamnese tinham valor relativo para os médicos. Na constituição da obstetrícia científica, as informações mais importantes eram aquelas fornecidas pelos métodos mais objetivos das mensurações pelvimétricas.

A pelvimetria foi uma técnica que começou a ser desenvolvida no século XVIII para conhecer os diâmetros da bacia, tendo em vista os problemas que os estreitamentos ósseos podiam trazer para o parto. As medidas podiam ser tomadas com as mãos, mas, na busca da precisão, foram inventados os pelvímetros, que passaram a fazer parte do instrumental obstétrico no século XIX. Como topógrafos, os obstetras passaram a medir as distâncias dos ossos da bacia, definindo padrões de normalidade e classificando as anomalias.

Nessa direção, os obstetras europeus nada deviam, em termos de rigor, de objetividade e de espírito criativo, aos seus congêneres de outras especialidades médicas que se constituíram na mesma época. Se recorrermos à história da medicina, veremos que especialidades como a obstetrícia, a cardiologia, a ginecologia, entre outras, definiram seus campos de saber

ao mesmo tempo em que conseguiram transformar as doenças em entidades clínicas, isto é, fenômenos patológicos que podiam ser submetidos à análise mediante o recurso de instrumentos de medida e de observação dos corpos. A invenção de instrumentos de exame faz parte da experiência clínica em aperfeiçoar a análise dos dados obtidos com as medidas, em torná-los uma representação matemática da normalidade.

Desde o final do século XVIII a quantificação tornou-se uma prática cada vez mais generalizada nas ciências biomédicas. A craniologia talvez seja o melhor exemplo de aplicação das medidas e da estatística no conhecimento do corpo humano, estabelecendo os parâmetros para as comparações raciais e sexuais a partir das medidas do crânio e do volume do cérebro.⁴⁴

Participando do mesmo ímpeto mensurativo dos corpos humanos, a obstetrícia criou a mulher pélvica, uma representação bastante apropriada não só pela ênfase dos estudos nesta região do corpo, mas também pelo significado que a pélvis teve na definição da feminilidade para o discurso médico. O fisiologista alemão Karl Burdach (apud Telles, 1930) definiu-a como o “laboratório da gestação”,⁴⁵ uma expressão que, com certeza, os obstetras do século XIX deviam concordar. Se a grande função natural da mulher era a maternidade, os médicos encontraram no “laboratório da gestação” ou, segundo a linguagem mais poética de Michelet, na “profunda taça de amor” (1985: 62), a nova e universal medida da feminilidade.

Levret foi o primeiro a fazer uma representação geométrica da pélvis feminina em 1761.⁴⁶ No entanto, o exame pelvímétrico tornou-se um procedimento clínico largamente utilizado após a publicação do famoso tratado de Baudelocque, que se aprofundou nos estudos anatômicos da pélvis, criando o primeiro pelvímeter – o compasso de Baudelocque – que foi utilizado até o século XX.

Devido à forma da bacia e suas ligações com a coluna vertebral e outros ossos, os obstetras fizeram várias medidas, criando variedades de exames e de pelvímetros adequados a cada uma delas. O resultado de tantas medidas foi uma representação geométrica da pélvis, obtida pela exposição do corpo feminino em diferentes posições para que todos os diâmetros fossem estabelecidos.⁴⁷

Os exames obstétricos, como a palpação abdominal e a pelvimetria, são procedimentos clínicos fundamentais para a transformação do corpo feminino em objeto do saber e alvo do poder, de acordo com Foucault (1986); observando as imagens dos exames nos livros de obstetrícia, vê-se com melhor clareza como se deu esta transformação.

Figura 6 – Palpação abdominal

As mãos exploradoras do médico percorrem a superfície do abdômen grávido para certificar-se da posição do feto.

Fonte: Depaul, 1876. Paris.

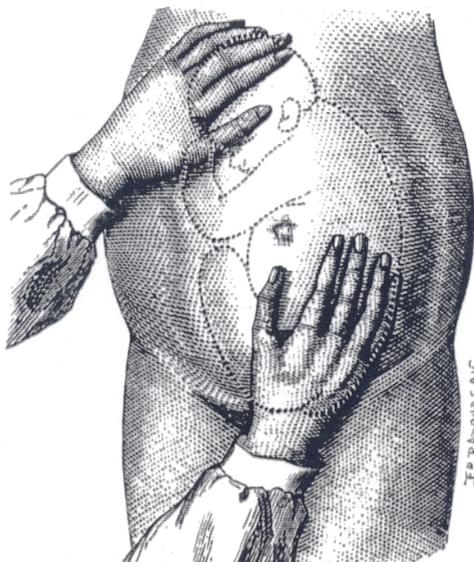
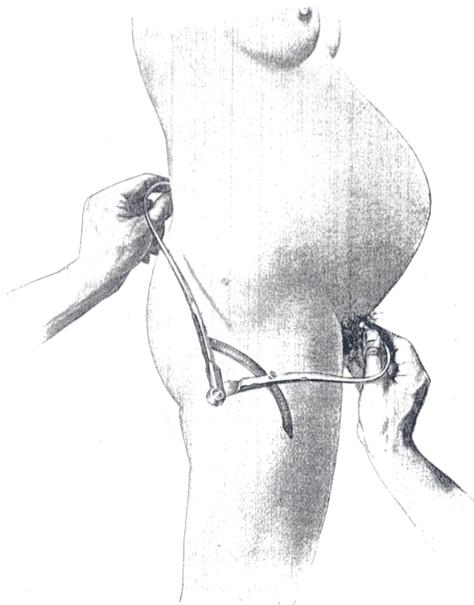


