

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
HISTÓRIA

ESNEYDER ISAIT MANJARREZ AREVALO

**SABER POPULAR & SABER MÉDICO: UM ESTUDO DAS PARTEIRAS NA
CIDADE DE GOIÁS (SÉCULO XIX)**

GOIÂNIA – GO

2019

ESNEYDER ISAIT MANJARREZ AREVALO

**SABER POPULAR & SABER MÉDICO: UM ESTUDO DAS PARTEIRAS NA
CIDADE DE GOIÁS (SÉCULO XIX)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em História da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para a obtenção do título de Mestre em História.

Linha de Pesquisa: Identidade, Tradições e Territorialidades.

Orientadora: Dra. Renata Cristina de Sousa Nascimento.

GOIÂNIA– GO

2019

A683s

Arévalo, Esneyder Isait Manjarrez

Saber popular & saber médico : um estudo das parteiras na Cidade de Goiás (Século XIX) / Esneyder Isait Manjarrez Arévalo.-- 2019.

83 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2019

Inclui referências: f. 78-83

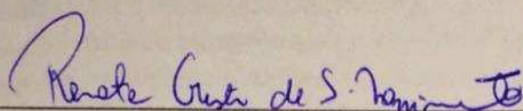
1. Parteiras - História - Cidade de Goiás(GO). 2. Grávidas. 3. Trabalho de parto. 4. Médicos. 5. Medicina - História - Cidade de Goiás(GO). I.Nascimento, Renata Cristina de Sousa. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em História - 2019. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 614.253.5(094)(043)

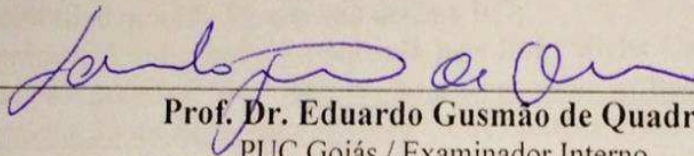
**SABER POPULAR & SABER MÉDICO: UM ESTUDO DAS PARTEIRAS NA
CIDADE DE GOIÁS (SÉCULO XIX)**

Dissertação aprovada em 07 de março de 2019, no curso de Mestrado em História da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em História.

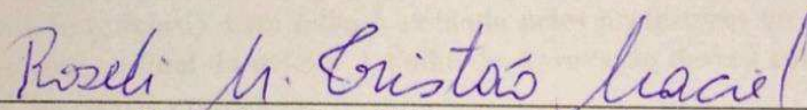
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Renata Cristina de Sousa Nascimento
PUC Goiás / Presidente



Prof. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros
PUC Goiás / Examinador Interno



Profa. Dra. Roseli Martins Tristão Maciel
UEG / Examinadora Externa

Profa. Dra. Iara Toscano Correia
UFG / Suplente

Profa. Dra. Thaís Alves Marinho
PUC Goiás / Suplente

DEDICATÓRIA

À minha mãe, que desde o céu onde se encontra sempre tenho sentido sua presença.

A meu pai, companheiro, amigo.

A Onete então minha companheira, pelo apoio incondicional nos momentos difíceis da pesquisa. A minha filha Isadora, por entender minha ausência em vários momentos fora de casa. A Deus, que me permitiu mais um sonho.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Renata Cristina de Sousa Nascimento, que orientou este trabalho. À minha orientadora devo, sobretudo, o meu amadurecimento nas leituras sobre o caminho que devia percorrer, incentivando-me a avançar por um terreno novo de análise.

À Profa. Dra. Roseli Martins Tristão Maciel e ao Prof. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros, por terem compartilhado o momento da minha qualificação, contribuindo com críticas e sugestões bastante pertinentes para melhor pensar sobre o saber popular o conhecimento científico e a história das mulheres parteiras.

A Aparecida Macedo Larindo, pelos diversos momentos de conversa que mantivemos. Compartilhamos divergências, preocupações e bastante do feminino, como apoio para realizarmos nossa tarefa final no mestrado.

A CAPES/FAPEG, que facilitou com a bolsa de estudo, a possibilidade de que este trabalho tivesse um final feliz.

A todas as mulheres, meu respeito, meus agradecimentos por todo o que elas representam à humanidade.

RESUMO

A presente dissertação de mestrado reconstrói o Saber popular e saber médico: Um estudo das parteiras na Cidade de Goiás (Século XIX). Procurar-se-á desvendar seus valores e suas experiências por meio das representações, memórias e discursos elaborados sobre elas. Assim, analisaremos os discursos dos médicos que na época eram bem enfáticos sobre as práticas da medicina popular que estas mulheres praticavam. Por intermédio de fontes documentais, iconográficas, procuramos reconstruir a história das mulheres parteiras na Cidade de Goiás, apresentando as diversas problemáticas que fizeram parte da história dessas mulheres, bem como os caminhos por elas percorridos para fazer parte da sociedade goiana. Também abordamos o saber científico. O trabalho busca ainda mostrar que reivindicar a importância das mulheres parteiras na história significa, necessariamente, dar-lhes um papel em meio da sociedade.

Palavras chave: Saber, conhecimento, médico, mulheres e parteiras.

ABSTRACT

This given master's thesis reconstructs the Common Knowledge and the Medical Knowledge: a study of the midwives from the city of Goiás (XIX century). We shall unlock their values and experiences through representations, memories and speeches made about them. Therefore, we will analyse doctors discussions from that time that were emphatic about the popular medical practices of these women. Through the medium of documental resources, iconographies, we seek out the reconstruction of the history of the midwives women from the city of Goiás, displaying the multiple dilemmas that made part of these women's records, as much as their path among Goiás's society. We shall as well consider the scientific knowledge. The research intend that by claiming the influence of these midwives on history stands for, precisely, give them a place into society.

Keywords: knowledge, medical, women and mid

SUMÁRIO

RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
INTRODUÇÃO.....	10
Capítulo 1: Morte e vida das parturientes: O nascimento de crianças no século XIX.....	15
1.1. Reflexões iniciais sobre as parturientes.....	15
1.2. Um retrato da mulher grávida, pelos artistas plásticos Gustav Klimt, Augusto Renoir e Lucílio de Albuquerque do século XIX.....	22
1.3. Natalidade e Mortalidade infantil.....	32
Capítulo 2: As primeiras faculdades de medicina no Brasil.....	38
2.1. Faculdades de medicina no Brasil colônia.....	38
2.2. As mulheres na ótica dos médicos.....	42
2.3. Hospitais em Goiás: A medicina possível.....	47
2.4. Ser médico em Goiás no final do século XIX.....	54
Capítulo 3: O ofício de parteiras na Cidade de Goiás: Entre o Saber Médico e o Popular.....	59
3.1. Das origens do ofício das parteiras.....	59
3.2. Conhecimento das parteiras.....	62
3.3. O saber popular e o conhecimento médico.....	68
4. CONCLUSÃO.....	74
5. FONTES PRIMÁRIAS	78
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

INTRODUÇÃO

O interesse pela história das mulheres emergiu durante o curso de graduação em teologia no Instituto Teológico São Paulo, através de um trabalho, realizado sobre as parteiras no antigo Egito Sefora e Fua. As leituras convergiram para mulheres no Brasil, principalmente, a atuação feminina nos diversos espaços, sobretudo, na Cidade de Goiás durante o século XIX, em especial, o conhecimento que estas mulheres desenvolveram, em várias atividades na comunidade, entre elas, o exercício do ofício de parteira. Sendo assim, escolhemos as mulheres parteiras para ser o objeto de nossa pesquisa, em contraponto, ao saber médico. O interesse disso se deu, devido à sua representatividade, no meio da comunidade. Pesquisar os ensinamentos e práticas deixadas pelas mulheres parteiras é essencial para entender a parte da história de Goiás e, ao mesmo tempo, introduzi-las uma vez mais na historiografia goiana. Buscamos desvendar seus valores, suas representações, e suas memórias como patrimônio imaterial da sociedade de Goiás e os discursos elaborados sobre elas.

No Brasil, na primeira metade do século XIX existiam escassos recursos na área da medicina. O viajante Saint-Hilaire, afirmou que em 1835, já havia investimentos para a construção de um hospital em Goiás, “[...] 1835 instituiu fundos para a construção de um hospital na cidade” (SAINT-HILAIRE, 1975, p. 92), porém, ele não faz referência à presença de profissionais da saúde na capital da Província. Segundo Karasch (1999), o atendimento dos médicos europeus nas províncias, era destinado aos militares que “usualmente se restringia as cidades, ao quartel em Goiás ou a quartéis da fronteira” (KARASCH, 1999, p. 45), e para os demais habitantes da capitania a saúde ficava por conta dos curandeiros populares locais. A autora também faz um levantamento das doenças que atingiram a população de Goiás, no final do século XIX. Aborda por outro lado o trabalho realizado pelas parteiras, para mostrar as dificuldades nas quais este grupo de mulheres trabalhava e, também, a relutância que as parturientes tinham, era à relação com os parteiros. A falta de limpeza nos ambientes públicos e a carência de profissionais especializados na área foram alguns dos problemas recorrentes, em quase, todas as regiões povoadas na época do Brasil Império e no início da República. Na Província de Goiás, a situação era a mesma, as doenças, tais como: cólera, sífilis e febre amarela, fizeram parte da realidade da província ao longo do século XIX. Para Ferreira

(2003), no começo da Primeira República, o Brasil iniciava uma marcha em direção a uma reforma sanitária, tendo em vista as dificuldades da saúde no país. Os médicos diplomados divulgavam suas ideias na imprensa. Por meio delas, desqualificavam o saber popular, o qual era considerado por esses médicos como simples charlatanismo. O charlatanismo, para Almeida (2010), era compreendido como um sinal do retrocesso, da carência de civilidade, a tal ponto que os médicos identificavam o charlatanismo como um problema crítico para a solução das doenças.

Mesmo com a crítica e análises científica dos médicos, em relação ao saber popular, não obstante, com a ausência dos médicos nas Províncias, tudo indica que os curandeiros continuaram voluntariamente a cuidar da saúde da população, óbvio, munidos de conhecimento empírico. Para Age (2002), os documentos a respeito das situações sanitárias da Capitania de Goyaz, no decorrer do século XIX, quase não se referem aos aspectos como o nascimento de crianças e suas complicações, ou outras dificuldades de saúde da mulher e da criança.

O historiador/a é um componente essencial na produção da cadeia conceitual, a qual permite analisar as sociedades, por meio das relações interpessoais, entre o material e o mental (LARINDO, 2017, p. 103). Essa flexibilidade destinada ao historiador/a nos possibilita e incentiva a buscar nos documentos e nas relações interpessoais, justificativas para evidenciar as ações de pessoas imbuídas do saber popular, que tanto contribuíram para a saúde nas Províncias. No cenário, de ausência de profissionais da área médica, surgem as parteiras com conhecimento popular, oferecendo assistência às mulheres durante o trabalho de parto. As parteiras de Goiás encontraram obstáculos e resistência às suas práticas “na província de Goiás, o discurso médico e governamental visava, principalmente, à proibição da atuação de curandeiros, benzedeiros e parteiras.” (AGE, 2002, p. 28), após a medicina ser introduzida no fim do século XIX. Mesmo diante das proibições e do não reconhecimento, as mulheres continuaram a ajudar e orientar as mães, como, por exemplo, sugestões de remédios naturais, para facilitar o nascimento da criança. Essas orientações eram realizadas através do conhecimento empírico e tradicional, adquirido ao longo de suas trajetórias.

Durante os estudos, vários questionamentos surgiram: Como entender o trabalho realizado pelas parteiras de Goiás? Como essas mulheres desempenhavam tal função na comunidade de Goiás, sem o mínimo de instrumentos necessários? Qual o significado do trabalho social desempenhado por essas mulheres para a comunidade? A partir da presença dos médicos, mesmo escassa, houve mudanças. Todavia, é necessário entender como esses

médicos reagiram ao perceber a ação dos raizeiros, parteiros, e qual foi a ação/reação dos mesmos, no combate contra o conhecimento popular? Qual o lugar ocupado pelos detentores do conhecimento popular após a chegada do conhecimento científico, a Goiás?

O trabalho encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, trabalhamos morte e vida das parturientes. É nesse contexto, que procuraremos entender a cultura que se criou sobre mulheres parturientes nos século XIX. No processo de formulação de uma história de vida e morte das parturientes no Brasil, autores relatam a trajetória vivida por essas mulheres.

Destacaremos Natalidade e Mortalidade Infantil: nos estudos médico-pediátricos, contextualizados entre finais do século XIX e XX, numa época, em que surgem os primeiros indícios de uma formação específica para o cuidado com a saúde da criança. Ao mesmo tempo, surge a preocupação dos médicos pelas mulheres. Em que o corpo feminino foi transformado em objeto de pesquisa, uma das estratégias que os médicos se valeram para suavizar as polêmicas em torno da participação deles na hora do parto. Uma vez que na época se considerava imoral que os médicos, homens desconhecidos tivessem acesso às intimidades do corpo das mulheres.

No segundo capítulo, a pesquisa se centrou nas primeiras faculdades de medicina no Brasil: Um contraponto ao saber popular. Começando por um enfoque especial, nas primeiras faculdades de medicina no Brasil colônia. Neste contexto, a família real veio e se instalou no novo mundo, fugindo do cerco napoleônico. A transferência da Corte portuguesa trouxe vantagens para a nova Colônia do Reino. É nesse contexto que se amadurece a ideia da necessidade do melhoramento do ensino médico por meio da criação de instituições de medicina. Com a vinda da corte portuguesa ao Brasil, se dá propriamente o início de uma história institucional local. “Como a Imprensa Régia, a Biblioteca, o Real Horto e o museu Real, instituições que transformavam a colônia não apenas na sede provisória da monarquia portuguesa, como em um centro produtor e reproduzidor de sua cultura e memória”. (SCWARCZ. 1993. p. 32).

O terceiro capítulo tem como título: As parteiras da Cidade de Goiás (século XIX). Neste capítulo, trataremos das origens do ofício das parteiras. No que se concerne à assistência ao parto, encontramos no Livro Sagrado (Gênesis, XXXV, 17, 18), referência à profissão de parteira, que teria sido exercida por Séfora e Fua. Elas teriam sido as primeiras de que se tem registro a exercerem a função de assistir a parturientes. São apresentadas como mulheres com a coragem civil, por serem desobedientes ao plano do faraó. Segundo Rezende

(1981), foi na Renascença que ocorreu o verdadeiro ressurgimento da ciência e da arte da parturição, quando da publicação do livro de Eucário Rösslin, em 1513, elaborado a pedido da princesa Catarina de Saxe, para que as parteiras fossem instruídas para a assistência ao parto. Esse momento foi, sem dúvida, um marco nos estudos da Tocologia. Ao longo dos anos, essa prerrogativa vai se confirmando cada vez mais, por entendermos que este conhecimento, por se configurar inexplicável, também não se ensina, ele vai acontecendo de forma natural e gradual, na prática da observação inicialmente e, posteriormente, na medida em que vão acontecendo. Por meio da prática da sabedoria foram-se desenvolvendo “esculpidas por sangue de mulher e água de criança” (...), as mãos das parteiras foram aparando pedaços ignorados por várias gerações desde a Era antiga até a atualidade.

Nessa perspectiva de valorização das parteiras, em francês, são chamadas de *sage-femme*, ou seja, mulher sábia que acompanhavam enfermidades das outras, através de conhecimentos adquiridos ancestralmente, ligando saberes e práticas de cura importantes aos espaços determinados à bruxaria e aos feitiços, combatidos pela medicina científica. O conhecimento empírico sobre as ervas medicinais experimentadas certamente, na prática cotidiana, e na maioria das vezes, a única alternativa na cura dos males frequentes e na solução dos partos que apresentavam complicações. Se pensarmos nestas mulheres parteiras, inseridas dentro de um campo da cultura popular, chegaremos à conclusão de que seus códigos de conduta e seus lugares sociais eram variáveis, intercambiáveis, múltiplos; e dando origem a inúmeros arranjos que teciam as suas vivências enquanto sujeitas sociais e artifices das práticas de cura.

Para ter uma licença especial para o ofício de parteira, não era tão simples, a aspirante tinha que comprovar suas habilidades e destrezas creditadas através de documento expedido pelo físico mor da localidade onde morava. Se aprovada, os exames eram marcados para avaliar sua capacidade, para isso formava-se uma banca composta por dois cirurgiões aprovados ou por um cirurgião e uma parteira aprovada. As candidatas eram submetidas às perguntas teóricas e atividades práticas. Depois do exame, os autos eram registrados em cartório, sendo então “enviados ao físico mor, no Rio de Janeiro. Assim que a parteira estivesse com a carta nas mãos, ela deveria ainda fazer um juramento sobre os Evangelhos, na Câmara Municipal onde morava” (MOTT, 1999, p. 03).