Figura 7 – Pelvímetro de Baudelocque



O pelvímetro foi um dos instrumentos criados pelos obstetras para obter as medidas da pélvis feminina com a finalidade de reconhecer viciações que pudessem comprometer o bom andamento do parto.

Fonte: Bumm, 1914.

Tomando duas dessas imagens, uma da segunda metade do século XIX, outra do início do século XX, tem-se a mesma representação da relação de objeto estabelecida entre o médico-observador e o corpo examinado. Na Figura 6 tem-se a imagem da palpação abdominal para conhecer a posição do feto e na Figura 7 o exame pelvímétrico com o compasso de Baudelocque. Mais do que ensinar os exames, as imagens ensinam a ver o corpo como um objeto analisável, mensurável e passível de manipulações que só podem ser realizadas por quem o conhece. Ambas mostram quem é o objeto e quem é o sujeito do conhecimento. O objeto é passivo e ocupa a maior parte da imagem, sendo o centro da representação. O sujeito é ativo e só aparece no importante detalhe das 'mãos exploradoras'.⁴⁸

Imagens como essas são representações do que Foucault (1986) chamou de corpo dócil, isto é, o corpo que pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado. Não podemos esquecer que essas imagens são representações de exames realizados em mulheres vivas – as pacientes – uma categoria bem de acordo com o processo de objetivação. Tal observação é importante porque expõe a relação de força da representação: não é uma convenção que organiza a produção das imagens, mas o simples fato de que somente o médico podia observar, medir e representar o corpo feminino.

É por esse motivo que o número de publicações para uso didático aumenta consideravelmente na segunda metade do século XIX. O saber divulgado nos tratados de obstetrícia resultava das observações cada vez mais frequentes e numerosas realizadas pelos médicos não só entre suas clientes particulares, mas em mulheres que procuravam atendimento nos hospitais, estes 'aparelhos de examinar', segundo expressão de Foucault. O resultado do incremento de observações pode ser constatado pela transformação dos livros de obstetrícia, verdadeiros guias do olhar médico. Cada assunto passou a ser detalhadamente representado por desenhos muito realistas ou, mais para o final do século, pelas fotografias. Nada escapa da rede visual que se arma sobre os corpos, a começar pelas superfícies, adentrando pelos tecidos, até a exposição da individualidade de cada corpo examinado, *locus* das patologias identificadas pelos médicos. Antes dos tratados médicos de obstetrícia, os corpos femininos nunca haviam sido expostos com tal realismo, nem mesmo na pintura. A mulher deixava de ser uma abstração ou um mistério ao ter seu corpo revelado pela Ciência, o que para os médicos significava o mesmo que conhecer sua totalidade.

Da mesma forma que o corpo grávido se prestava ao mapeamento, o momento do parto foi submetido ao exame minucioso dos médicos.⁴⁹ Como

ciência dos partos, o estudo do seu mecanismo foi de fundamental importância para a obstetrícia. O parto deixava de ser um acontecimento inesperado e misterioso para tornar-se um fenômeno singular, dividido em unidades de tempo e sujeito à quantificação. Vários estudos foram feitos sobre as posições fetais e sua relação com o corpo materno, o que exigiu tempo e determinação dos médicos para reconhecer todas as variações que podiam ocorrer.

A história da medicina refere-se aos obstetras da metade do século XIX como verdadeiros homens da Ciência, dedicados ao entendimento de fenômenos que exigiam habilidade, dedicação à pesquisa e compaixão pelas mulheres que sofriam no momento em que exerciam sua mais importante função.