O Brasil, no seu primeiro código penal de 1890¹, escreveu artigos que regulamentavam a prática ilegal da medicina, para combater a prática da magia, do

¹ BRASIL. Código Penal dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890.

espiritismo e proibir rigorosamente o curandeirismo, deixando claro no artigo 156, em que o exercício da medicina, em qualquer de seus ramos, seja na arte dentaria ou a *pharmacia*; praticar a *homeopathia*, a dosimetria, o *hypinotismo* sem estar regulamentado, de acordo com as leis e os parâmetros médicos, incorreria em prisão de seis meses e multa.

Capítulo 1. Morte e vida das parturientes: o nascimento de crianças no século XIX.

1.1. Reflexões iniciais sobre as parturientes.

A representação da morte é uma forma de conhecimento que a humanidade carrega na consciência, num processo atribuído à essência de seu ser. Por muitos anos, as civilizações, os historiadores e filósofos, no mundo todo, se empenharam em indagar sobre a temporalidade da vida. “O século XIX falará obstinadamente da morte”. (FOUCAULT, 1977, pág.196). As representações são importantes na vida cotidiana. “Elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a elas de forma defensiva”. (JODELET, 2001. p.17). É onde um determinado grupo independentemente da classe em que este se localize, e sim, procurando mecanismos de aprimoramento em torno de tudo aquilo que marca a diferença, “como constitutivas das diferenças e das lutas que caracterizam as sociedades”. (CHARTIER, 2006, p. 33).

Sendo assim, é que procuramos entender a cultura que se criou sobre mulheres parturientes do século XIX. No processo de formulação de uma história de vida e morte das parturientes no Brasil, autores relatam a trajetória vivida por essas mulheres. A escrita da história desempenha papel decisivo que, pode ser definidora de escolhas, percursos e valores a serem positivados e escolhidos como válidos. É possível observar um grande número de produções historiográficas, abordando as diversas situações que envolviam as parturientes no século XIX. Esses relatos têm provocado debates e discussões, no sentido de despertar uma compressão sobre a saúde e a vida dessas mulheres. Pesquisas bem pontual, tem conseguido traçar um caminho sobre a história da saúde da mulher, nesse caso, o mais específico sobre a parturiente é o trabalho de acompanhamento e de relacionamento realizado pelas parteiras, enquanto sujeito histórico.

Para entendermos um pouco sobre estas narrativas, utilizamo-nos as pesquisas relevantes que discutem a temática. Mary Karasch (1999), Mary Del Priore (1993 e 2006), Fernando Magalhães (1992), Rita de Cássia Marques (2003), Fabíola Rohden (2006), Ana Paula Vosne Martins (2000), Pedro Salles (1971), Mônica de Paula da Silva (2002), Noélia de Sousa Alves (2007), Luiz O Ferreira (2003), entre outros. Partindo do princípio, de que os mesmos influenciaram as produções historiográficas em Goiás sobre nesse período.

Mary Del Piore no livro, *Ao Sul do Corpo*, trabalhou, utilizando-se de documentos eclesiásticos, para argumentar a perseguição sofrida pelas mulheres, que, segundo a Igreja, não se enquadravam nas estruturas morais impostas pelo cristianismo. Esses princípios foram sustentados no Concílio de Trento (1545 a 1563). Além da documentação eclesiástica, também utilizou dos manuais médicos portugueses, para ressaltar a visão da medicina da época acerca do corpo feminino, que era visto e recheado de preconceitos contra o papel reprodutivo das mulheres.

Segundo Del Priore, (1993) as mulheres sustentando-se na fala moralista da Igreja obrigavam os homens a casarem-se, fazendo com que eles assumissem a responsabilidade por elas e por seus filhos. Podemos perceber que a condição de insegurança com relação à presença dos maridos, fez com que muitas delas se enchessem de filhos, sendo esta, uma das formas de resistência, frente ao abandono dos parceiros. Desamparadas, abandonadas e submetidas à violência, essas mulheres uniam-se a seus filhos, formando assim uma unidade de amparo, segurança e afetividade. Motivo pelo qual na época da colônia, muitas mulheres eram responsáveis pelos lares.

O trabalho de Del Priore, embora faça referência ao período colonial, é importante para nosso trabalho, porque aborda aspectos pertinentes para nossa pesquisa. Num primeiro momento, vêem as relações de solidariedade entre as mulheres, estabelecidas a partir da relação parteiras/ parturientes. Da mesma maneira que, na época colonial, o trabalho de parteira ajudava a entrelaçar os laços entre as mulheres. Esses mesmos laços aconteciam na Cidade de Goiás, no período escolhido para análise. Eram relações bem concretas que ocorriam entre parteiras e parturientes. A principal preocupação deste trabalho se acentua na base dessas relações. Como se davam e em que condições essas relações aconteciam?

Ana Paula Vosne Martins desenvolveu sua tese de doutorado, intitulada *A Medicina da Mulher: Visões do Corpo Feminino da Constituição da Obstetrícia e da Ginecologia no século XIX*. Em sua tese, Ana Paula Martins focou as memórias de médicos, officios das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Salvador, as revistas médicas e os trabalhos feitos nas faculdades de Medicina. A partir destas fontes, Ana Paula buscou compreender o começo da Ginecologia e a Obstetrícia e como estes dois desmembramentos da Ciência Médica tomaram forma e se estabeleceram no Brasil. O trabalho acima tem a proposição de ampliar nossas reflexões sobre o tema, já que a autora analisou com muita propriedade o embate entre os médicos e as parteiras pelo controle e superioridade na hora do parto, assim como a progressiva substituição das parteiras pelos facultativos.

Não é de nosso interesse focar na perspectiva do discurso médico sobre as mulheres, seus corpos, ou mesmo acerca das parteiras. Nosso propósito se direciona na orientação para aproximarmos e entender as relações entre o discurso médico direcionado sobre as trajetórias de vida, e as práticas de partejar na Cidade de Goiás final do século XIX.

É importante também, ressaltar aqui o trabalho de doutorado de Maria Lúcia de Barros Mott, sob o título *Parto, Parteiras e Parturientes, Mme. Durocher e sua Época*. Este trabalho traz aportes importantes, uma vez que traça a biografia de Mme. Durocher, uma das parteiras mais afamadas do Rio de Janeiro de origem francesa. O enfoque que Maria Lúcia deu à análise da vida e do trabalho de Mme Durocher nos mostra os diversos caminhos de vida das parteiras. Outro tema que este trabalho nos apresenta é a elaboração da imagem, parteira ignorante, no discurso médico, assim como as discussões a respeito do ensino médico no Brasil.

É importante dizer, que Maria Lúcia Mott (1998) escolheu uma parteira especial, treinada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Como se sabe, trabalharemos com as parteiras da Cidade de Goiás, dos finais do século XIX, em que a maioria delas analfabetas, somente possuíam um conhecimento empírico. A pesquisa sobre Mme. Durocher é importante, uma vez que estabeleceu um parâmetro entre a parteira com título acadêmico, e aquela que com apenas o conhecimento empírico. Chegando à conclusão de que essas mulheres possuíam saberes advindo das práticas populares de cura. Ao que tudo indica, em circunstâncias extremas, foram muito eficientes nos atendimentos que prestaram a comunidades.

Para Age (2002), os documentos a respeito das situações sanitárias da capitania de Goyaz, no decorrer do século XIX. Teoricamente não se referem aos aspectos, como o nascimento de crianças e suas complicações, ou outras dificuldades de saúde da mulher e da criança. De fato o discurso médico e governamental visava, principalmente, à proibição da atuação de curandeiros, benzedeiros e parteiras. Mesmo diante das proibições e do não reconhecimento, as mulheres continuavam a ajudar e orientar as mães, sugerindo-as remédios naturais, para facilitar o nascimento da criança. Em princípio, essas orientações eram realizadas por meio do conhecimento empírico-prático, adquirido ao longo de suas trajetórias na execução de suas funções junto às parturientes.

Por outro lado, Age (2002), também chama a atenção para as construções sociais das identidades das mulheres parteiras, sobretudo, a partir do olhar masculino, que muitas às vezes, ocultaram a importância dessas mulheres na área da saúde na Cidade de Goiás.

Lembramo-nos ainda de que as mulheres foram, durante muito tempo, deixadas à sombra da história. Entretanto, a ênfase mais atenta ao cotidiano, às resistências faz com que as tiremos da penumbra do tempo, para mostrá-las em diferentes relações sociais, entre os gêneros.

Não é apenas pelo fato de as parteiras serem mulheres que elas são objeto de análise histórica. Antes, a razão está em que estabeleceram práticas, exercitando poderes. No silêncio ou nas ações, essas mulheres podem ser vistas, mesmo se for nas entrelinhas do discurso masculino que as colocou nas sombras das contingências das exclusões. (AGE. 2002. p. 19)

Para Ferreira (2003), no começo da Primeira República, o Brasil iniciava uma marcha em direção a uma reforma sanitária, tendo em vista as dificuldades da saúde do país. Os médicos diplomados divulgavam suas ideias na imprensa. Por meio delas, eles, desqualificavam o saber popular, o qual foi comparado a um grupo de charlatães. O charlatanismo, para Almeida (2010), era compreendido como um sinal do retrocesso, da carência de civilidade, a tal ponto que os médicos identificavam o charlatanismo como um problema crítico, para a solução das doenças. Apesar das apresentações médicas, em relação ao saber popular, em tese, devido à falta e/ou ausência de médicos nas províncias, os curandeiros continuavam cuidando da saúde da população.

Karasch (1999) faz um levantamento sobre as doenças que atingiram a população de Goiás, no final do século XIX, mas também nos mostra todas as dificuldades que encontrou para reconstruir a história médica, da na época Capitania de Goiás. As fontes que existem nos arquivos, tanto no Brasil quanto em Portugal, encontram-se fragmentadas. A autora também faz um resumo sobre as doenças que acometiam a população da capitania, entre elas temos: a malária, o bócio e a lepra. Ao mesmo tempo, identifica as pessoas que, naquela época, curavam essas enfermidades: cirurgiões, boticários e curandeiros.

Para garantia da população Goyana e da saúde publica surge, que todas as providências lembradas pelo dr. Diretor do serviço sanitário provisório sejam em pratica imediatamente, resultando forçosamente de sua prompta execução o completo aniquilamento dessa terrível moléstia que, espalhada nesta Capital, será de consequencias funestíssimas e aterradoras, visto como nosso serviço sanitário estadual ainda não esta organizado e nossa capital não possui nenhuma das condições hygienicas. (semanário oficial, Goyaz 29 de fevereiro de 1904. número 227).

Karasch (1999) nos contextualiza todo o cenário da Cidade de Goiás, mostrando-nos a realidade pelos quais passaram alguns de seus habitantes, registrado a partir da economia desenvolvida naquela época e justamente a exploração da mineração. Essa, por sua vez, facilitou a disseminação de febres endêmicas, especialmente, entre os escravos africanos que

trabalhavam nas minas. O confinamento dos índios em aldeias cristãs, em que muitos morriam de varíola, sarampos e/ou malária, facilitou a disseminação de moléstias. Inclusive os portugueses e seus descendentes, ou seja, tornaram-se também em vítimas da malária e de umas poucas das doenças endêmicas das Américas, isto é, a doença de Chagas.

Aborda-se, por outro lado, o trabalho realizado pelas parteiras, mostrando as dificuldades pelas quais passaram. A realidade social e sanitária era caótica, os surtos, a falta de limpeza nos ambientes públicos e a carência de profissionais especializados na área, foram alguns dos problemas recorrentes na época do Brasil império e do início da República. Na Província de Goiás a situação não era diferente, as doenças, tais como: cólera, sífilis e febre amarela, faziam parte da realidade da província ao longo do século XIX.

Fabiola Rohden (2006) discute a questão de como foi possível, ao longo do século XIX, que se desenvolvessem especialidades médicas dedicadas à mulher e à reprodução que, pela natureza de suas intervenções poderiam constituir ameaças ao padrão moral vigente. O processo de aceitação e legitimação de que homens pudessem prestar atendimentos às mulheres, no momento do parto, e mesmo realizar procedimentos como exames ginecológicos. No Brasil, até o começo do século XIX, os médicos só atendiam os casos mais graves, de doenças mais sérias ou em casos de partos complicados que colocassem em risco à vida da mãe ou da criança. Era raro que solicitassem a presença de um médico no momento do parto, a maioria das vezes, em virtude do excesso de pudor em relação ao profissional homem. De um modo geral, a medicina até então não intervinha muito no aparelho genitor e urinário e nas enfermidades femininas.

A prática das parteiras também era cada vez mais visada em todo o território nacional. Exigia-se das parteiras francesas que chegavam ao Brasil, como também das brasileiras, um exame frente aos médicos delegados para que os diplomas de parteiras fossem registrados nas Câmaras Municipais. As questões relacionadas à higiene começaram a ser uma preocupação dos inspetores municipais, na tentativa de evitar mortes precoces de crianças e das próprias parturientes, que nem sempre resistiam aos sintomas imprevisíveis que surgiam durante o parto².

Por muito tempo, o cuidado com o corpo feminino e das doenças que as mulheres padeciam de maneira particular e direta, não era prioridade dos médicos homens, estes eram impedidos de auxiliar as mulheres, porque, às vezes, eram mal interpretados, ou de cometer atos obscenos, ao realizar os exames minuciosos. O corpo feminino era proibido, e essa falta

² Ao inspector Geral da Hygiene Municipal incumbe: 1º A fiscalização do exercício da medicina, pharmacia, arte dentaria e o serviço e o das parteiras. [...] (Semanao oficial de Goiaz. Segunda feira, 14 de abril de 1902. p. 3).

de contato fez com que, tanto na teoria como na prática se produzissem poucos conhecimentos na área da medicina. Como se sabe parto era mais a incumbência das mulheres, quase sempre, começando pelas parteiras, que se juntavam à parturiente antes, durante e depois do nascimento do bebê.

Por parte da mulher, também havia certa resistência, em apresentar seu corpo nu para um médico homem.

A prática obstétrica exclusivamente hospitalar também suscitava resistência entre as mulheres, em especial pela associação do hospital a lugar de morte ou de abrigo para pobres, bêbados, doentes, prostitutas e loucos. Tal resistência limitava as possibilidades do aprendizado dos médicos. Na medida em que as mulheres foram aceitando a hospitalização, a infecção puerperal se apresentou de maneira epidêmica. A medicina precisou de um século para encontrar uma solução que evitasse as mortes das mulheres decorrentes da infecção puerperal. (GOMES, 1997, p.20).

É claro que muitas mulheres morriam durante o trabalho de parto ou dias depois devido à ineficiência metodológica empregada durante esse processo. As mulheres eram atendidas em casa ou nas casas das parteiras. Mesmo atendidas por médicos, ainda não existia conhecimento suficiente sobre as técnicas obstétricas como cesariana, ou o funcionamento do corpo da mulher. Os médicos diplomados só eram chamados quando havia complicação no parto, onde as parteiras não se sentiam capazes de ajudar.

Um exemplo, entre muitos, é o de uma parturiente atendida por três médicos e um farmacêutico na cidade de Não-me-Toque, no interior do Rio Grande do Sul, em 1910. Os que atendiam não conseguiram tirar a criança nem com fórceps, resolvendo operá-la com um formão e uma serra de açougueiro, serrando o osso da bacia. (WEBER, 1999. p. 195).

É bem provável que, com essa intervenção tão desastrosa, a parturiente viesse a morrer horas depois, na impossibilidade de conter as dores e as hemorragias. É de se notar que os médicos não estavam preparados para atender esse tipo de situação, como forma alternativa, que se valia amplamente, de procedimentos dolorosos e violentos. Em resumo, havia um forte desconhecimento cirúrgico e esse respeito, bem como, a dificuldade para evitar a intensa dor, hemorragia, às infecções e entre outras complicações durante o parto.

A inoperância dos instrumentos cortantes, a pouca destreza do parteiro, a ausência de suturas após as operações, a falta de anestesia, tal como a conhecemos hoje, bem como a abertura dos corpos por mãos contaminadas por bactérias de outras enfermidades, estão no centro às explicações sobre as mutilações e mortes maternas. (CORREA, 2005. p. 58).

Por um lado, essas impossibilidades fazem com que os “médicos tentassem não se envolver com a ‘arte obstétrica’ por um longo período” (WEBER, 1999. p. 195). Por outro lado existe toda uma tentativa por parte dos profissionais que demonstravam interesse em aprimorar os atendimentos em relação à mulher em trabalho de parto:

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 causava às mulheres. (MARTINS, 2004. p. 66).

Tudo isto, traz melhoras para a população de grávidas como um todo. “A conquista dos médicos também esta relacionada com a utilização de instrumentos. Em 1730 o fórceps³ passa a ser usado, trazendo mais prestígio para o cirurgião”. (ROHDEN, 2001. p. 61).

A mulher grávida e a parturiente se converteram no núcleo principal dos obstetras nesta etapa. A obstetrícia era uma especialidade nova, com sua origem nas faculdades de medicina européias na primeira metade do século XIX, lutando para ganhar o reconhecimento, tanto no meio médico quanto para o público leigo, principalmente para os maridos e suas esposas. Algumas mulheres já permitiam o atendimento do médico-parteiro para auxiliá-las nos partos domésticos. Falamos de uma minoria porque a maioria delas, sobretudo, das camadas populares ainda preferia a presença da parteira, das parentes ou vizinhas, para ampará-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”. (MARTINS, 2004. p. 66). Quem frequentava o hospital eram as mulheres pobres, sem recursos econômicos “Antigamente, o parto no hospital não era habitual senão para as mulheres pobres e desprotegidas, pois nenhuma consolação à parturiente podia ir lá buscar, que não fosse uma enxerga e um tecto”. (CARNEIRO, 2005, p. 71)

Começava assim, um novo momento, através da diminuição do trabalho das parteiras, diante da presença mais frequentes dos médicos. Estes procuravam situar-se como atores

³Se pudermos remontar a invenção do fórceps ao século XVI, (...) deve dizer-se que o seu uso era restrito e muito traumatizante para a mulher e para o feto. Há estudos médicos que revelam fotografias de crianças com crânios irremediavelmente deformados pelo uso indiscriminado e inadequado do fórceps. Só no decorrer do século XIX o fórceps ganhou formulações mais eficazes, com relevo para o «fórceps de tracção», de Tarnier (1877). (Carneiro. In. Revista da Faculdade de Letras 69 A NOVA CULTURA CIENTÍFICA NA OBSTETRÍCIA E SEUS EFEITOS HISTÓRIA Porto, III Série, vol. 6, 2005, p. 80).

principais, na detenção do conhecimento do corpo feminino. Para Souza (2007) as parteiras são representadas nas vozes dos médicos continuamente como incompetentes, ignorantes e descuidadas. As parteiras seriam hostilizadas profissionalmente não unicamente por obstetras, mas também pelos pediatras, vistas como concorrentes não qualificadas, em nada portadoras de um saber médico condizente com o labor desempenhado.

1.2. Um retrato da mulher grávida, pelos artistas plásticos Gustav Klimt, Augusto Renoir e Lucílio de Albuquerque do século XIX.

Neste subtítulo trataremos de três artistas plásticos: Gustav Klimt, Augusto Renoir e Lucílio de Albuquerque, os três do século XIX. A pesquisa escolheu estes artistas por representarem em suas obras as mulheres, um deles uma mulher nua e grávida, o outro uma mulher dando de mamar a seu filho, algo escandaloso para a época e a obra de Lucílio uma mulher negra, escrava amamentando uma criança branca, possivelmente filha de seu amo, algo normal para a sociedade. Por tanto, estas obras vem colocar em evidência algo tão controverso e que ao mesmo tempo estava despertando o interesse por parte dos cientistas. Apesar das diferenças estilísticas e culturais entre os autores, eles representaram a mulher, com a diferença que Klimt a retratou grávida, já Renoir pintou sua esposa amamentando seu filho, e Lucílio colocou em evidência as obrigações das mulheres afro descendentes para com seus donos. Nas pinturas, 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 2). 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 tranquilo. Na mesma linha temos a obra de Lucílio de Albuquerque, que tem como título Mãe Preta (figura 3). Uma mulher negra, assentada ao chão, amamenta uma criança branca, e enquanto esta lhe suga o seio, o filho está ao lado deitado, sua mãe o olha com um olhar dilatado e compassivo. Nesta cena, perfeitamente natural, quase um aspecto despercebido da nossa vida, soube o artista de maneira sutil e simples de execução, numa tão intensa expressão de pensamento, e um forte espírito de síntese, que a transformou num quadro carregado de simbologia na dedicação da

etnia negra, na feliz evocação do tocante sacrifício das nossas “Mães-pretas”, onde o afeto de mãe conseguia dividir-se entre filho do branco e a sua criatura.

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, o futuro cidadão saudável. Pensando em diferentes discursos que exaltavam a maternidade, esse quadro é uma objetivação das ideias 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. 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.

Por outro lado, são raras as obras de Gustav Klimt que têm por trás uma história, mas determo-nos no quadro *A Esperança I*, (figural) é sem dúvida um deles. Pintado a óleo sobre tela, em 1903, hoje está exposto em Otawa, na National Gallery of Canadá. Até chegar aqui, desde a sua criação, a obra teve um longo percurso e uma motivação deveras original. Ao pintar uma mulher grávida e nua Gustav Klimt sabia que ia contra um dos maiores tabus da conservadora sociedade vienense. Este era, de fato, um tema raras vezes representado pela arte: a gravidez, passo que antecede a maternidade em si e resultado da experiência sexual. “O quadro causou polêmica e foi considerado obsceno, ficando numa espécie de reclusão, voltando a ser exposto em 1909” (MARTINS. 2004. p. 62). Aqui podemos entender o choque que o quadro do artista plástico Gustav Klimt causou ao pintar uma mulher grávida nua. Na tela encontramos vários elementos que nos chamam a atenção. Num primeiro momento, o tema, não era comum a representação de mulheres grávidas na arte ocidental, principalmente nas artes plásticas do século XIX. A mulher grávida era um estado associado à sexualidade e retrata-la plasticamente era um desafio no âmbito estético, 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. (MARTINS. 2004. p. 64).

A mulher grávida representada por Gustav Klimt mostra sua barriga bastante volumosa, o que, de encontro com a moral proposta socialmente na época, acabou chamando atenção popular. No entanto, a pintura é cheia de simbolismo, apesar disso, o que sobressai e chama mais a atenção é a nudez extremamente realista. Por fim, não há na representação nenhuma idealização da maternidade. A mulher com a olhada diretamente para o observador,

não transmite esperança ou felicidade, nem mesmo a paz. Seu olhar é inexplicável e sua sensualidade indisfarçável, longe, das representações de ternura da mulher-mãe.

Neste contexto de mudança da sociedade em relação ao corpo da mulher, e em especial no estado de gestação ou gravidez é que os artistas plásticos Augusto Renoir e Gustav Klimt, se inspiram e mostram nas suas pinturas, para sociedade da época o corpo nu de uma mulher grávida. O quadro de Renoir, de 1886, tem como título *Maternidade*, ou *Mulher amamentando seu bebê*. É uma obra em que as duas figuras que compõem a parte principal da pintura foram desenhadas com a maior perfeição, destacando-se do fundo as formas características do impressionismo, o que dá a maior destaque a definição das duas personagens.

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. (MARTINS. 2004. p. 66).

Os obstetras tomaram como centro das atenções a mulher grávida e a parturiente nesta fase. A obstetrícia era uma especialidade relativamente nova – nascida nas faculdades de medicina europeias na primeira metade do século XIX – e dava seus primeiros passos para ser reconhecida, tanto entre os médicos quanto para o público leigo, em especial para os maridos e suas esposas. Algumas mulheres se animavam e mandavam chamar o médico-parteiro para auxiliá-las nos partos domésticos, mas a maioria delas, principalmente nas classes populares, ainda preferia contar com a presença da parteira, das parentes ou vizinhas, para atendê-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 em que é controlado pelos médicos e controlado ao espaço hospitalar. A renovação esta que se efetivou somente na segunda metade do século XX, com a hospitalização do parto nos centros urbanos.

Embora, 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 sequência 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. (MATINS. 2004. p. 66).

A gravidez, o parto e a maternidade eram coisas de mulheres, cuja história não tem marcos inicial nem conta com registros escritos, muito diferente da obstetrícia, com sua tradição escrita, que data desde a antiguidade. As fontes médicas geralmente conseguem o efeito de criar, pois trazem algumas informações sobre as parturientes e parteiras, relatando, parcialmente, seus valores, seus comportamentos e suas práticas. Embora, essas fontes agissem mais a respeito dos valores dos próprios médicos sobre o parto do que das experiências das mulheres, visto que, trazem mais informações sobre os partos complicados que eles atendiam, do que a respeito dos partos naturais presenciados pelas parteiras. Percebe-se então, uma visão parcial da gravidez e do parto nas sociedades pré-industriais, marcada, 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 deixou de ser uma experiência que pertence ao universo feminino para ser mais um evento médico. A parturiente foi relegada a um papel secundário no nascimento de seu filho. Sua satisfação ou insatisfação com a experiência permanece inaudível, como se fosse irrelevante. Fato é que hoje as mulheres sofrem o parto, não o fazem. Já durante a gestação, a mulher é convidada, aberta ou indiretamente, a delegar o controle ao médico, em vez de por ele ser assistida, estabelecendo uma franca parceria. (NOGUEIRA. 2011. p. 21).



Figura 1 – Maternidade ou Mulher amamentando seu bebê (Renoir, 1886)



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



LUCILIO DE ALBUQUERQUE: *Mãe preta*, 1912.
Óleo sobre tela, 180 x 130 cm.
Salvador, Museu de Belas-Artes da Bahia.

A obra de Lucílio representa uma negra escravizada dando de mamar a uma criança branca, e deixando de lado a criança de cor negra. Com frequência as negras escravizadas mais jovens que estivessem em período lactante eram obrigadas a serem amas-de-leite dos filhos dos senhores. “De Portugal transmitira-se ao Brasil o costume das mães ricas não amamentarem os filhos, confiando-os ao peito de saloias ou escravas. [...]: o precioso leite materno era quase sempre substituído pelo leite mercenário das amas.” (FREYRE, 2003, p. 460).

Para a época, as negras eram consideradas mais saudáveis e seu leite mais forte para o aleitamento das crianças senhoriais. “A tradição brasileira não admite dúvida: para a ama-de-leite não há nada como a negra. [...]. Alegava que além de serem mais sanguinhas, convertem melhor o alimento em leite, [...], que tanto é mais negra tanto é mais fértil.” (FREYRE, 2003, p. 444). Este tipo de imposição dos senhores sobre as negras lactantes em dar de mamar as crianças brancas impossibilitava a elas darem os devidos cuidados a seus próprios filhos, o que permitiu na alta mortalidade entre as crianças negras.

A existência das mães pretas revela mais uma faceta da expropriação da senzala pela casa-grande, cujas consequências inevitáveis foram à negação da maternidade escrava e a

mortalidade de seus filhos. Para que a escrava se transformasse em mãe-preta da criança branca, foi-lhe bloqueada a possibilidade de ser mãe de seu filho preto. A proliferação de nhonhôs implicava o abandono e a morte dos moleques. Desta forma, ao incorporar a negra ao ciclo reprodutivo da família branca, a escravidão reafirmava a impossibilidade para os escravos de constituírem seu próprio espaço reprodutivo. (GIACOMINI, 1988, p. 80).

Sem forças para criarem seus filhos e vendo-os morrerem pela desnutrição, restando às mulheres escravizadas direcionarem seus sentimentos e carinho aos filhos de seus senhores. No período de amamentação, os laços e vínculos vão se fortalecendo entre a mulher escravizada e a criança branca, essa afeição ultrapassava a fase de lactante. A afrodescendente se tornava em uma segunda mãe, conhecida como mãe-preta. “Muito menino brasileiro do tempo da escravidão foi criado inteiramente pelas mucamas. Raro o que não foi amamentado por negra.” (FREYRE, 2003, p. 449). Os laços de afeição maternal criados entre a ama-de-leite escravizada e a pequena criança poderiam ser tão fortes que o momento da separação era extremamente doloroso.

Com relação ao parto, todas as mulheres sofriam do mesmo problema, tendo em vista que o parto era entendido de maneira coletiva, social e, sendo assim, submetido a rituais, códigos e tradições. As lacunas deixadas pela falta das fontes é uma situação tanto quanto problemática que vem sendo apurada com instrumentos metodológicos, como por exemplo, a comparação e a analogia, que utilizam informações provenientes de outras disciplinas 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.

Entre os partos domiciliares, assistidos por parteiras desde a Antiguidade, e os hospitalares da obstetrícia atual, observam-se mudanças e permanências. Porém, à medida que o parto se tornou um procedimento médico, foi-se fazendo crer que o saber da mulher sobre sua fisiologia seria menor do que o saber científico, gerando uma relação de dependência infantil da paciente com seu obstetra. (BIO. 2015. p. 12)

As parturientes da antiguidade no ato da parturição são, na maioria das sociedades não ocidentais, agrícolas e pré-industriais, vivem solitariamente ou restrito a um grupo pequeno de mulheres que ajudam à 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, pondo a vida da mãe em sérios riscos.

Trazemos aqui também, o período colonial, no Brasil onde dar à luz teria sido uma 'coisa de mulher', sendo a presença de homens na cena do parto um fato excepcional, ocorrendo apenas em situações emergenciais, segundo DEL PRIORE (1995). O parto era uma

vivência constitutiva de uma concepção de gênero, pois a maternidade, naturalizada, era aspecto fundamental da identidade de mulher adulta. Um dos elementos integrantes e indissociáveis da experiência do parto, que lhe conferia sentido, assim como à maternidade de uma maneira mais ampla, era o sofrimento:

Mesmo quando o parto era normal, banal, natural, a mulher tinha que incorporar outro papel associado ao sentido mesmo do parto: um papel de sofredora, cujos gritos, muitas vezes além ou aquém da dor, anunciavam a vitória contra a morte e o poder de procriar. O parto, momento por excelência do processo da maternidade, marcava-se com a imagem do sofrimento da mãe. Era preciso sofrer para trazer à luz o fruto. Inaugurava-se quem sabe assim, o começo de um processo de créditos do qual o filho seria o eterno devedor, fadado a pagar com seu trabalho e carinho o nascimento entre dores. A Igreja encontrava nessas imagens a justificativa mesma do pecado original e da condenação à vida terrena. Todas as mulheres personificadas em Eva necessitavam das regras eclesiásticas para serem adestradas, e assim, pagarem o pecado ancestral. Nesses tempos, sim, a anatomia impunha um destino. (DEL PRIORE: 1995, p.262).

O parto era uma experiência coletiva feminina, era comum encontrar entre as participantes da cena do parto, além da parturiente e da parteira, é visível a participação das parentes, das vizinhas e das comadres. Ademais, o parto era segundo Del Priore, um *locus* em que se exercitavam as alianças de gênero:

Se malgrado tanto sofrimento e tanta incerteza quanto ao encaminhamento do parto, as mulheres não paravam de reproduzir, não seria porque esta era especificamente sua função na sociedade colonial? A capacidade de enfrentar a dor para dar à luz não seria um estigma da fisiologia feminina, condenando toda mulher in útero? Não seria essa a melhor maneira de redimir-se do pecado original, segundo a Igreja? Acreditamos que tais questões deveriam pertencer à mentalidade do período no que dizia respeito à fisiologia feminina e à maternidade. Essa longa trajetória de sofrimento físico ajudou certamente na construção da de votiomariológica em colônias e na eleição desse papel - o de mãe - para as populações femininas. Sobreviver a um parto ou a mais de um elevava as mulheres ao status de santas, restituindo-lhes uma identidade que o mais da vida social lhes negava. No parto, as mulheres encontravam-se consigo mesmas e com o seu gênero. Razão de sobra nessa colônia em que elas eram sós e destituídas de valor, para continuar parindo. (DEL PRIORE.1995. p. 270).

Embora, a despeito de a parturição ser considerada uma atribuição das mulheres e da clara preferência pela atenção prestada por parteiras, esses valores e os preceitos morais, interditando a presença masculina na cena do parto, nem sempre eram seguidos à risca na vida cotidiana no Brasil do século XIX. Segundo Maria Lúcia de Barros Melo e Souza (1998), nem sempre o parto era uma experiência coletiva feminina, sendo comum encontrar, na documentação existente, relatos de situações em que as mulheres deram à luz sozinhas, sem qualquer ajuda, ou então acompanhadas por homens, incluindo-se entre esses últimos, não apenas médicos, presentes em situações emergenciais, mas também maridos, parentes e vizinhos. Aliás, essa autora levanta indagações pertinentes acerca do significado do discurso médico, fonte principal da história da obstetrícia brasileira, no século XIX, no Brasil, acerca

da exclusão da figura masculina da cena do parto. Bem que, essa fosse a norma, a insistência em compreendê-la como dado da realidade não contribui para responsabilizar, exclusivamente, as parteiras pelas altas taxas de mortalidade materna e neonatal, reiterando-se a imagem estereotipada e preconceituosa da parteira como mulher ignorante, pobre, negra e/ou estrangeira de 'moral duvidosa' e do médico, como salvador.