Observando os tratados de obstetrícia produzidos na época, pode-se ver como o mecanismo do parto fisiológico ou patológico ocupa a maior parte dos estudos, que nunca eram inferiores a 700 páginas! É interessante observar que o número de mulheres que procuravam os médicos e hospitais para dar à luz começava a se ampliar principalmente numa época em que as parteiras ainda eram numerosas e a maioria dos partos ocorria em casa. No entanto, pode-se afirmar que a partir das décadas de 1820 e 1830 iniciou-se um processo de transição do parto doméstico para o parto hospitalar em alguns países europeus, principalmente na França, na Inglaterra e na Alemanha, coincidindo com a grande produção do saber obstétrico.⁵⁰

Como cientistas, os autores recorriam à casuística, este imenso arquivo de dados retirados da clínica, para sustentar empiricamente suas conclusões e afastar definitivamente a especialidade da especulação e das fantasias. O estudo dos partos passou a ser, portanto, um estudo científico dos diferentes movimentos do feto, ou, numa linguagem científica, um estudo da dinâmica destes movimentos.

Para agir, era necessário saber reconhecer cada momento do parto, das primeiras contrações até o nascimento da criança. Este intervalo de tempo, que podia ser bastante longo, foi minuciosamente estudado. O corpo da parturiente devia ser manipulado pelas mãos do médico para que fossem conhecidas as posições, o que exigia da mulher adotar certas posições e permanecer imóvel, mas nem sempre isso ocorria, pois muitas mulheres não aceitavam o toque vaginal e preferiam movimentar-se quando sentiam as contrações. Alguns médicos até aceitavam estes comportamentos, principalmente entre a clientela atendida em casa, mas a tendência foi convencer a parturiente que quanto mais ela colaborasse com o médico, deixando-se examinar, melhor seria o atendimento e mais seguros os resultados.⁵¹

Tomadas as medidas pélvicas, o próximo passo era conhecer a apresentação do feto, isto é, a parte do corpo que se apresentaria para sair do corpo materno. A maior parte das apresentações era pela cabeça, mas outras partes podiam se apresentar, o que significava um parto complicado, senão mortal, caso a mulher não tivesse ajuda, principalmente nas apresentações transversais, quando o feto vinha pela espádua.

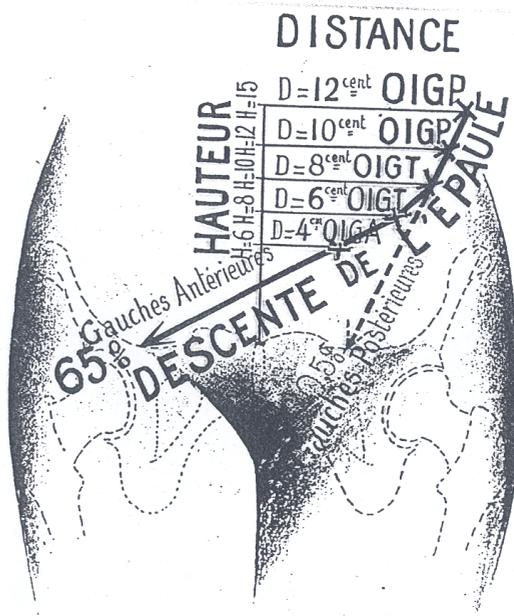
Os obstetras dedicaram-se ao diagnóstico das apresentações e às técnicas para corrigi-las, fosse por meio das versões manuais, fosse com o uso de instrumentos ou pela cirurgia, embora este último recurso só fosse praticado em mulheres mortas até a década de 1870, quando novas técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas evitando a morte da mulher por hemorragias.⁵²

O conhecimento do mecanismo do parto teve grande impacto na extensão do controle médico sobre o corpo feminino. A obstetria tornou-se um estudo preciso, quase matemático, ao transformar o corpo materno num espaço analisável, mensurável e passível de intervenção.

Figura 8 – Descida acima da pélvis e apresentação alta pelo ombro

A geometrização do corpo feminino como resultado do aprimoramento das técnicas do exame obstétrico.

Fonte: Fabre, 1910. Paris.



Observando a Figura 8, pode-se ver a pélvis feminina atravessada por medidas e vetores, integrando numa só imagem todo um conjunto de saberes produzidos durante o século XIX. Mais do que uma representação do corpo feminino, esta imagem é uma representação do olhar médico, um olhar de estrutura plurisensorial, como definiu Foucault (1980b). Os conhecimentos que estão integrados na imagem remetem para campos sensoriais diferentes, como o tato, a audição e a visão. Por trás de cada medida e sigla, há uma articulação de conhecimentos obtidos pela auscultação, pelo toque vaginal, pela palpação abdominal e pela anatomia da bacia, que é invisível, mas torna-se visível pela projeção dos conhecimentos anatômicos na superfície do corpo, como se pode ver pelo desenho pontilhado.

O estudo científico do parto produziu esta representação geométrica do corpo da mulher, totalmente visível e cada vez mais sujeito a intervenções sobre as quais ela não tinha conhecimento nem controle. A linguagem também não lhe era acessível – as dores tornaram-se ‘pródromos’; a moleira passou a ser chamada ‘occiput’; coroar a cabeça – um dos tempos do parto – passou a ser ‘engajamento’ na linguagem obstétrica, e assim por diante.