Aceitar que o sexo masculino participava da parturição não seria admitir que o suposto "atraso" da Obstetrícia no passado também devia-se aos homens? E que as mulheres, ao aceitarem a participação masculina na parturição não tinham tanto sentimento de vergonha e de pudor quanto se esperava que tivessem? Não se pode esquecer ainda que achar um culpado - no caso uma culpada, a parteira - para a mortalidade de mãe e crianças e, atribuir ao médico a imagem de salvador, certamente é muito mais fácil do que enfrentar os problemas sofridos pelas mulheres durante a parturição devido a múltiplas razões, desde os limites do próprio saber e da prática médica no período, da precariedade do ensino médico, até questões de ordem geral como distribuição desigual de riqueza, a escravidão... (MELO SOUZA. 1998. p. 85).

É interessante notar que, embora as normas sociais interditassem a presença masculina durante o parto, o marido, segundo crenças populares existentes no século XIX, por vezes, desempenhava papel simbólico e relevante nesse evento, à medida que seus pertences estavam entre os objetos materiais de que as parteiras lançavam mão para facilitar partos 'difícultosos' (MELO SOUZA. 1998. p. 240).

Aliás, mesmo no período contemporâneo, o recurso à participação simbólica do marido, por intermédio de objetos a ele pertencentes, em partos difíceis é também mencionada como prática de parteiras tradicionais em Florianópolis (TORNQUIST. 2001). Até meados do século XX, a maioria das mulheres brasileiras era atendida no parto em seus domicílios, por parteiras tradicionais, também conhecidas, popularmente, como 'aparadeiras' ou 'comadres'. A medicina, enquanto instituição inicia seu longo percurso em direção à incorporação dessa prática como uma de suas atribuições, nos séculos XVII e XVIII, na Europa. Esse processo de 'medicalização do parto' se estendeu ao Brasil no início do século XIX, com a inauguração das primeiras escolas de medicina na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808, as quais foram implantadas pela Coroa Portuguesa, quando de sua vinda para o Brasil. Ao longo do século XIX e início do século XX, um dos grandes objetivos da classe médica brasileira, particularmente na área obstétrica, era atrair o público feminino à clínica, ao consultório e ao hospital, para realizar o parto (BRENES: 1991). Durante esse período, obtiveram, relativamente, pouco apoio do Estado, neste sentido e, cabe lembrar, a autoridade cultural da medicina, de modo geral, ainda não estava estabelecida (STARR: 1982; MONTEIRO: 1985). Os 'parteiros' ou 'médicos-parteiros', como eram chamados os

profissionais formados em obstetrícia, encontraram fortes resistências, tanto por parte das mulheres, como por parte da Igreja, aos esforços que empreenderam no sentido de ampliarem seu campo de atuação profissional (BRENES: 1991; MELO SOUZA: 1998). Uma das questões que norteava a resistência à entrada da medicina na cena do parto era o fato de essa profissão ser exercitada, exclusivamente, até 1887, no Brasil, por pessoas do sexo masculino, infringindo, assim, as normas sociais referentes à exposição e ao manejo do corpo feminino, ao longo do século XIX.

O pudor era uma atitude esperada, própria da 'natureza feminina' e valorizada socialmente. Mesmo em situações de risco de vida há informações que muitas mulheres recusavam a manipulação dos órgãos genitais, assim como as operações necessárias - comportamento que me parece deve ser matizado, já que frequentemente não há como avaliar se a recusa foi uma decisão própria ou uma imposição do marido. (MELO SOUZA 1998 p. 220).

Destinado a ser tocado apenas pelos maridos, o corpo feminino estava interdito, salvo raras exceções, ao escrutínio dos médicos. Estes só estavam autorizados a fazer o toque em casos de doenças graves, sendo o rompimento dessa regra interpretado como uma "invasão na relação conjugal", à medida que, como assinala Melo Souza, há uma forte analogia entre a técnica ensinada e a penetração sexual (1998. 220). Nos manuais de obstetrícia, regras minuciosas eram explicitadas para se proceder ao exame vaginal, visando fazer frente a esses preceitos morais:

Segundo as condições físicas, o tamanho do seu corpo (mais ou menos gorda), o toque era feito com a paciente em pé, vestida, e o médico de frente, abaixado, apoiado sobre um joelho; ou a mulher deitada também vestida, recoberta por um lençol e o médico ao lado da cama. Por decência, a parteira ou médico não deveriam olhar as partes externas da geração. O olhar deveria ser dirigido para os lados e jamais por debaixo do lençol ou das roupas da cliente. (MELO SOUZA. 1998 p. 218).

Situação esta, que se repete por varias décadas até a sociedade adquirir novos hábitos com a introdução dos cursos na área médica. A Obstetrícia de ambas as escolas de medicina - da Bahia e do Rio de Janeiro - até o último quartel do século XIX, eram cursos exclusivamente teóricos, pois, a despeito da crescente valorização da experiência clínica no interior da instituição médica, os diretores das faculdades enfrentavam fortes resistências à realização do ensino prático da obstetrícia.

1.3.Natalidade e Mortalidade Infantil.

Esta análise se concentra nos estudos médico-pediátricos contextualizada entre finais do século XIX e XX, numa época em que surgem os primeiros indícios de uma formação específica para o cuidado com a saúde da criança. “O conceito moderno de Infância é obra de um tempo, de uma determinada época na História do desenvolvimento Humano”. (RIVORÊDO. 1995. p. 45). É um momento de se pensar, de se formular e estruturar uma área de atuação profissional de saberes, práticas e representações sobre a saúde das crianças e de todos que a envolvem. Nesta mesma linha, Moncorvo Filho escreveu a respeito do interesse da história da proteção de criança no Brasil, dividido em três os períodos:

1.º período (antigo) – de 1500 a 1874 – período em que a criança brasileira teria vivenciado abandono por parte das autoridades públicas, sendo amparadas por instituições religiosas e caritativas. 2.º período (médio) – de 1874 a 1889 – fundação da pediatria e cultivo da especialidade 3.º - período (moderno) – de 1889 a 1922 – época em que começou intensa a propaganda sobre higiene infantil e o interesse geral pela criança como fator social. Medidas oficiais protetoras. (MONCORVO FILHO, 1926. p.15-16).

O autor continua sua análise, dizendo que o cuidado pelas crianças vem a ser o resultado de um processo lento e gradativo de tomada de consciência das instituições para brindar-lhe uma proteção à infância, isto provavelmente teria começado bem antes, num “Brasil ainda em construção”, chegando a sua consolidação com a criação de instituições de amparo as crianças necessitadas e a implantação de medidas públicas, que deram assistência às mesmas, em caso de abandono e miséria.

O cuidado e o interesse pela saúde das crianças no Brasil foram criados, tendo como base o conhecimento de outras especialidades, que começavam a aparecer entre os séculos XIX e XX. Porém, uma medicina específica, para as crianças, surge para se ocupar do corpo inteiro de uma vida infantil e não apenas para uma parte (como a otorrinolaringologia e a cardiologia). Sendo assim, o surgimento desta nova especialidade é compreendido como uma medicina especial porque não separa o corpo, mas concebe o corpo de uma criança em sua totalidade.

Foi o resultado de experiências sociais, culturais e políticas vivenciadas no país entre finais do século XIX e primeiras décadas do século XX, em diálogo com as transformações pelas quais já vinha passando a medicina europeia e em confronto com as experiências pelas quais passariam as instituições de formação e de atuação do médico no Brasil. Seria, sobretudo, o resultado do confronto de avaliação entre pares e sociedade, um diálogo compreendido por argumentos, critérios de validação

e seleção de um corpo de conhecimentos técnico-científicos tornados exclusivos da especialidade. (JÚNIA, 2006. p. 14).

Tal interesse pelas crianças parte do pressuposto de que o corpo infantil está em desenvolvimento e em crescimento. Ao se concentrar em uma idade da vida infantil, a medicina contribui para se estabelecer de uma maneira geracional, e de concepção da infância exclusiva à vida. Nesse processo que se institucionaliza uma medicina reservada para as crianças doentes em que o médico se prepara com a missão única e específica em cuidar da saúde das crianças.

Nesse contexto não seria mera casualidade afirmar sobre essa exclusividade do desenvolvimento biológico do organismo da criança, o que mais tarde viria a justificar a necessidade de um conjunto de conhecimentos e práticas profissionais diferentes daqueles direcionados para o organismo adulto, como colocava em prática a medicina até aqueles momentos.

O discurso formado sobre a vida e a morte infantil, na literatura médica no final do século XIX, é estabelecido pelas estatísticas de mortalidade infantil do país e das regiões. Os escritos feitos pelos médicos permitem traçar um caminho que conduz para desvendar, a mortalidade infantil, que no período era muito alta. Num primeiro momento podemos já apontar um dos principais motivos da morte das crianças, sendo justamente a ausência de tratamento médico, por outro lado, e no mesmo patamar os hábitos sócios culturais.

Sacombe apontava que a elevada estadística de morte de recém – nascidos não era provocada pela intervenção das parteiras como se dizia, mas era provocada pela água fria do batismo. Tendo praticado uma autópsia após a morte de recém – nascido, morto imediatamente após o batismo, ele percebeu uma ligeira obstrução dos vasos do cérebro, efeito natural da causa que produz. Com tal explicação, Saccombe relacionou as delicadas fibras do recém – nascido aos nervos que estão no cérebro. Na cerimônia eclesiástica, quando o padre derrama a água – benta na parte superior da cabeça da criança, onde está o cérebro, a água fria é um golpe mortal, uma vez que a cabeça esta muito quente pelas circunstâncias do nascimento. (CORREA, 2005. p. 80-81).

É evidente a falta de conhecimento, frente às dificuldades apresentadas no momento do parto, além dos problemas de higiene que se encontravam no local aonde as parturientes iam para ter seus bebês. Todos estes motivos ajudavam a colocar em risco a integridade física e psíquica das crianças. Além da falta de conhecimento, cabe também destacar o local, que nem sempre contava com a devida higiene e as mínimas condições de receber mulheres em trabalho de parto. Para sustentar esta ideia trazemos aqui um dos possíveis precursores a sinalizar a causa das mortes das crianças no momento do parto. Em História da Pediatria,

Moncorvo Filho (1922 e 1926), que publicou: *Histórico da proteção à infância no Brasil*, em 1926, faz algumas colocações em que mostra o abandono por parte do governo, sendo relegado esse atendimento a instituições religiosas e de caridade.

Por isso, senhores, como recursos supremos, eu me volto para a infância _ os pequeninos de hoje que serão os grandes de amanhã; é nela que ponho as esperanças da grandeza do atual regímen pela regeneração da pátria. (...) Temos uma pátria a reconstruir, uma nação a firmar, um povo a fazer... e para empreender essa tarefa, que elemento mais ductil e moldavel a trabalhar do que a infância?.MONCORVO FILHO, 1922, p. 131-133)

Outro autor é José Martinho da Rocha, que publicou uma obra em 1947, sob o título de: *Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil*. Este autor também traz à tona, a questão da ausência das autoridades públicas para com as crianças.

No século XIX, o número de crianças que vinham a óbito era elevado, sendo essa questão explicada por meio de discurso, no qual, defendiam que eram naturais essas mortes, embora a sociedade médica não enxergasse assim. O primeiro passo dado para resolver a questão, foi pelas perguntas que apontassem a origem do problema, para que a sociedade como um todo comesçasse a reagir, frente ao problema que podia deixar de custar tantas vidas.

Os primeiros “médicos de crianças” do Brasil, apesar de estarem em contato direto com o que se produzia de novo na medicina e na academia europeia, sobretudo francesas e alemãs⁴, não se comportaram como meros reprodutores dos conhecimentos produzidos nesses países, atuando, repetidamente, no âmbito de tornar disponíveis recentes descobertas, a parte de acenarem, com frequência, para especificidades percebidas e documentadas no exercício da medicina no país.

A Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro reuniu-se no dia 18 de junho de 1846 para discutir questões relativas à mortalidade infantil. As perguntas colocadas pelos membros da academia foram as seguintes: 1- a que se deve atribuir tão grande mortandade nas crianças nos seis primeiros anos de vida? 2- Quais são as moléstias mais frequentes nas crianças? (JÚNIA,2006. p. 72).

⁴Tendo como referencia a Rivoredo, os primeiros pediatras brasileiros imbuídos sob a influência da pediatria francesa traziam consigo uma visão clínica e familiar do paciente, tendo sido marcante nas décadas finais do século XIX e primeiras décadas do século XX, quando passa a conviver com os pressupostos da medicina alemã. A escola alemã de pediatria centrava-se em questões alimentares e educacionais e não devemos pensar que houve uma linearidade, uma mera superposição ou, ainda, uma substituição automática de um pensamento por outro no Brasil. A influência posterior, mais forte a partir dos anos 40 (mas já presente por volta dos anos 20, com a presença da Fundação Rockefeller no Brasil) é a influência norte-americana. A pediatria norte-americana é marcada pelos modelos de assistência, penetrada pelo pressuposto da superespecialização e pela ideia de Medicina Preventiva e Integral. (RIVOREDO, 1995, p. 92-100).

As respostas construídas por aquela academia foram bastante significativas, para tentar encontrar possíveis fatores que levassem a uma conclusão sobre mortalidade infantil, que até então eram desconhecidas pelos pesquisadores da época, colaborando assim, para criar novas percepções do contexto. Realizaram essa pesquisa, por meio de levantamento de dados e abordagem de questões, que até então não eram conhecidos ou considerados pelos médicos. Provavelmente, com esse novo modelo de pesquisa, contribuiu para erradicar de forma mais evidente a mortalidade de tantas crianças, que até então eram tidas por vezes como dado natural.

O hábito de mergulhar crianças em água mais ou menos quente; modo de cortar o cordão umbilical empregando sobre ele substâncias irritantes; compressão sobre a cabeça das crianças pelas parteiras ou pelas amas quando estão dormindo; aleitamento mercenário; aperto das vestimentas; maus costumes das amas-de-leite transmitindo sífilis, escrófulas, etc., abuso de anti-helmínticos; ausência de tratamento médico no princípio das moléstias; vermes intestinais; variações de temperatura; umidade da nossa atmosfera. (AIM, 1846 apud COSTA, 1989, p. 163).

Pode-se dizer então que algumas tradições estavam contribuindo para aumentar as mortes dos recém-nascidos, em que eram também praticados diversos costumes morais, misturados da inexperiência dos envolvidos, ou seja, os familiares junto com as parteiras, que desconheciam preceitos bem pontuais após o nascimento da criança. O relato, nesse caso, também surge expondo uma explicação fundamentada na hipótese de culpar a família, sobretudo, a mãe por não ter dado de mamar, e não ter cuidado pessoalmente da criança. Com esse discurso, exime-se de toda responsabilidade do médico, o único encarregado, segundo o que consta na resposta, de cuidar e impedir a morte, desde que consultado com antecedência. O médico é, evidenciado dessa maneira, como peça fundamental para a garantia e manutenção da sobrevivência das crianças. Mas, por outro lado, não deixava de haver um paradoxo referente ao conhecimento médico, da falibilidade de seu saber e do questionamento da inteligibilidade do mundo a que os médicos se diziam portadores. A morte seria, nessa situação, um dado estatístico e um mal a ser desterrado. Mas não é um elemento que o saber e a prática médica teriam algo a dizer, a menos o seu impedimento. É sobre a acessibilidade da morte que o médico teria algo a dizer, não sobre a experiência da morte ou, mesmo, sobre os limites de seu saber.

A mortalidade infantil deixaria de ser tratada como dado natural e passaria a ser encarada como problema e algo a ser combatido somente entre fins do século XIX e primeiras décadas do século XX. Mudanças sociais, econômicas e médicas contribuiriam para tornar a mortalidade infantil um dado estatístico que, embora esperado, poderia – e deveria ser – rechaçado. A redução da mortalidade infantil passaria a ser parâmetro de estabelecimento de políticas públicas de bem estar da

criança, algo que, embora se possa pensar, aos olhos de hoje, como óbvio, não estava dado em séculos anteriores em que a mortalidade infantil (embora lastimada) não era encarada como dado sobre e contra o qual aquela sociedade pudesse fazer muita coisa. (JÚNIA, 2006. p. 130).

Até metade do século XIX, a medicina infantil era fundamentada, a partir da medicina de adultos, que era uma propriedade do médico obstetra ou, quando muito, do médico que tratava doenças em geral. A medicina de crianças como especialidade médica tem seu início no Brasil basicamente a raiz de dois pontos epistemológicos e práticos: o primeiro fundamentando-se na ideia de que a mortalidade infantil, contrário do que diziam os relatórios, as estatísticas e o imaginário social da época, sendo preciso no século XIX, não era normal e, desse modo, seria necessário atuar, em tal caso, tendo como base um conhecimento científico apoiado na racionalidade sistêmica; o segundo, se apóia, na concepção de que as crianças seriam basicamente diferentes dos adultos, porque estão em constante crescimento.