A intervenção no parto tornou-se mais freqüente no século XIX como consequência dos estudos anatomoclínicos. O instrumental obstétrico diversificou-se muito, sendo criados vários tipos de fórceps, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos (instrumentos usados para a embriotomia), o que só reforçou ainda mais o controle médico sobre a parturição.

Figura 9 – Modelos de fórceps

O arsenal cirúrgico é o símbolo do poder do médico obstetra. Em mãos habilidosas o fórceps foi um dos mais importantes instrumentos obstétricos desde sua criação no século XVII.

Fonte: Bumm, 1914. Paris.



Os instrumentos obstétricos são reveladores de outra variante do biopoder: a crescente intervenção nos partos, nem sempre acompanhada de uma avaliação ponderada sobre a necessidade do uso dos fórceps, por exemplo, o instrumento-símbolo da ciência obstétrica. A Figura 9 mostra três tipos de fórceps: o de Smellie, de Naegele e de Levret. O primeiro é pequeno e só se presta para a extração simples da cabeça da criança, ou seja, revela como a obstetrícia inglesa e escocesa evitava excessos intervencionistas. Já o fórceps de Levret, o maior à direita, é o oposto. Tendo quase o dobro do tamanho do de Smellie, este instrumento era usado para vencer resistências maiores, isto é, quando a cabeça se encontrava presa mais acima, o que era adequado à prática mais intervencionista da escola obstétrica francesa. O fórceps de Naegele, obstetra alemão, apresentava dimensões intermediárias, que, segundo Ernest Bumm (1914), reunia as vantagens dos outros dois modelos.

Não se defende aqui uma atitude anticientífica, nem uma posição feminista nos moldes da década de 1970, que via na invenção e no aprimoramento do fórceps uma forma de usurpação masculina dos saberes femininos e a sujeição dos corpos a práticas punitivas. Não se pode negar que a aplicação correta do fórceps facilitou partos que poderiam acabar em tragédia. O enfoque aqui é sobre a natureza deste tipo de saber que teve, no mapeamento do corpo feminino e no desenvolvimento de tecnologias específicas, as condições essenciais para a formação de uma especialidade médica, bem como de uma autoridade para enunciar a verdade sobre seu objeto.

No final do século XIX, o parto hospitalar começou a se tornar uma prática cada vez mais aceita pelas mulheres, principalmente quando o sonho de Velpeau e de seus colegas tornou-se realidade com a criação das maternidades. Hospitais para mulheres e maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XIX, atraindo um número maior de mulheres devido ao tipo de atendimento oferecido como o cuidado com a higiene, o uso da anestesia no parto e as operações obstétricas, que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e muito dolorosos.⁵³

Fechava-se, assim, um ciclo iniciado com os cirurgiões parteiros do século XVIII, munidos de alguns poucos instrumentos e vagos conhecimentos sobre o corpo feminino. O obstetra do final do século XIX reunia na mesma imagem o cientista, o homem culto e de princípios e o protetor da mulher. Se nos tratados de obstetrícia do início do século não

há referências às relações entre o médico e a paciente, a não ser para descrever condutas que preservassem o pudor feminino, os textos produzidos no final do século XIX e início do XX são mais específicos a respeito do papel que os obstetras desempenhavam. Cresce a convicção de que o obstetra conhece a mulher, não só sua anatomia e fisiologia, mas sua alma, principalmente quando atormentada pelas dúvidas da gravidez e pelos receios quanto ao parto. Naegele (apud Magalhães, 1922a: 469) já antecipara o papel protetor do médico ao definir a obstetrícia como “a ciência de cuidar da mulher na parturição normal e socorrer a natureza quando se desviar deste caminho”.⁵⁴

A divulgação da imagem do médico protetor da mulher foi de grande importância para a legitimação do obstetra e para a aceitação das mulheres a dar à luz no hospital. Com a sofisticação dos exames de diagnóstico da gravidez no século XX, a segurança dos procedimentos cirúrgicos e a mudança de ênfase para a saúde e o bem-estar do recém-nascido, os obstetras conseguiram ter controle não só do parto, mas do período gestacional, com o desenvolvimento do conceito de exame pré-natal.

Mas o significado da ciência obstétrica não se resume à conquista profissional dos médicos no atendimento aos partos e recém-nascidos. Os obstetras foram os primeiros a levar adiante o modelo biológico das diferenças sexuais estabelecido no século XVIII pelos anatomistas e fisiologistas. Seu foco de análise se fechou sobre as estruturas e os processos que eles consideravam ser a explicação para a natureza feminina e a justificação materialista dos papéis sociais das mulheres. Uma consequência importante desse processo de conhecimento foi a crescente intervenção com o uso de tecnologias médicas e farmacêuticas seguido pelo gerenciamento dos corpos femininos, cada vez mais passivos e alienados à medida que os saberes se especializaram e que a gravidez, o parto e o puerpério passaram a ser gerenciados pelo médico e, posteriormente, pela equipe hospitalar.