O corpo, entretanto, é não só mais frágil na infância, do que nas épocas posteriores da vida, como também são mais extensas e delicadas as sympathias entre suas diferentes partes. Raras vezes um órgão sofre só; até os efeitos das moléstias locais se estendem a todo o systema e de tal sorte desordenam o seu trabalho que muitas vezes não é fácil determinar a séde da afecção original. Ainda isto não é tudo; muitas consequencias importantes resultam de ser o período da infância de incessante desenvolvimento. No adulto a estrutura do corpo é completa e suas funções são as mesmas de ontem; porém a criança aprende sucessivamente a respirar, a sentir e a pensar; e seu corpo experimenta diariamente modificações que o apropriam às novas funções, assim como diariamente cresce em força e em tamanho. (Gazeta Médica da Bahia, 31 out. 1868, p.68).

Tendo esta separação entre criança e adulto, a medicina passaria a ter uma atenção diferenciada para com as crianças, apoiada no pressuposto da diferenciação anatômica, fisiológica e na ideia de que o organismo das crianças responde diferentemente às doenças do que do adulto. Sendo assim, a medicina direcionada para as crianças adotaria a ideia de crescimento como fundamento e a perspectiva de proteção da vida em oposição à morte. Dessa maneira, garantiria o desenvolvimento adequado, como compromisso numa área de saberes e buscaria afirmar-se perante a sociedade.

Iniciando o século XX, a atribuição de um significado especial à fortaleza infantil traria a apresentação da forma física à centralidade do conhecimento médico, um olhar e uma atenção clínica e uma serie de conselhos direcionados para as mães. Os bebês saudáveis eram apresentados, à sociedade como estandartes da dedicação rigorosa de cuidados médicos. A robustez infantil neste caso, apresentada como referência de saúde e bem-estar.

Capítulo 2: As primeiras faculdades de medicina no Brasil: Um contraponto ao saber popular.

2.1. Faculdades de medicina no Brasil colônia.

A situação pela qual passava a colônia, no que se refere, ao cuidado da população, era um tanto quanto difícil, uma vez que não existia uma preparação das pessoas para o exercício da medicina, e quem ficava doente tinha que recorrer aos medicamentos alternativos e aos curandeiros. No caso das grávidas tudo o que tinha a ver com o parto, era deixado nas mãos das parteiras.

A partir do século XVI surgem as Irmandades de Misericórdia, sustentadas por esmolas e doações particulares, que sustentavam as Santas Casas de Misericórdia, destinadas a recolher e abrigar enfermos, principalmente pobres; pois os ricos curavam-se em casa, receosos do ambiente insalubre dos hospitais. [...] No final do século XVII começaram a estabelecer-se nos quarteis pequenas enfermarias as quais foram o germe dos hospitais Reais Militares, instalados alguns nos edifícios antes ocupados pelos colégios jesuítas. Só no século XIX é que aparecem, nas principais cidades brasileiras as “casas de saúde” oficiais, alguns poucos lazaretos e os “isolamentos” para as quarentenas, juntos aos portos do Rio e da Bahia.⁵

A medicina no Brasil sofre do completamente o abandono e o descaso da metrópole durante o período colonial. Os médicos eram poucos, já que, não havia escolas e não era do interesse dos portugueses virem praticar a medicina em terras tão remotas.

É certo que Portugal chegou a emitir alguns decretos tentando regular o exercício dos diversos tipos de praticantes e a venda de remédios, bem como se preocupava com a fiscalização dos navios que atracavam nos portos. Mas não há uma preocupação sistemática com a saúde ou, melhor dizendo, com a doença. Com a doença, porque simplesmente não existia uma intenção preventiva, a ação era mais negativa do que positiva. A isso se aliava uma imagem dos poucos hospitais existentes como lugares de doença e morte. (ROHDEN. 2001. p. 76)

Esses hospitais, que pertenciam a instituições particulares, administrados por ordens religiosas, só contavam em raras ocasiões com a presença dos médicos, para tratar algumas epidemias que colocavam a população em uma situação vulnerável, entre elas a varíola, sarampo, paludismo e outras. É nesse cenário que a família real veio (1808) e se instalou no Novo Mundo fugindo do cerco Napoleônico. A transferência da Corte portuguesa trouxe vantagens para a nova Colônia do Reino.

⁵FILHO SANTOS, Lycurgo. História da medicina brasileira. Vol. I. Universidade. São Paulo, 1977.

D. João VI cria, por exemplo, a Provedoria de Saúde, a Escola de Anatomia e Cirurgia da Bahia e manda instituir no Hospital Real Militar uma Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina. As escolas foram transformadas nas Academias Médico-Cirúrgicas. No Rio de Janeiro isso ocorreu em 1813 e na Bahia, em 1815. . Progridem as ideias de uma polícia sanitária da cidade, da necessidade da urbanização, do controle da água, dos cemitérios, do porto, da alimentação. Em 1809 é criado o cargo de provedor-mor da saúde, a ser ocupado por um médico que deveria cuidar das novas medidas de higiene pública, missão que a partir de 1828 seria atribuída às câmaras municipais. (ROHDEN. 2001. p. 67).

É nesse contexto que se amadurece a ideia da necessidade do melhoramento do ensino médico, por meio da criação de instituições de medicina. Com a vinda da corte portuguesa ao Brasil, se dá o início propriamente a uma história institucional e local; “Como a Imprensa Régia, a Biblioteca, o Real Horto e o museu Real, instituições que transformavam a colônia não apenas na sede provisória da monarquia portuguesa, como em um centro produtor e reproduzidor de sua cultura e memória”. (SCWARCZ. 1993. p. 32).

Os portugueses abriram os portos brasileiros para todas as nações, reformaram e remodelou a cidade do Rio de Janeiro, D. João adotou várias medidas econômica que favoreceram o desenvolvimento brasileiro. Entre as principais, podemos citar estímulo ao estabelecimento de indústrias no Brasil, construção de estradas, cancelamento da lei que não permitia a criação de fábricas no Brasil. Em meados do século XVIII, certo número de indústrias deram início a uma expansão, como a do mármore e a têxtil. Elas já existiam em Portugal, dando espaço a uma concorrência ao comércio da corte, abrindo a possibilidade de tornar a colônia independente economicamente, ganhando a autonomia na política e se tornando independente. Assim, em 02 de março de 1785, D. Maria I assinou um alvará, extinguindo todas as manufaturas têxteis da colônia, menos a dos panos grossos, uma vez que os mesmos eram para serem utilizados para confecção de roupas para o uso dos escravos e trabalhadores em geral. Em 1808, chegando ao Brasil, D. João VI revogou o alvará, com o objetivo de abrir os portos ao comércio exterior e no mesmo alvará fixou a taxa de 24% para produtos importados, sendo: 15% para os ingleses e 16% para os produtos portugueses. Nesse período, foram estabelecidas, as reformas em portos, criação do Banco do Brasil e instalação da Junta de Comércio. (Farias, 2009).

Alvará, por que vossa Magestadebe servida prohibir no Estado do Brazil todas as Fabricas, e Manufacturas de ouro, prata, sedas, algodão, linho, e lã ou os tecidos sejam fabricados de hum só dos referidos gêneros, ou da mistura de huma os outros, exceptuando tão somente as fazenda Grossa do dito algodão para vossa Magestade. [...]. A fol. 59 do livro, em que fe lenção os alvarás nesta secretaria de Estado dos

negócios da Marinha, e Dominio ultramarinos, fica até registrado. Sitio de nossa Senhora da ajuda em 02 de março de 1785⁶.

Com a anulação de certos serviços, o rei dava início a uma mudança na província, em que os recursos eram poucos, sobretudo na área da medicina. Porém, começava a vislumbrar-se a possibilidade de investir na melhoria de vida da população que ali se encontrava.

Foi por meio da carta régia de 18 de fevereiro de 1808 que D. João VI, de passagem pela Bahia, criou a “Escola Cirúrgica”, seguindo a sugestão do cirurgião-mor do Reino, José Correia Picanço. O local escolhido foi o edifício do antigo Colégio dos Jesuítas, sede do Hospital Militar, onde duas cadeiras diferentes seriam ministradas: “cirurgia especulativa e prática” e “anatomia e operação cirúrgicas” [...] Logo nesses momentos iniciais ficavam explicitadas as utilidades práticas da nova escola, bem como as primeiras instruções para seu bom funcionamento: o curso seria realizado em quatro anos, as aulas teriam duração de uma hora e meia, as quintas-feiras seriam dias feriados, o francês era eliminatório para a entrada dos futuros candidatos. Procedente da Bahia, o regente chegou ao Rio de Janeiro a 07 de março de 1808. Já a 2 de abril inaugurava a escola cirúrgica do Rio de Janeiro. (SCHWARCZ, 1993, p.253-254).

Em 25 de janeiro de 1809, foi encarregado para lecionar Medicina Operatória e Arte Obstétrica, Joaquim da Rocha Mazarem. O currículo desta escola era mais amplo do que o da Bahia, precisando de sede maior; por isso, a escola foi mudada do Real Hospital Militar de Ultramar para a Santa Casa. (BRIQUET, 1971). Segundo (ROHDEN 2001), em 1809, é criado o cargo de provedor-mor da saúde, sendo ocupado por um médico que cuidaria das novas políticas do controle de higiene pública, encargo, que a partir de 1828, seria de responsabilidade das câmaras municipais. É nesse cenário que se amplia a ideia da necessidade do aperfeiçoamento do ensino médico por meio da criação de 68 instituições adaptadas, especialmente, das faculdades de medicina. A princípio não se exigia muito para o ingresso às escolas de medicina, bastava apenas que o aluno soubesse ler e escrever. Também se recomendava que o candidato falasse e entendesse as línguas inglesa, francesa entre outras. (Salles, 1971). A formação acadêmica dos primeiros médicos no Brasil, no começo do século XIX, era precária,

Não parece, por tanto, aleatória a ordem régia de 5 de dezembro de 1810, a partir da qual d. João dispõe que três alunos da escola seriam mandados a Edimburgo, aperfeiçoando-se posteriormente com os cirurgiões de Londres. Ao que todo indica, o próprio regente tinha pouca confiança nos professores brasileiros, que se revelavam inexperientes e poucos atualizados. (SCHWARCZ, 1993, p.254-255).

⁶ <http://www.historiacolonial.arquivonacional.gov.br>. Acesso dia, 07/04/2018

Uma medicina plural, heterogênea e muitas vezes, ineficiente para os padrões contemporâneos. É verdade, todavia procurava se firmar como um saber legítimo sobre o corpo e seus distúrbios. O aspirante a estudante de medicina deveria;

Saber a Latinidade, professar a Filosofia e estudar oito anos contínuos nas Universidades a Medicina por preceito irrefragável dos Sumos Pontífices, dos Imperadores e de todos os Reis do Mundo, e em particular da Europa, obrigando-os a fazerem antes de lhes darem o grau de médico dez ou doze exames públicos. (MORÃO. 1965. p. 6).

A Filosofia adquire uma importância e é colocada como condição para o pleno exercício da arte de curar, “que médico pode merecer este nome sem desta ciência [a Filosofia, em especial a Lógica] ter uma perfeita instrução?”⁷, já que as duas ciências se encarregam da mesma problemática: o homem como ser frágil e sua relação com o entorno. Nesse caso, a preparação para o pleno exercício das artes do saber e de cura só poderia ser traçado através de exaustivos e intensos anos de estudo: apenas aquele que se dedicasse a todas as ciências poderia conhecer o homem, “esta máquina visível que nos encanta com todas as suas leis e indivíduos” (FRANCO. 1994. p. 21), de maneira tão profunda, como esperamos que seja a própria especialidade médica.

Em um documento de 1735, de um cirurgião, Gomes Ferreira, além de evidenciar a importância do conhecimento empírico, o profissional demonstra a preocupação de defender a seriedade da experiência, desta forma, por meios de seus registros, busca mostrar e exaltar suas habilidades práticas, as quais foram realizadas dentro da comunidade, para ele, essas práticas eram tão eficientes, quanto à dos médicos:

E pelo que cada dia estamos vendo, é a experiência a base fundamental da Medicina e Cirurgia, e se houver (o que não duvido) quem contradiga ou não creia o que digo neste volume, e fizer o contrário, sucedendo-lhe mal, dará conta a Deus das vidas de que for homicida, porque o que digo que fiz é verdade e se lhe deve dar inteiro crédito, porque sou católico e cristão velho, pela graça de Deus, e não havia de enganar a alguém em matéria de tanta consequência. (apud FERREIRA. 2002. p. 325).

Parece ter formado uma consciência sobre a preparação dos candidatos a ser médicos, uma vez que, produziam série de escritos sobre as diferentes técnicas que um cirurgião deve saber, para desempenhar melhor o seu trabalho. As ordens para a escrita desses documentos sobre as enfermidades coloniais, advinda do Reino, como revela João Ferreira da Rosa: “fui eu dos primeiros Médicos a quem se intimou a ordem de Vossa Majestade, e procurei ser o

⁷COMPENDIO histórico [...]. Lisboa: Universidade de Coimbra, 1772. p. 318.

quanto pude não ser dos últimos a obedecer ao seu mandado [...] fiz este Tratado, em que relato o que minha experiência alcançou e minha limitada ciência tem obrado”⁸.

Já no início do século XIX, as intervenções sobre a reforma no ensino médico, no qual se aponta por uma unificação do conhecimento no momento de abordar um paciente, como sugerem as palavras do doutor Ribeiro Sanches:

Quantas contradições, quanta indignação, e de quanta temeridade será notado e acusado o parecer que proponho, e que insisto se execute, que todos os médicos deviam aprender a cirurgia prática na Universidade; e sabê-la tão bem que a praticassem; de tal modo, que se extinguisse esta classe de homens com nome de Cirurgiões⁹.

Essa unificação dos saberes teria como propósito, formar um profissional assegurando uma assistência apropriada ao enfermo, pois, como o mesmo Sanches expõe, pensemos o que passaria se,

[...] adocece um homem ou na cidade, ou numa aldeia; o que vem no princípio a esta doença é um Cirurgião: conheça ou não conheça a sua natureza, sangra, purga, e ordena o que lhe parece: piora o enfermo, então no quinto ou nono dia chama o Médico: chega este, e como não viu desde o princípio a doença, não pode julgar se os sintomas que vê no enfermo procedem dos remédios que ordenou o Cirurgião, ou da natureza do mal. Ordinariamente ou o enfermo ou o Cirurgião ocultam ao Médico chamado o que se fez com ele¹⁰.

Não obstante, haja dificuldade em congregar todos esses diplomados em uma escola, não seria num primeiro momento afirmar que todos eles partiam, quase que, em sua totalidade, dos mesmos princípios, ou de um mesmo ponto de partida “teórico-prático” comum para medicar: os fundamentos hipocráticos, ou melhor, hipocrático-galênicos.

2.2. As mulheres na ótica dos médicos.

Embora esse assunto nos leve a pensar as mulheres na ótica dos médicos, antes, achamos pertinente evidenciar que a visão sociocultural em relação à mulher extrapolava a questão médica, ao perceber que as leis, a partir de meados do século XIX, destinavam uma cobrança muito mais endurecida, quando uma inflação era realizada por uma mulher.

⁸ROSA, João Ferreira da. *Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco oferecido a El Rey N. S. por ser servido ordenar por seu governador aos médicos da América, que assistem onde há este contagio, que o compusessem para se conferirem pelos Coripheos da Medicina aos ditames com que se trata esta pestilencial febre*. Lisboa: Oficina de Miguel Manescal, 1694. p. 14.

⁹SANCHES, Antônio Nunes Ribeiro. *Método para aprender e estudar Medicina*[...] 1763. p. 29. Exemplar transcrito e com atualização da língua disponível em http://www.estudosjudaicos.ubi.pt/rs_obra.html, acessado em 15/05/2018.

¹⁰ IDEM. p. 19-20.

TITULO 2º

Saude

Art. 22. Aquelle, que der as agoas, que pela Cidade corre em utilidade publica direcção diversa ou nellas lavar o corpo, ou roupa, ficando designado principalmente a mulher que estiver com sangramento, será punido, sendo livre com 1 a 2 U000 réis de multa, ou hum a dous dias de prisaõ, e sendo escravo com vinte e quatro palmatoadas, salvo querendo o Sr. pagar a multa: estas penas duplicar-se-haõ nas reincidências.(Arquivo do Frei Simão Dorvi, Cidade de Goiás, Livro da Ley Goyana, 1842 a 1882).

Já no meio para o final do século XIX o tema da sexualidade era uma inquietação que deixava muitos homens da ciência preocupados, em particular os médicos. Esses profissionais tinham um interesse em apreciar e examinar os corpos, e descobrir as verdades a respeito da Natureza e a identidade dos indivíduos. “Apesar dos pudores vitorianos, os exames médicos tornaram-se, ao longo do século, muito detalhados, seguindo o modelo das autópsias, descendo aos detalhes mais íntimos e internos dos corpos examinados” (MARTINS, 2004. p. 24). Essa intervenção trouxe consigo uma consequência um tanto, quanto preocupante “a situação das mulheres na sociedade só tendeu a se agravar, na medida em que a ciência começou a tratá-las como um objeto preferencial de seus estudos” (SOUSA, 2007, p. 44). O fato de transformar o corpo feminino em objeto de pesquisa foi uma das estratégias as quais os médicos se valeram para suavizar as polêmicas em torno da participação deles na hora do parto. Uma vez que, considerava-se imoral que os médicos, homens desconhecidos, tivessem acesso às intimidades do corpo das mulheres, conforme o documento.

Ante as diferenças, como a inferioridade e fragilidade feminina, eram vistas e argumentadas dentro da ótica do pecado original e o desprezo pelo corpo, isto é na época medieval e moderna. Segundo Mary Del Priore, (1997) a falta de um conhecimento médico, limitado, criou-se um imaginário nas pessoas, as quais acreditavam que o sangue menstrual era responsável por alucinações, visto que, possuía uma conexão com a presença do diabo e que, quando este sentia a falta, provocava uma série de doenças femininas. A historiadora ainda afirma que, durante todo o período colonial e a primeira metade do Império, o sangue menstrual foi considerado ainda mais perigoso por estar associado a todo tipo de feitiço. Já no século XIX, os problemas relacionados às mulheres eram explicados e justificados com uma conotação científica. Começaram a publicar os primeiros manuais sobre sexo, amor e matrimônio.

Durante os séculos XVIII e XIX houve uma grande produção científica a respeito do sexo. Percorreu-se cada detalhe com a finalidade de encontrar as evidências da diferença sexual, demonstrando a especificidade do corpo feminino, tido então como o corpo diferente. O método era comparativo. Para cada órgão, os anatomistas estabeleciam comparações de tamanho, forma, volume e peso, entre homens e mulheres, porque o sexo não estava restrito aos órgãos sexuais, mas penetrava cada osso, nervo, músculo, veias e órgão dos corpos. (MARTINS, 2004. p. 31).

Os estudos da anatomia foram responsáveis, pela estrutura que logo levou a uma investigação para a ciência sexual. Essas pesquisas deram início aos primeiros esboços, desenhos anatômicos do esqueleto feminino, 1730. No entanto, os anatomistas priorizavam a exatidão nas medidas, nos esqueletos femininos, eram elaborados levando em conta uma série de ajustes, a partir de conceitos da própria feminilidade que o cientista repassava. A produção feita pelos anatomistas, no início do século XIX, eram concretas, isto é materializadas no conceito do feminino, como sendo frágeis fisicamente, os traços delicados refletiam a beleza na figura de esqueletos com crânios pequenos, ossos mais finos e pélvis bastante largas, para deixar em evidência a função natural da mulher: a de gestar uma criança. Todos estes estudos ajudaram a criar um discurso científico que tiveram papel importante ao apresentar teorias, sobre as diferenças entre o corpo masculino e o corpo feminino. Essa preocupação leva a entender a especificidade feminina, a natureza da mulher e dessa forma pode chegar a resultados preliminares sobre o universo feminino.

[...] multiplicam-se os tratados consagrados às doenças femininas, do corpo e da alma a uma só vez, como os vapores, as paixões e a histeria, sempre associados ao útero. Daí derivaria a ideia de que as doenças das mulheres nada mais seriam do que a expressão mesma de sua natureza. Na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres. Esse discurso que se fecha em círculos aparece unanimemente nos tratados médicos a partir do século XVIII e especialmente no XIX. Assim como também aparece a surpresa diante das diversas manifestações de que o corpo da mulher é capaz. Nada mais misterioso do que a histeria. Nada mais surpreendente do que toda a sorte de coisas estranhas e monstruosas nascidas do ventre das mulheres. Além disso, a sua existência normal se apresenta mesmo como uma patologia estabelecida, manifestada nas gravidezes e ‘hemorragias periódicas’. Trata-se de um corpo instável, que deveria ser regulado pelas regras, mas que está sujeito à mobilidade e à hipersensibilidade, capaz até mesmo de reter impressões que serão transmitidas ao feto. (ROHDEN, 2006. p. 30).

A concepção médica da beleza feminina se misturava com a representação de uma boa esposa e mãe de muitas crianças. Sua feminilidade seria apreciada em um corpo arredondado, voluminoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, próprios da maternidade. É em base nos princípios obtidos pela natureza que a medicina deveria nortear-se. “O modelo da mãe deveria ser usado para pensar o equilíbrio físico, mental e moral da mulher” (ROHDEN, 2006. p. 30). A situação real é que esses médicos não lembravam que a definição que preconizavam sobre a beleza incidia verdadeiramente em uma reafirmação das suas próprias convicções.

Podemos dizer então, que nos séculos XVIII e XIX, a ciência constataria cada vez mais que a estrutura das pessoas não é igual, ela é diferente de acordo com a idade e sexo. Por

outro lado, a anatomia, por exemplo, já dissecava os corpos de homens e mulheres, e mesmo assim, não se encontravam muitas diferenças.

Embora o interesse pela mulher e sua diferença sexual crescesse e chamasse a atenção de um público letrado diversificado, os médicos desempenharam um papel de destaque nessa reflexão. Especialmente no século XIX, foram inúmeras as publicações médicas sobre o corpo feminino que procuravam explicar a singularidade de sua anatomia e fisiologia, prescrever condutas por meio da higiene e classificar as doenças que lhe eram específicas, indicando as respectivas terapias. Multiplicaram-se os tratados e manuais médicos sobre a natureza feminina, alguns alcançando mais de 30 edições, demonstrando uma incrível continuidade de ideias e práticas médicas. Ao longo do século XIX este interesse se intensificou até constituir-se um campo específico da medicina especializado na mulher. (MARTINS. 2004. p. 56).

A área médica organizou toda uma série de conhecimento relacionado às questões femininas, onde apontou várias diferenças. Anatomia, fisiologia, biologia evolucionária, antropologia física, psicologia e sociologia chegaram a formular teorias da diferença sexual. Embora existam pontos diferentes entre as várias disciplinas, havia um denominador comum de que as mulheres eram intrinsecamente diferentes dos homens no que concerne a sua anatomia, fisiologia, constituição e entendimento. Estes avanços motivaram os cientistas a intensificarem as pesquisas para compreenderem as alterações a respeito das diferenças entre homens e mulheres, isto é, através dos exames detalhados, justificando, assim, os distintos papéis dentro da sociedade.

Na verdade, não se pode dizer que os homens que elaboraram a chamada ciência da mulher ou da diferença sexual estavam simplesmente reagindo às manifestações feministas. É preciso, ao contrário, articular com cuidado a produção científica e as ideologias em curso na época. É possível falar de uma reação às novas posições e reivindicações encampadas pelas mulheres. Mas essa reação seria parte de um conjunto maior e muito mais complexo de tentativas de entendimento e ordenação do mundo que balizava a produção de conhecimento na época. [...] (ROHDEN, 2004. p. 39).

A ciência é fruto da reflexão das pessoas, que inquietas com seu entorno iniciaram todo um estudo a respeito das questões que se referem ao conjunto de teorias, que inauguraram a ciência da mulher. As condições de vida das mulheres estavam melhores, “as mulheres começavam a demandar acesso à educação, a se engajar nos debates públicos sobre prostituição e direitos, a se juntar à força de trabalho, a se casar mais tarde e a reduzir o número de filhos. Enquanto os médicos esperavam definir a feminilidade como fixa e estática, ela se apresentava instável e fluida”. (ROHDEN, 2004. p. 42).

O problema é que a condição de vida das mulheres estava mudando a partir da segunda metade do século XIX, o que contradizia a prescrição dos papéis exclusivos de mãe e esposa. Os temas e a questão da mulher adquiriram, entre os médicos, uma importância, bem como as propostas dos envolvidos no debate a respeito da melhor forma de amenizar os problemas sociais decorrentes das assimetrias entre os sexos.

Nesse sentido, discursos produzidos por médicos e intelectuais brasileiros tinham como objetivo, em primeiro lugar, situar-se no debate mais amplo sobre a questão da mulher em curso nos centros europeus e norte-americanos e, em segundo lugar, formular uma síntese sobre o tema, procurando adequar às duas principais correntes sobre a questão: aquela que mesmo reconhecendo a inferioridade física e mental das mulheres acreditava no poder transformador da evolução, defendendo a educação para elas como uma força evolutiva. (MARTINS. 2004. p. 222).

Percebe-se uma completa mudança. Os médicos, nos meados do século XIX, destacaram e aprofundaram-se na elaboração de projetos com o objetivo de reformular e criar uma nova organização social, porque para eles, da forma que estava, não condizia com os padrões. Detentores do conhecimento científico estavam convencidos de suas opiniões junto às autoridades imperiais, visando à transformação das principais instituições e os indivíduos em pessoas de uma nova ordem social, onde prevalecesse a higiene e os interesses econômicos e políticos do recém-formado Estado brasileiro. Entre os séculos XVIII e XIX, a mulher teve um protagonismo formulado e investigado capaz de incitar um amplo debate, que até então, a mulher não havia conseguido despertar maiores atenções, não era entendida como objeto que merecesse um estudo amplo e consistente,

Porque a tradição ocidental filosófica e religiosa havia estabelecido que se tratava de um ser imperfeito, tanto na sua natureza quanto [...] na sua constituição moral, afinal fora a primeira mulher a responsável pela perda do Jardim das Delícias, sentenciada por Deus a parir em dores e a ser dominada pelo homem. (MARTINS. 2004. p. 266).

Os filósofos, os naturalistas e os médicos, todos cheios de otimismo em relação à capacidade humana de transcender e de superar sua condição de menoridade em direção à liberdade e à felicidade, deram um salto há novos pensamentos, em que descobriram no sexo oposto particularidade e diferenças que precisavam ser estudadas a fundo para logo serem explicadas e organizadas para ser mostrada à sociedade. Contudo, a mulher continuava a ser vista como inferior ao homem, apesar disso, foi sendo resgatada a partir de sua condição de mãe, como parte essencial e complemento do homem, nas transformações que não podem ser inevitáveis e que mexeriam na sociedade inteira. A partir disso, buscava encontrar uma

finalidade do corpo feminino, chegando assim a uma compreensão não menos importante que a de gerar e criar os filhos. Portanto, é uma potência natural do corpo feminino numa força emocional e moral que agrega a família.

Os cientistas do século XIX, com todo este despertar de novos conhecimentos, não tiveram alternativa a não ser a de dar continuidade e ampliar as pesquisas sobre o universo da mulher.

2.3. Hospitais em Goiás: A medicina possível.

Antes de apontar a origem dos primeiros hospitais na colônia, temos que trazer a memória as Irmandades de Misericórdia. Elas foram fundadas em diferentes tempos e lugares, e, apesar das diferenças entre as instituições fundadas com esse nome, quase sempre há uma tentativa de identificação com a “matriz” localizada na cidade de Lisboa¹¹. Parece haver a tentativa, por parte da historiografia, de estabelecer uma continuidade entre a irmandade fundada em Lisboa no século XV, até mesmo com aquelas fundadas no Império do Brasil no século XIX.

Segundo Laurinda Abreu, (2002), o modelo de assistência organizado a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia é *sui generis*. Embora tenha sido idealizada em outras Irmandades e organizada para a prática da caridade na região da atual Itália no século XIII, a forma como as misericórdias foram disseminadas pelo Império Português na Europa, Ilhas Atlânticas, América, África e Ásia fez delas um modo singular de organização da assistência¹².

Ao falar sobre os hospitais na colônia, em especial do Rio de Janeiro, no século XIX, o norte-americano Daniel P. Kidder fez a seguinte afirmação: “Diversos deles pertencem às irmandades, associações que pouco diferem das sociedades inglesas e norte-americanas de beneficência, conquanto seja mais vasto o seu campo de ação” (KIDDER, 2001, p. 73). O autor se refere às irmandades em geral, mas por certo, a que tinha o maior “campo de ação” naquele momento era a Misericórdia do Rio de Janeiro. De uma forma geral, as irmandades da Misericórdia eram as mais importantes em nível local, e tinham proeminência em relação a

¹¹Veja-se por exemplo: KHOURY, Yara Aun. Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004. A autora afirma que as misericórdias do Brasil tem em Lisboa a “casa mater”, com exceção da província de Santa Catarina colonizada por açorianos e que teria a tradição das irmandades do Senhor dos Passos.

¹²ABREU, Laurinda. A especificidade do sistema de assistência pública português – linhas estruturantes. Arquipélago-História, 2ª. Série, VI (2002), p. 417-434.

outras irmandades nos cortejos fúnebres¹³. A cidade de Goiás, que num primeiro momento era apenas Arraial de Sant'Anna e depois Vila Boa, vai se fazendo à medida que a mineração era explorada às margens do Rio Vermelho¹⁴. Tomando como referência as antigas construções urbanísticas portuguesas, em alguns momentos apareciam os traços da região, as ruas de aspecto padronizado apresentavam residências construídas sobre o alinhamento das vias públicas e paredes laterais sobre os limites dos terrenos. A arquitetura do reino foi transplantada, adaptada o quanto possível ao novo mundo¹⁵.

No caso da saúde, os hospitais nas Províncias eram poucos, concentrados nos centros mais populosos e, preferencialmente, próximos dos portos, como é o caso de Rio de Janeiro e Bahia. Ficando as demais províncias à mercê de atendimento médico, com desconhecimento que poderia ter um hospital. Na segunda década, devido à necessidade das Províncias, começam a surgir à ideia de fundação de hospitais. Goiás foi uma dessas províncias que foram beneficiadas com essa ideia, sendo pensado e construído na cidade, o primeiro hospital da Província, o hospital de Caridade São Pedro de Alcântara.

No dia 25 de janeiro de 1825, por carta do próprio imperador foi criado o hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, desde o início funcionava às margens do Rio Vermelho. “Foi o governador Raimundo José da Cunha Mattos quem pediu ao imperador pelo hospital, em carta da véspera do natal de 1824” (GODINHO. 2005. p. 35). Foi instalado com muito esforço pela falta de recurso; “O primeiro hospital nasceu da esmola do povo e não teve pudor em instalar na porta de entrada uma caixinha para receber mais donativos” (IDEM. p. 35). O hospital cumpriu esse papel, como nos primeiros anos de sua criação, graças às doações e às esmolas oferecidas pelas pessoas mais abastadas da província. Pelo decreto de 10 de julho de 1832, o governo imperial dotou-o com a quantia de um conto e 200 mil-réis anuais, único rendimento para custear seus dispêndios, pois o diminuto lucro da botica cobria apenas as despesas dos remédios que se aplicavam aos pobres (*Memórias Goianas*, nº 3, 1986, p. 26). A venda de medicamentos a prazo, que tanto onerava o cofre da instituição, foi proibida em 1848 (AHEG, livro 202, p. 11). “No decorrer de 1828, os serviços prestados pelos hospitais passaram a ser de responsabilidade das Câmaras, embora, estas se mostrassem incapazes para

¹³A hierarquia entre as irmandades no tocante aos sepultamentos pode ser observada nas constituições primeiras do Arcebispado da Bahia: “Indo a irmandade da misericórdia, sempre precederá a todas as mais confrarias e irmandades...”. Constituições primeiras do arcebispado da Bahia, título XLVI, artigo 822, p. 290. Apud. ROCHA (2005, p. 56).

¹⁴A arquitetura e a urbanização eram padronizadas nas Cartas Régias ou nas Posturas Municipais para garantir cidades com aparência portuguesa (N.A.)

¹⁵Reis Filho, Nestor Goulart. Contribuição ao estudo da evolução no Brasil do século XIX. São Paulo: Pioneira, Edusp, 1968. p. 14-16.

o exercício de tal atividade” (LEAL, 1975, p. 75), sobretudo pela escassez econômica. No Brasil, as irmandades abarcaram essas funções. A Irmandade da Misericórdia, por exemplo, realizava um trabalho na manutenção e atendimento de hospitais públicos nas cidades e vilas.

Como sugestão o presidente da província Luiz de Camargo Fleury¹⁶, recomendou que a receita do hospital melhorasse visivelmente, se fosse concedido ao mesmo, o privilégio exclusivo no comércio de drogas medicinais (*Memórias Goianas*, nº 3, op. cit., p. 73). Dessa maneira, a verba imperial, e o possível lucro da botica, correspondiam à sua receita ordinária. O ganho extraordinário seria obtido do atendimento prestado aos militares, dos serviços àqueles que podiam custear a terapêutica, a exemplo dos donos dos escravos, e de algumas módicas esmoladas.

“Mesmo sendo uma contribuição esporádica, os donativos e as módicas esmoladas tinham importância, a exemplo das quantias de 20 mil-réis doadas pelo coronel Luiz Pinheiro Pinto Guimarães e a de 65 mil e 800 réis para auxílio da construção do novo prédio do hospital” (AHEG, livro 202, p. 19 e 20). A extinta Companhia Comercial Mercantil do Araguaia também cedeu a benefício do São Pedro de Alcântara o direito que tinha em um dos seus barcos e a maior parte do carregamento que ficou na paragem de Juquira pro ar, na província do Pará (idem, ibidem, pp. 27-28v).