A ciência obstétrica constituiu-se tendo como objeto o corpo da mulher no exercício de suas funções reprodutivas, mas, no século XIX, uma outra especialidade médico-cirúrgica surgiu tendo o mesmo objeto, produzindo um saber específico sobre a mulher. Para isso, retomou o fio da especificidade sexual, procurando nos órgãos sexuais a resposta para sua definição e seus problemas, pois, como explicou o obstetra e ginecologista norte-americano Loomis (1941: 11), “doente ou com saúde a mulher é, afinal, a mulher”.⁵⁵

Herdeira de uma tradição intelectual e médica voltada para o estudo da alteridade feminina, a ginecologia se constituiu para estudar a natureza desta diferença e assim responder a uma velha questão que não cessava de ser colocada: o que é a mulher?

Notas

- ¹ O quadro *A Esperança II*, de 1908, é muito diferente. A mulher está coberta com uma espécie de manto colorido, tendo apenas os seios nus. Seu rosto expressa tranqüilidade e está voltado para o próprio ventre, no recolhimento sereno da espera.
- ² Sobre a reorganização das maternidades na Europa, especialmente na França do século XIX, ver Thebaud (1986).
- ³ Sobre o papel cultural das parteiras, ver Brack (1982).
- ⁴ Até meados do século XIX os médicos que exerciam esta especialidade eram chamados de médicos-parteiros ou *sage-femmes en culottes* (parteiras de calças), como eram conhecidos os cirurgiões franceses que faziam partos. Esta expressão é indicativa de como o parto era um assunto de mulheres para o qual nem a língua francesa tinha um substantivo masculino. A distinção entre a obstetrícia e a prática das parteiras só vai ocorrer a partir da segunda metade do século XIX. Ver Poovey (1987).
- ⁵ Os livros de história da medicina geralmente eram divididos por séculos, apresentando os médicos que mais se destacaram e suas contribuições para o desenvolvimento da medicina. Também era comum um capítulo histórico nos livros de obstetrícia do século XIX, apresentando breves comentários sobre as parteiras profissionais. Ver Renouard (1846) e Diepgen (1932).
- ⁶ A estrutura tripartite da medicina era regulamentada através das associações dos físicos, dos cirurgiões e dos boticários, mas na prática muitos cirurgiões e boticários atuavam como médicos, atendendo pessoas que não podiam arcar com os valores das consultas dos físicos, a elite formada pelas tradicionais universidades européias. Sobre o assunto, ver Moscucci (1993).
- ⁷ Essa é a análise de Laget (1977) e Shorter (1984). Se observarmos alguns frontispícios dos manuais de parto publicados no século XVI, veremos cenas em que as parteiras aparecem junto aos corpos mutilados de recém-nascidos ou então representações do parto como um evento coletivo, onde estavam várias pessoas, incluindo homens e crianças, além de animais. Ver também Speert (1973).
- ⁸ Ambroise Paré foi um dos primeiros cirurgiões parteiros do século XVI na França, reintroduzindo a versão podálica praticada pela medicina antiga e caída no esquecimento. Juntos, estes cirurgiões são considerados os 'pais' da obstetrícia moderna. Jacques Guillemeau viveu na França no século XVI e publicou *De la Grossesse et Accouchment des Femmes*; François Mauriceau foi o grande nome da cirurgia e da obstetrícia do século XVII, junto com o holandês Hendrik van Deventer, publicando *Traité des Maladies des Femmes Grosses et de Celles qui son Accouchées*; William Smellie é considerado o grande nome da obstetrícia inglesa do século XVIII, publicando um Atlas anatômico ricamente ilustrado e seu *Treatise on the Theory and Practice of Midwifery*, em três volumes. Ver Speert (1973).

- ⁹ Hunter, discípulo de Smellie, produziu um dos mais importantes e impressionantes trabalhos sobre o útero grávido: *The Anatomy of the Human Gravid Uterus Exhibited in Figures*. A obra foi escrita com extremo realismo, sendo Hunter o mais famoso parteiro de Londres na segunda metade do século XVIII. Sobre o assunto, ver Jordanova (1989).
- ¹⁰ François Mauriceau atuou no Hôtel-Dieu fazendo milhares de observações e apresentando uma das primeiras estatísticas sobre a mortalidade materna, ver Laget (1977).
- ¹¹ Ver Gélis (1977: 927-957) e Laget (1977).
- ¹² Sobre Justine, ver o artigo de Tatlock (1992). Cabe ressaltar o estilo do livro de Justine, construído na forma de um diálogo entre duas parteiras – a mestre e a aprendiz.
- ¹³ Refiro-me especialmente aos trabalhos clássicos de Ehrenreich & English (1973, 1979).
- ¹⁴ A primeira escola de parteiras é a de Paris, de 1618, que funcionava no Hôtel-Dieu. No século XVIII, surgem várias escolas oficiais na Alemanha e na França e em 1770 as parteiras são admitidas na escola de cirurgia em Montpellier para assistir ao curso de partos. Ver Gélis (1977).
- ¹⁵ Os próprios médicos temiam por sua reputação, mas seu temor era que as mulheres se aproveitassem para tentar seduzi-los. Nos livros de ginecologia do século XIX e XX e nas teses médicas que abordam o exame ginecológico, há vários procedimentos e conselhos para que os médicos tomassem todas as precauções a fim de evitar o atentado ao pudor e as investidas das pacientes.
- ¹⁶ Sobre Hecquet e a reação moralista aos parteiros, ver Gélis (1977) e Laget (1977).
- ¹⁷ Sobre Nihell, ver Speert (1973) e Gélis (1977).
- ¹⁸ Gélis (1977: 956) comenta que o verbete ‘parteiro’ da *Encyclopédie* define a obstetrícia como uma atividade masculina associada ao uso do instrumento: “Armado do instrumento de Chamberlen, aperfeiçoado por Levret, na França, e por Smellie, na Inglaterra, a obstetrícia é uma ciência viril”.
- ¹⁹ Sobre os quadros de temas médicos, ver Dottin-Orsini (1996).
- ²⁰ Sobre a medicina clássica, ver Foucault (1980b).
- ²¹ Sobre o poder do Estado, ver Rosen (1983) e Foucault (1985).
- ²² Rosen (1983) explica que na França e na Alemanha os médicos envolveram-se diretamente com políticas públicas visando a conhecer os problemas sociais de saúde e propondo medidas profiláticas e terapêuticas, processo este conhecido como a constituição da medicina social.
- ²³ Ver Donzelot (1986), especialmente o capítulo “A conservação das crianças”.
- ²⁴ Sobre as transformações afetivas nas relações entre mães e filhos e a constituição da família moderna, ver Ariès (1981), Badinter (1985) e Shorter (1985).
- ²⁵ Sobre a literatura da conservação das crianças produzida por médicos, ver Donzelot (1986). Em língua portuguesa, também havia alguns títulos disponíveis desde meados do século XVIII, como se pode verificar no livro de Del Priore (1993).
- ²⁶ Xavier Bichat, fundador da histologia, publicou *Recherches sur la Vie et la Mort* em 1800, dois anos antes de sua morte, sendo um dos primeiros investigadores das relações entre fisiologia e patologia. François Magendie foi um dos primeiros pesquisadores do sistema nervoso e professor de Claude Bernard. Este, por sua vez, dedicou-se inteiramente à pesquisa biológica, sendo considerado o fundador da fisiologia experimental,

publicando, entre tantos trabalhos, *Introduction à l'Etude de la Médecine Experimentale*, em 1865, onde expõe seu método de pesquisa e defende o princípio da objetividade absoluta no trabalho científico. Claude Bernard era tido por seus contemporâneos como o exemplo de cientista, a quem só importava estabelecer a verdade dos fatos. Esta nova atitude ante os fenômenos naturais influenciou sobremaneira a cultura oitocentista, em especial a literatura, que encontrou nas ciências biológicas e na medicina seu modelo estético para representar a realidade. Sobre a fisiologia experimental, ver Canguilhem (1995). Sobre as relações entre a literatura e as ciências biológicas, ver Sussekind (1984).

²⁷ Tomo como referência a análise desenvolvida por Foucault (1980b, 1986) a respeito da clínica e das técnicas de disciplina hospitalar.

²⁸ A falta de experiência dos alunos de medicina nos assuntos de obstetrícia e ginecologia foi motivo de várias queixas e reclamações dos professores e autores de livros de obstetrícia do século XIX. Como veremos, a situação era a mesma, senão pior, no Brasil, como relatou Dr. Fernando Magalhães, no seu trabalho de pesquisa histórica sobre a obstetrícia. Ver Magalhães (1922b).

²⁹ Segundo Moscucci (1993), várias escolas privadas de obstetrícia surgiram nestes países na segunda metade do século XVIII, bem como a fundação de hospitais com enfermarias para atender às parturientes, o que facilitava a formação prática dos alunos e das parteiras. Algumas iniciativas nesse sentido foram tomadas no continente europeu, como na Dinamarca e em várias cidades alemãs a partir de 1751 e nos hospitais franceses. Ver Foucault (1980b) e Bumm (1914).

³⁰ Ver Moscucci (1993).