No ano de 1835, a Câmara Municipal comprou pela módica quantia de quatrocentos mil-réis um sítio para recolhimento dos infestados de morfeia, lepra e chagas cancerosas, propriedade que foi integrada à administração do hospital. Porém, a Câmara não fez a divisão das enfermarias masculina e feminina para iniciar o atendimento aos enfermos. Pouco tempo depois, há notícias de que o imóvel encontrava-se em ruínas e completamente abandonado. Mesmo nessas condições, alguns enfermos foram acolhidos (*Memórias Goianas*, nº 3, op. cit. p. 26). A maioria deles, contudo, continuava vagando pelas ruas, esmolando pelos alimentos e esperando pela morte.

O hospital recebeu ainda subsídio do governo provincial durante o Império: cem mil-réis para o atendimento dos lázaros e 14 mil e 620 réis para os presos da cadeia ser atendidos com alimentos e remédios (Moraes, op. cit., p. 140). Obteve autorização do governo para organizar planos e extrair loterias a fim de arrecadar verbas para organizar reformas ou novas construções. Pela lei provincial de 27 de julho de 1837, criou-se uma loteria com a dotação de quatrocentos mil-réis a seu proveito (*Memórias Goianas*, nº 3, op. cit., p. 109-10). Outra foi

¹⁶Luiz Gonzaga de Camargo Fleury (1793 a 1846) foi o quinto presidente da província de Goiás (20.3.1837 a 4.9.1839).

concedida em 1850, extraída na Corte, para adquirir bens de raiz até o valor de vinte mil-réis (Coleção das Leis do Império, 1850, p. 257).

A situação financeira do hospital, ao longo do Oitocentos está de acordo com o quadro abaixo:

Quadro I
Orçamento financeiro do Hospital de Caridade
São Pedro de Alcântara, 1835-1880 (valores em réis)

Ano	Receita	Despesa	Saldo/Déficit	Fundo de Reserva
1829	3:549\$562	3:549\$562	0,000	0,000
1835	1:505\$260	935\$237	570\$023	0,000
1836	2:710\$324	2:711\$351	-1\$027	?
1846	1:229\$815	1:140\$240	89\$575	?
1847	4:380\$830	4:318\$114	32\$716	14:015\$289
1848	3:230\$000	3:484\$000	-254\$000	15:471\$585
1849	5:787\$904	5:581\$853 1/2	206\$051	18:564\$860
1850	4:970\$598	4:267\$360	703\$238	20:001\$727
1851	4:151\$781	4:080\$116	74\$665	30:589\$916
1852	4:729\$640	4:517\$665	181\$974	33:160\$761
1853	5:615\$424	5:719\$193	-730\$861	33:348\$933
1854	5:565\$120	4:895\$120	669\$430	28:217\$407
1855	7:042\$027	6:634\$657	407\$370	30:512\$381
1856	10:582\$097	10:441\$731	140\$360	?
1857	6:551\$160	5:708\$990	842\$170	?
1858	11:069\$563	11:069\$563	941\$602	?
1859	?	?	déficit	24:318\$406
1860	9:342\$861	7:920\$668	1:422\$193	?
1867	?	10:158\$468	4\$823	?
1868	10:331\$520	10:458\$158	?	?
1869	18:119\$798	14:076\$924	4:042\$874	?
1870	23:376\$448	18:642\$227	4:734\$221	?
1871	25:368\$809	18:140\$403	7:228\$406	?
1872	34:608\$670	23:252\$359	11:356\$311	?
1873	29:638\$190	21:159\$750	8:478\$440	?
1874	31:583\$744	15:854\$733	15:729\$011	38:089\$873
1875	29:110\$009	19:137\$700	11:282\$723	?
1876	35:567\$652	17:297\$087	16.270\$565	?
1877	?	?	575\$088	?
1878	14:593\$058	14:069\$996	523\$062	?
1879	20:175\$284	19:969\$994	1:205\$290	?
1880	20:387\$103	11:088\$960	9:298\$143	?

Fontes: *Memórias Goianas* n° 3; *Jornal Matutina Meiapontense* (CD-ROM), 7.8.1830, pp. 234-5; AHEG, Documentos avulsos, 1836, caixa 0021; Relatórios políticos, administrativos, econômicos, sociais etc. dos governos da província de Goiás (1835-1843), Goiânia, UCG, 1986; *Memórias Goianas*, n° 4 (1845-1849), 1996; n° 5 (1850-1852), 1996; n° 7 (1856-1859), 1997; n° 8 (1859-1863), 1997; n° 9 (1862-1863) 1998; n° 10 (1864-1869), 1998; n° 11 (1870-1874) 1999; n° 12 (1875-1879), 1999; n° 13 (1880-1881), 2001; n° 14 (1882-1889), 2001.

Apesar do documento não nos mostra com clareza, em alguns pontos, os dados do movimento financeiro decorrente da falta de informação financeira desde sua fundação, se pode ter uma noção sobre o andamento econômico pelo qual o hospital passava. No ano de 1843, a administração provincial mandou organizar um balanço da receita e despesa desde a sua concepção, visando à implantação de um novo regulamento compatível com suas novas exigências (*Memórias Goianas*, nº 3, op. cit.). No decorrer de cinco anos, a diretoria conseguiu aumentar os lucros, como o de elevar o patrimônio de 14 mil a mais de 33 mil réis, como nos mostra o quadro acima. Diante de tão florescente situação, a Assembleia Provincial resolveu cercar um terço da dotação que concedia ao hospital. Ainda foi proposto, que apesar de sua escassez de recursos financeiros, que os membros da junta deixassem de lado momentaneamente o projeto de fundação de um novo dispensário, presente no novo regulamento, e direcionassem seus esforços, primeiramente, para a construção de um cemitério na capital (*Memórias Goianas*, nº 6, 1997, p. 44-5).

Embora o hospital tenha surgido a partir das esmolas arrecadadas entre a população, assim mesmo começou a prestar o serviço aos doentes. “É comum encontrar nos relatórios dos presidentes da província de Goiás referências aos serviços humanitários prestados pelo hospital, como asilo e abrigo de infelizes, indicando-se uma relação mais precisa com a caridade do que com a medicina” (MAGALHAES. 2004. p. 671). Os hospitais serviram de asilos para os enfermos, estropiados e miseráveis e de albergue para os peregrinos. Acolhiam, em primeiro lugar as pessoas materialmente degradadas. Desse jeito, se um abastado recorresse a essa instituição, com conhecimento prévio, encontraria, nela, a grande multidão dos miseráveis, dependentes da caridade (Geremek, 1986, p. 36-7). As organizações atentas às doenças continuavam preferencialmente devotadas aos desprovidos e atendiam, não apenas aos enfermos, mas também às vítimas de toda sorte de infortúnios, que dependiam não só de serviços médicos, mas de cuidados gerais e assistência social (Antunes, 1991, pp. 129-30).

Apesar da ausência de informações concernentes há alguns anos, o quadro abaixo expõe os aspectos do movimento das enfermarias e do atendimento hospitalar no período de 1829 a 1880.

Quadro 2
Movimento das enfermarias do
Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, 1829-1880

Ano	Entraram	Curados ou em tratamento	Faleceram	Taxa de mortalidade (%)
1829	84	12	14	16,6
1836	95	81	14	14,7
1837	121	110	11	9,0
1846	40	31	9	22,5
1847	51	37	14	27,4
1848	66	44	22	33,3
1849	49	43	6	12,2
1850	86	65	21	24,4
1851	76	68	8	10,5
1852	91	78	13	14,2
1853	47	38	9	19,1
1854	125	109	16	12,8
1855	130	112	18	13,8
1856	115	?	?	?
1857	114	107	7	6,1
1858	124	108	16	12,9
1859	109	97	12	11,0
1860	67	57	10	14,9
1868	129	92	37	29
1869	111	87	24	22,0
1870	106	82	24	22,6
1871	121	88	33	27,2
1872	145	116	29	20,0
1873	171	141	30	17,5
1874	135	99	36	26,6
1875	117	87	30	25,6
1876	118	96	22	18,6
1878	103	88	15	14,5
1879	104	78	26	25,0
1880	95	60	35	36,8

Fontes: *Jornal Matutina Meiapontense* (CD-ROM), 7.8.1830, pp. 234-5; *Memórias Goianas* nº 3; nº 4 (1845-1849), 1996; nº 5 (1850-1852), 1996; nº 7 (1856-1859), 1997; nº 8 (1859-1863), 1997; nº 9 (1862-1863), 1998; nº 10 (1864-1869), 1998; nº 11 (1870-1874), 1999; nº 12 (1875-1879), 1999; nº 13 (1880-1881), 2001; nº 14 (1882-1889), 2001.

Mesmo existindo algumas incompatibilidades na documentação examinada, mas permite ter uma noção sobre os aspectos do atendimento prestado pelo dispensário aos goianos. Por volta de 1819, Goiás abrigava 68.489 habitantes, e a capital, centro administrativo regional, resguardava o maior contingente populacional, estimado em 14.251 habitantes, sendo 11.178 livres e 3.073 escravos (Funes, 1986). A falta de leitos consistiu, ao longo dos anos, em um grande problema do hospital. O edifício possuía capacidade para tratar 34 enfermos, sendo trinta do sexo masculino e quatro do feminino (*Memórias Goianas*, nº 9, op. cit., p. 41). Como a demanda era maior que a oferta, socorria-se a maioria dos mazeados com víveres e medicamentos em domicílio, a exemplo de Felisberta Roiz da Silva, que recebeu remédios e alimentos necessários para ser tratada em casa (AHEG, livro 202, p. 24-26).

O atendimento nas casas facilitava o serviço, e ao mesmo tempo diminuía o acúmulo de doentes no hospital liberando leitos para aqueles que tinham condições de pagar pelo tratamento. Desta maneira, o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara contribuiu, na medida do possível, para o bem-estar social da Cidade de Goiás durante o século XIX. Num momento da história, em que as condições sanitárias eram deficientes e as doenças eram comuns, somente essa instituição oferecia à população alguma forma de assistência. Porém, por falta de recursos econômicos, estava sempre operando no limite, o que reduzia as condições para ampliar seu atendimento. Nessa época, a ideia de atendimento hospitalar estava vinculada à caridade, uma vez que os órgãos públicos não se sentiam na obrigação de prestarem esse serviço à população.

2.4. Ser médico em Goiás no final do século XIX.

Podemos dizer que ser médico deve ser compreendido como um ato de responsabilidade em que o médico se compromete perante sua profissão, em benefício do ser humano individualmente ou da sociedade como um todo, sempre em prol da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento e à reabilitação do enfermo. A função do médico, em toda a história da humanidade, se concretiza quando cuida e trata dos enfermos mostrando-lhes o tratamento mais indicado.

Pelas observações hipocráticas, aquelas mesmas que deram início às práticas dos médicos, as quais trataremos neste tópico; em especial, deve se considerar, no diagnóstico do corpo doente, “[...] primeiro, o efeito das estações do ano, e as diferenças entre elas. Segundo,

os ventos, quentes ou frios, característicos do país ou lugar em particular. O efeito da água sobre a saúde não deve ser esquecido.” Por outro lado, definitivamente necessário deter-se no “modo de vida das pessoas: são glutões e beberrões, e conseqüentemente incapazes de suportar a fadiga, ou, apreciando o trabalho e o exercício, comem e bebem moderadamente”.¹⁷ Para tratá-lo, era necessário, além de ter em conta todo esse universo de observação, lançar mão de ingredientes, receitas e estratégias adequadas. Se as estratégias apreciadas no Reino e nos centros europeus de formação médica não eram suficientes, deve-se adaptar o trabalho conhecido aos novos territórios e a sua população, bem como explorar outros meios de curar – na fauna, na flora, nos métodos locais – para, ao fim, delinear formas particulares de extirpar os males locais, fez-se imprescindível ter um pré-conhecimento do entorno de cada localidade. O contexto da medicina, ou melhor, do cuidado com os enfermos por um médico no Brasil colônia, era algo excepcional, pela ausência e/ou inexistência desses profissionais na Colônia. A Província de Goiás não foge à regra, até início do século XIX, os problemas de saúde eram de responsabilidade principalmente dos curandeiros locais e das parteiras. Já existiam nesse período os charlatões, que se aproveitavam da ausência do médico e se passava por um, usando seus meios para convencer o doente e sua família de que era capaz de curar a enfermidade.

O século XIX é marcado na história do Brasil como uma época de inúmeras visitas que ao país fizeram eminentes personalidades, entre elas, notáveis viajantes naturalistas. Auguste François César Provençal de Saint-Hilaire, Pohl, George Gardner e Francis Castelnau foram alguns deles que, no curso de suas expedições, visitaram a Província de Goiás.

O discurso dos viajantes estrangeiros na descrição do Brasil, particularmente, da Província de Goiás, foi influenciado por doutrinas científicas e filosóficas em voga na passagem do século XIX para o século XX. Para eles, o determinismo, o evolucionismo e o positivismo servem como fundamento para explicar a realidade social do país em razão de sua constituição étnica. Essas teorias foram importadas, traduzidas, incorporadas e adaptadas pela elite intelectual brasileira da época, que delas, igualmente se utilizava como respaldo para explicar a questão da mestiçagem, uma vez que, buscavam construir uma identidade nacional, preocupando-se com os problemas e as condições reais do país.

Para dar conta de todos os problemas de saúde, o povo da capitania de Goiás tinha pouco médico treinado na medicina europeia a sua disposição, neste caso, os cirurgiões.

¹⁷CAIRUS, Henrique F. Ares, águas e lugares. In:& RIBEIRO JR., Wilson A. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 91-129.

“Nenhum médico atuou em Goiás naquela época. Até a fundação do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, em 1825, não havia nenhum hospital civil. O Hospital Militar, no século XVIII, tratava apenas os soldados”. (KARASCH, 1999. p.42). A cura estava mais intimamente ligada a crenças religiosas, do que à medicina científica ocidental importada da Europa. Desta maneira a população recorria às alternativas para se livrar das doenças que assolavam a comunidade,

Apareceram alguns remédios que realmente curavam. Folha e frutos do limoeiro como anti-febril, chá das folhas ou sementes de fedegoso para problemas do fígado, chá de raiz de maracujá contra vermes, chá de agrião para dor de dente, óleo de pequi nas queimaduras. Para os leprosos, as camas eram cobertas com fina camada de polvilho e cânfora em pô, o que trazia certo alívio. No século XIX já dava para tratar, mas não para curar.

Os banhos nas águas quentes de Caldas Novas pareciam ter um efeito milagroso e devem ter feito brilhar os olhos de muitos doentes. (GODINHO, 2005, p. 31).

A falta de médicos na cidade de Goiás fez aflorarem, na população uma procura por uma “medicina” alternativa uma vez que,

a identificação dos especialistas médicos europeus, isto é, dos cirurgiões, [...] Em geral, tem-se a impressão de que havia mais cirurgiões em Goiás, no século XVIII, do que no início do século XIX. Saint-Hilaire, por exemplo, não encontrou um só médico em Vila Boa e o único cirurgião disponível pertencia à Companhia de Dragões e era, segundo diziam, de uma displicência total, aliado a uma absoluta ignorância. (KARASCH, 1999. p. 42).

Os cirurgiões tinham como missão principal a de velar pela saúde dos militares, a população indefesa era relegada a um segundo plano, a isso se somava a falta de higiene, já que o povo não tinha as noções básicas, o que comprometia a qualidade de vida. Ambiente propício para que aqueles que se faziam passar por curandeiros,

No final do século XIX começaram as primeiras punições contra os charlatões que infestavam Goiás posando de homens da ciência. A inspetora de Higiene pública aplicou multa a um curandeiro de Morrinhos, conhecido como Doutorzinho, por exercer ilegalmente a profissão. Em 19 de maio de 1889, quando o Império dava os últimos suspiros, a mesma inspetoria aplicava outra multa ao prático licenciado em farmácia Antônio Martins Mundim, uma espécie de médico extraoficial de Santa Cruz (GODINHO, 2005. p. 32).

Na pesquisa feita podemos identificar os seguintes cirurgiões que prestavam o seu serviço em Goiás.

Tabela 1 – Cirurgiões na Capitania de Goiás, 1774 – 1831¹⁸.