³¹ Ver Knibiehler (1976).

³² É interessante observar como as mulheres de elite estiveram envolvidas nas campanhas para a fundação de maternidades e hospitais para mulheres, apoiando os médicos na arrecadação de fundos para estes estabelecimentos. No Brasil, a criação de maternidades e até mesmo a implementação de políticas de saúde materno-infantis não podem ser entendidas sem a participação das senhoras da sociedade locais, cujo movimento filantrópico foi de fundamental importância para a divulgação da necessidade deste tipo de atendimento às mulheres pobres. Ver Martins (1986). Esta observação também pode ser encontrada em Badinter (1985).

³³ Vários são os autores que reclamam desses impedimentos, entre eles Depaul (1876) e Velpeau (1835). A resistência das mulheres aos exames realizados na frente dos estudantes foi o motivo de conflitos e até mesmo de abandono das enfermarias, o que fomentou a crítica destes e outros autores aos costumes que procuravam defender a moral das mulheres.

³⁴ Velpeau representa muito bem o novo médico do século XIX, combinando sua profissão com a pesquisa científica. Desde 1825 publicou trabalhos de patologia, cirurgia e fisiologia, dedicando-se, na década de 1830, à embriologia e à obstetrícia. Além de seu Tratado, publicou *Embryologie ou ovologie Humaine*, em 1833, e *Des Convulsions chez les Femmes Pendant la Grossesse, Pendant le Travail et Après L'Accouchement*, em 1834.

³⁵ Essa é uma expressão cunhada pelo autor. Velpeau explica que desde 1823, quando começou a lecionar, usava o termo obstetrícia, como faziam os cirurgiões ingleses, mas não achava esta palavra adequada, já que derivava da palavra latina *obstetrica*, que significa parteira. Velpeau preferia usar a palavra de origem grega *tocologia*, como fez

no título do livro, que significa estudo dos partos. Embora as palavras obstetrícia e obstetra se tenham tornado correntes, percebe-se a intenção de Velpeau em querer dissociar a especialidade dos partos praticada pelos médicos daquela praticada pelas parteiras, reforçando o caráter racional e científico da tocologia. Atualmente, os médicos se especializam em obstetrícia, mas alguns departamentos das escolas de medicina incorporaram a definição científica defendida por Velpeau ao denominarem-se departamentos de tocoginecologia, unindo a ciência dos partos à ciência da mulher.

- ³⁶ Segundo o obstetra francês Charles Mauriac, na Inglaterra, cuja tradição obstétrica era notável, o *establishment* médico foi recalcitrante em relação à obstetrícia e à ginecologia. Comenta que em pleno século XIX o Colégio dos Médicos de Londres havia declarado publicamente que a arte dos partos era uma ocupação indigna para o homem educado. Ver prefácio do livro de West (1870).
- ³⁷ Devido ao grande número de publicações deste gênero, foram selecionadas as obras que eram recorrentemente citadas pelos estudantes de medicina brasileiros e que faziam parte do acervo das bibliotecas das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Salvador; outro critério adotado foi a intercitação.
- ³⁸ Jean Bologne (1990) comenta que a vergonha feminina em mostrar o corpo para o médico era ainda uma realidade difícil de contornar no século XIX, mas não eram só as mulheres que defendiam seus pudores, muitos médicos sentiam-se constrangidos ao ter de examinar as mulheres, o que levou alguns deles a defender a necessidade de mulheres médicas. Algumas ilustrações de exames médicos do século XIX abordam a questão dos pudores, pois mostram exames realizados em mulheres vestidas e sem contato visual com o médico.
- ³⁹ No tratado de partos de Chailly-Honoré (1861), usado como obra didática por deliberação oficial do governo francês na década de 1840, há referências quanto à conduta que o obstetra deveria ter ao realizar os exames nas grávidas. O autor explica que freqüentemente as mulheres resistiam aos exames, especialmente ao toque ginecológico, mas que o médico deveria fazê-las perceber que tal procedimento era para conhecer o estado das coisas, a fim de assegurar o bem-estar da mãe e do filho.
- ⁴⁰ Velpeau (1835) referiu-se à palpação abdominal no seu livro, e vários artigos médicos publicados na primeira metade do século divulgaram os benefícios deste procedimento. Ver em Lima (1909).
- ⁴¹ A associação entre revelação do corpo feminino e conhecimento científico foi tema de diversas representações imagéticas na cultura oitocentista, conforme análise de Jordanova (1989).
- ⁴² É interessante observar as correspondências entre os saberes presentes nesta imagem. O responsável pela reprodução dos desenhos foi Ambroise Tardieu, um dos mais importantes legistas franceses do século XIX, professor da Faculdade de Medicina de Paris na mesma época em que Velpeau lecionou. Tardieu interessou-se também pela obstetrícia, tendo em vista suas interfaces com a medicina legal, escrevendo alguns trabalhos sobre o aborto e o infanticídio. Sobre a medicina legal, ver Darmon (1991).
- ⁴³ Segundo Barthes (1984), os pormenores produzem um efeito de realidade e seu papel nas narrativas realistas é autenticar o real, como se dissessem 'somos o real'. O mesmo raciocínio é válido para as imagens, nas quais os pormenores criam a ilusão de realidade. Ver também Jordanova (1989).

- ⁴⁴ Darmon (1991) comenta que durante o século XIX os craniologistas e, posteriormente, os criminalistas, criaram diversos instrumentos de medida de diferentes partes do corpo, constituindo um conjunto fantástico de dados quantitativos que deveriam, supostamente, mostrar os desvios dos padrões da normalidade racial, sexual e social.
- ⁴⁵ Burdach foi um dos fisiologistas envolvidos nas pesquisas sobre as diferenças sexuais na química do corpo, conforme analisado no Capítulo 1.
- ⁴⁶ Levret foi também um inventor de instrumentos obstétricos, como o fórceps, que foi aperfeiçoado por ele. Ver Speert (1973).
- ⁴⁷ Considerando as três partes da bacia (superior, escavação e inferior), os médicos chegaram a um total de 17 tipos diferentes de diâmetros pélvicos, cujas medidas serviram para estabelecer padrões de normalidade e classificações de tipos de pélvis. Ver Paraíso (1910).
- ⁴⁸ Expressões como ‘mãos exploradoras’ ou ‘dedos exploradores’ eram muito usadas nas teses de obstetrícia e ginecologia, conforme pude constatar.
- ⁴⁹ Depaul (1876), obstetra francês e professor da clínica de partos da Faculdade de Medicina de Paris, seguidor de um dos mais importantes obstetras franceses da primeira metade do século, que foi Dubois, explicou que das observações que fez durante 30 anos atendendo parturientes, ensinou seus alunos e reuniu num pequeno museu ‘exemplares’ patológicos e fisiológicos que favoreceriam os estudos, serviam como material didático e estavam à disposição de seus alunos como material de pesquisa para suas teses ou outros trabalhos acadêmicos. Ao analisar o significado dos hospitais e clínicas para mulheres criados no século XIX, Ornella Moscucci (1993) diz que estes espaços eram verdadeiras galerias de tipos femininos e museus vivos de patologia que forneceram oportunidades únicas para os médicos conhecerem as mulheres e suas doenças.
- ⁵⁰ Tal afirmação é resultado da observação de algumas estatísticas divulgadas pelos autores de tratados obstétricos. Velpeau (1835) reproduz um quadro de atendimentos obstétricos da Maternidade de Bourg, cidade próxima a Lyon, onde 1.399 mulheres foram atendidas entre 1822 e 1828. James Simpson, famoso obstetra escocês, relatou que entre 1847 e 1850 havia atendido 1.519 partos, e Michaelis, obstetra alemão, desenvolveu seus estudos anatômicos da pélvis feminina observando 1.000 pacientes. Ver Também Simpson (1874) e Speert (1973).
- ⁵¹ Alguns autores referem-se ao comportamento das parturientes como um dos problemas que o obstetra teria de saber contornar, bem como as opiniões e exigências dos familiares, que foram sendo afastados da cena do parto conforme o médico foi impondo sua autoridade, ficando no máximo com o auxílio de uma parteira ou de alguma pessoa de confiança da parturiente. Sobre o rigor do método de observação do mecanismo do parto, Chantreuil, tradutor do livro de Simpson na França, comenta que Naegelé, obstetra alemão, cujo tratado foi traduzido para várias línguas, ficou oito horas consecutivas observando os movimentos da cabeça do feto num parto, sendo considerado o exemplo de investigador incansável e de espírito metódico. Ver Chailly-Honoré (1861) e Simpson (1874).
- ⁵² A cesariana só foi praticada com sucesso depois de 1878, com o método de Porro, cirurgião italiano que desenvolveu a técnica cirúrgica da amputação do útero para evitar a hemorragia. Ver Thorwald (s.d).

- ⁵³ A partir de 1860, os médicos começaram a preocupar-se com a questão da higiene hospitalar, especialmente nas maternidades, onde os princípios da anti-sepsia e isolamento de mulheres doentes foram colocados em prática graças aos esforços de Stephane Tarnier, um dos mais importantes obstetras da época que se dedicou ao estudo da febre puerperal. O uso do clorofórmio nos partos foi, sem dúvida, um atrativo para as mulheres. Ver Moscucci (1993) e Shorter (1984).
- ⁵⁴ Palestra proferida aos alunos do curso de clínica obstétrica em 1916.
- ⁵⁵ Loomis exerceu a medicina no início do século XX.