Ano	Nome	Título
1774	Antônio da Mata Carrão [sp?]	Cirurgião [?]
1774	Jose Antônio Mendes	Cirurgião
1782	Licenciado João Rodrigues da Costa	Cirurgião Mór
1782	Licenciado Roberto Manuel de Oliveira	Cirurgião
1782	Vicente José Ferreira	Cirurgião
1787	Licenciado João Rodrigues da Costa	Cirurgião Mór
1787	Lourenço Antônio da Neiva	Cirurgião Mór da Tropa
1798	Alexandre Pereira São Payo	Cirurgião
1804	Joaquim da Sylva Freytas	Cirurgião aprovado
1804	Bartholomeu Lourenço da Sylva	Cirurgião Mór
1804	Lourenço Antônio da Neiva	Cirurgião Mór de Partido Militar
1805	Bartolomeu Lourenço da Silva	Cirurgião Mor
1805	Lorenço Antônio Neiva	Cirurgião Mór
1811	Antônio José Vieira de Menezes	Cirurgião Mór
1811	Jozé Gabriel de Carvalho	Cirurgião Mór
1824	Gabriel Andre Maria de Ploesquellec	Físico das Tropas
1825	Bartolomeu Lourenço da Silva	Cirurgião Mór da Tropa
1826	Germano de Carvalho Pinto	Cirurgião
1831	Henry Yates	Cirurgião Boticário

Aqui só podemos indicar os nomes daqueles que trabalharam como cirurgiões, pois não sabemos nada a respeito de suas práticas médicas. Por outro lado temos os empíricos. Esses empíricos eram homens ou mulheres que praticavam curas baseados em suas experiências com plantas, no conhecimento hereditário de mezinhas, na imitação de procedimentos médicos correntes, e até mesmo com alguma leitura de obras de cirurgia – porém, essencialmente, sem uma formação direcionada para o exercício da medicina. A ação desses empíricos é tão notória que a primeira obra escrita em vernáculo sobre a matéria médica no Brasil tem por norte denunciar os erros por eles cometidos. O título da obra é quase

¹⁸KARASCH, Mary. *História das doenças e dos cuidados médicos na capitania de Goiás*. In: CASTELLO, Lena (Org). *Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível*. Goiânia: Editora da UFG, 1999, p. 43.

que um clamor contra sua atuação: Queixas repetidas em ecos dos Arrecifes de Pernambuco contra os abusos médicos, que nas suas capitânias observam tanto dano das vidas de seus habitantes, e o conteúdo traz, além das presumidas críticas, sugestões para a correção de tão danosos procedimentos, pois havia “tantos abusos e tantos erros para a emenda” (MORÃO, 1965. p. 19).

Existia por tanto uma difusão da crença nos tratamentos apresentados pelos não diplomados: por um lado, os próprios empíricos, que, prometiam o que não podiam fazer, todavia, não se cansavam de medicar, aplicando tratamentos inadequados para as doenças apresentadas, porém, sem tirar as esperanças do enfermo; e os próprios pacientes, entregues “[...] de todo coração mais aos experimentados empíricos do que aos cientes experimentados, entendendo falsamente consistir a experiência para curar só no conhecimento de algumas ervas, ou nos sucessos de algumas curas”. (MORÃO, 1965. p.7).

Os questionamentos a que os curandeiros submetiam os doentes seriam, também, uma das causas que levavam a população a recorrerem às suas práticas terapêuticas. Enquanto os médicos se preocupavam em identificar a origem das doenças, tais curandeiros, atendendo diretamente à tentativa de construir um sentido para a condição dos homens, buscariam compreender “o porquê” das enfermidades¹⁹. Faz-se aqui uma ligação com os ensinamentos apontados por Hipócrates, que nossa pesquisa apontou.

Outra categoria de especialista na área da saúde no século XIX era a parteira. Em uma petição para a secretaria de Estado dos negócios do Império, o Dr. Gabriel André Maria de *Ploesquellec* salientou sobre os efeitos que resultam da ignorância das parteiras do interior desse Império, no qual um número incalculável de parturientes morre diariamente na ocasião de seus partos, levando ao tumulo seus filhos, vítimas inocentes da mais crassa ignorância. Também, reclamou que existiam algumas desconhecidas no interior da arte de partejar e ainda mais, pela relutância, que as mulheres de chamar parteiros, preferiam por tanto, se sujeitarem a qualquer mulher seja ou não parteira²⁰.

A ausência de profissionais da saúde e a constante necessidade de combater os males justificavam tanto o recurso da população aos práticos, quanto à difusão de terapêuticas híbridas, e mesmo a já citada valorização das curas “não oficiais” pelos praticantes diplomados da medicina no novo continente.

¹⁹CAMARGO, Procópio Ferreira. Apresentação. In: MONTEIRO, Paula. *Da doença à desordem. A magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. XI.

²⁰Parteiras: AHG, Cod. 50, requerimento e documentos que acompanham o ofício n. 22 dirigido à Secretaria de Estado dos Negócios do Império, [s.d.], f. 111-113.

Capítulo 3: O ofício de parteiras na Cidade de Goiás: entre o saber médico e o popular.

3.1. Das origens do ofício das parteiras.

À medida que formava as primeiras sociedades, também aparecia os primeiros ofícios. Fato que possibilitaria a consolidação do padrão feminino de assistência ao parto, ocupado desde então pela comadre, ou parteira, em um lugar socialmente reconhecido. Esse padrão de assistência se repetia em muitas culturas. No livro do Gênese, se narram passagens, como o nascimento de Benjamim (Gênese 35: 16) o dos gêmeos de Tamar (Gênese 38: 27-30), onde participam parteiras com muitas habilidades. Este padrão feminino de assistência ao parto também são encontrados na cultura egípcia.

O registro concreto (1700 a.C) das primeiras parteiras o tem através da Bíblia, no qual encontramos as citações textuais, que fazem referência ao trabalho da parteira. Referem-se às comadres hebréias, mulheres que gozavam de um prestígio e distinção social. A necessidade dos seus serviços na corte, entre as damas aristocráticas faziam com que frequentassem as casas e palácios, além disso, eram tratadas por altos mandatários. A primeira citação faz referência ao parto complicado de Raquel, esposa de Jacob, que faleceu pelas dificuldades do parto (Gêneses 35. 17-19).

Depois de um parto muito difícil, a parteira finalmente exclamou: “Não tenha medo, pois também este é um menino!” Estando prestes a morrer, Raquel lhe deu o nome de Benoni, mas o pai o chamou Benjamim. “Raquel morreu e foi enterrada no caminho de Éfrata, que é hoje Belém”. (Gêneses, 35; 17-19)

Na Bíblia também se descreve o parto dos gêmeos de Tamar (no ano de 1700 a.C. Gêneses 38. 27-30). Descrevem-se as manobras que a parteira faz no parto da nora de Judá, Tamar. A leitura ainda ressalta a evidência, juntamente com aspetos da função assistencial da parteira, outro de caráter jurídico-legal de reconhecimento do primogênito, feito de grande transcendência ao longo de toda a história.

Quando chegou o tempo do parto, Tamar teve gêmeos. Durante o parto, um deles estendeu a mão, e a parteira pegou-a e amarrou nela uma fita vermelha, dizendo: “Foi este que saiu primeiro”. Mas ele retirou a mão e foi seu irmão quem saiu. Então a parteira disse: “que brecha você abriu!” e o chamaram Farés²¹. Em seguida, saiu seu irmão, que tinha a fita vermelha na mão, e o chamaram Zaráj²² (Gêneses, 38; 27-30).

²¹Significa: adiantado.

²²Significa: elevar-se, brilhar o adiantar-se.

Outra citação (Êxodo, I:15-22) recolhe a forma de parir das mulheres hebreias, o fazem sobre duas pedras. O texto também traz o nome de duas parteiras Sefra e Fua, que viveram por voltado ano de 1600 a.C. Foram chamadas pelo Faraó para que matassem todos os recém nascidos de sexo masculino, deixando com vida a as meninas. No texto aparece a expressão: « [...] olha bem nas duas pedras [...]», fazendo referência a uma das formas de parir das mulheres da época, apoiando os joelhos entre duas pedras (posição genuflexa o de joelho):

O rei do Egito ordenou às parteiras dos hebreus, que se chamavam Sefra e Fua: “Quando vocês ajudarem as hebreias a dar à luz, observem se é menino ou menina: se for menino matem; se for menina, deixem viver”. As parteiras, porém, temeram a Deus e não fizeram o que o rei do Egito lhes havia ordenado; e deixaram os meninos viverem. Então o rei do Egito chamou as parteiras e lhe disse: “por que vocês fizeram isso, deixando os meninos viver?” Elas responderam ao Faraó: “As mulheres hebreias não são como as egípcias: são cheias devida, e dão à luz antes que as parteiras cheguem”. Por isso, Deus favoreceu as parteiras. E o povo se multiplicou e tornou-se muito poderoso. E como as parteiras temeram a Deus, ele deu a elas uma família numerosa. Então o Faraó ordenou a todo o seu povo: “Joguem no rio Nilo todo menino que nascer; e ser menina, deixem viver”. (Êxodo, I; 15-22).

Elas teriam sido umas das primeiras, de que se tem registro, a exercerem a função de assistir a parturientes, e são apresentadas como mulheres com coragem civil, por serem desobedientes ao plano do faraó.

Sefra e *Fua*. *Sefra* espelha, em hebraico, o verbo (*agradar, encantar*) e o substantivo (*esplendor*). Portanto, *Sefra* significa algo como *beleza* ou *encanto*. O nome já consta numa lista de serviçais num documento egípcio da 13a dinastia, que corresponde ao século XVIII a.C. (cf. W. H. SCHMIDT, *Exodus 1,1-6,30*, p. 42). O nome *Fua* lembra, em hebraico, a raiz verbal (*brilhar*) e o substantivo (*brilho, esplendor*). (Revista de Cultura Teológica - v. 14 - n. 55 - abr/jun 2006 *Matthias Grenzer*).

Outra informação sobre as parteiras da antiguidade encontramos-la no Papiro de Ebers²³ (1550 a. de C.) autêntico tratado ginecológico onde se descreve desde a predição das grávidas, a aceleração do parto, até o prognóstico do recém-nascido segundo seu choro e forma de sustentar a cabeça, passando por anticonceptivos, e determinando a assistência do

²³O Papiro Ebers é um dos tratados médicos mais antigos e importantes que se conhece. Foi escrito no Antigo Egito e é datado de aproximadamente de 1550 a.C. Atualmente o papiro está em exibição na biblioteca da universidade de Leipzig e foi batizado em homenagem ao monge alemão Georg Ebers, que os adquiriu em 1873. O papiro Ebers, foi escrito no nono ano do reinado de Amenophis I (1536 a.C.), mas acredita-se ter sido copiado de textos anteriores, que datavam talvez de 3400 a.C. Está escrito em hierático - forma de escrita cursiva mais simples e rápida do que os hieroglifos, usada pelos escribas no dia-a-dia.

Consiste num rolo de 110 páginas, com cerca de 20 metros de comprimento. O papiro contém mais de 700 fórmulas mágicas e remédios populares além de uma descrição precisa do sistema circulatório. Contém também inúmeros encantamentos destinados a afastar os demónios causadores de doenças e evidencia uma longa tradição de conhecimento empírico de anatomia, doenças, e tratamentos práticos.

O Papiro Ebers preservou o mais volumoso registro conhecido da medicina egípcia antiga.

<http://ageac.org/pt/noticias/o-papiro-ebers> acessado no dia 21/08/2018.

parto a cargo das parteiras expertas. O papiro de Kahoun²⁴ (1900 a.de C.), descoberto as finais do século XIX pelo Flinders Petrie cerca de Faiyum, consiste de três páginas com 34 anotações sobre o tratamento de doenças do útero e vagina e métodos de diagnóstico da grávida e determinação pré-natal do sexo.

Outro papiro é o Westcar²⁵, com data de 1700 a.C. no qual descreve como calcular a data provável do parto e os utensílios e instrumentos que facilitavam nos procedimentos, por exemplo, cadeiras, vasilhas, etc. Se sabe que os egípcios desenvolveram conhecimentos consideráveis sobre o uso de drogas, fármacos e instrumentos cirúrgicos próprios a uma cirurgia incipiente. As parteiras dessa época pode-se afirmar que eram profissionais admitidas e reconhecidas na arte do parto, sobretudo, entre as realezas, sendo dessa maneira, excluindo o médico homem dessa prática. Reafirma essa exclusão do homem, a constata-se a ausência de representação de deuses masculinos em casas de partos.

É importante lembrar, que a literatura revela que, nesse período da história da humanidade, as referências em relação à assistência ao parto eram totalmente subjacentes aos preceitos das influências religiosas. Segundo Rezende (1981), foi durante a era de Hipócrates (460 a 377 a.C.) que se deu a separação entre os preceitos da religião e da medicina. Porém, Delascio e Guariento (1981), apontam que os ensinamentos de Hipócrates a respeito da conduta tecnológica é a de se depositar total confiabilidade na obstetrícia, com exceção apenas para os casos em que houvesse as complicações, que deveriam ser repassados para o médico.

Segundo Rezende (1981), foi na Renascença que ocorreu o verdadeiro ressurgimento da ciência e da arte da parturição, quando da publicação do livro de Eucário Rösslin, em 1513, elaborado a pedido da princesa Catarina de Saxe, para que as parteiras fossem instruídas para a assistência ao parto. Esse momento foi, sem dúvida, um marco nos estudos da Tocologia. Delascio e Guariento (1981), sublinham que, no século XVI, a célebre parteira Luiza

²⁴Os Papiros de Lahun (também chamados de papiro de Kahun), são uma coleção de papiros escritos em linguagem hierática, encontrados no ano de 1889 no povoado de Lahun, Egito pelo grande egiptólogo Flinders Petrie.

Com a datação do ano de 1800 a.C, durante o final da dinastia XII do Império Médio. Reproduzem outros inscritos mais antigos e concluem entre outras coisas, um tratado de matemática e outro de obstetrícia e ginecologia, que revelam conhecimentos médicos cuja origem pode remontar até o ano de 3000 a.C.

<https://portalpesquisa.com/egito/antigo-egito/papiro-de-lahun-primeiro-registro-ginecologico.html>. Acessado no dia 21/08/2018.

²⁵O Papiro Westcar data do período dos Hicsos (séculos XVII – XVI a.C.), todavia, estudos mostraram que as páginas continham um texto mais antigo, que foi apagado, sendo reutilizado para a escrita atual. A atitude de reutilizar papiros foi comum no Egito antigo e é conhecida como palimpsesto, devido alto custo de produção de folhas novas.

<http://museuegipcioerosacruz.org.br/papiro-westcar/> acessado dia 21/08/2018.

Bourgeois prestou assistência aos partos da rainha Maria de Médicis. Essa parteira deixou como legado ensinamentos importantes²⁶ a respeito da condução do parto normal, cabendo a sua filha exercer o mesmo mister, tomando como base as valorosas observações de sua genitora sobre os deveres da profissão. Ao longo dos anos, essa prerrogativa vai se confirmando cada vez mais, por entendermos que este conhecimento, por se configurar inexplicável, também não se ensina, ele vai acontecendo de forma natural e gradual, na prática da observação inicialmente e, posteriormente, na medida em que vão acontecendo. Por meio da prática da sabedoria, foram-se desenvolvendo, esculpindo métodos de como ajudar a parturiente em trabalho de parto. O que trouxe também alguns nomes que segundo a localidade foram ganhando força, junto com a destresa desempenhada por estas mulheres, que para alguns eram símbolos de respeito e dedicação, já para outros era alguém que podiam ser: “feias, gordas, mal trajadas e sempre com o tabaco ou a garrafa de bebida alcoólica nas mãos”. (BRENES. pág. 35). No Brasil, principalmente nas zonas rurais, as parteiras receberam uma série de designações diferentes;

[...] curiosas, parteiras leigas, cachimbeiras, práticas e parteiras tradicionais. No entanto, preferimos esta última porque, no nosso entendimento, os outros significados carregam um certo estigma e são quase pejorativos, refletindo, desse modo, a ideologia da classe dominante. (BESSA, 1999. p. 39)

Dentro da comunidade sua prática se configura como uma prática popular, reconhecida e respeitada. E é concretizada através das orações, do uso de plantas medicinais, de superstições e de simpatias. Embora essas execuções não sejam de credibilidade de todas as parteiras, a fé é incorporada como regra e parâmetro para que o trabalho de parto aconteça sem maiores problemas, independentemente da religião a que pertencem. No trato com as parturientes, apresentam senso de responsabilidade, respeito, necessidade de maiores conhecimentos sobre a assistência ao parto e solidariedade.

3.2. Conhecimento das parteiras

O conhecimento das parteiras vem desde a antiguidade e foi passado de geração em geração, o que nos leva a pensar que, dessa maneira, chegou até as parteiras da Cidade de Goiás. “Como também aqueles que aprenderam exercendo a prática, na transmissão de

²⁶ Em dépit du caractère en core archai que de cette technique obstétricale, il ne faudrait pas sous-estimer les progrès accomplis aux XVI, XVII siècles. Les premiers rudiments d'obstétrique apparaissent en Grèce, au V siècle avant Jésus-Christ. Hippocrate, dans ses Aphorismes, conseille d'attacher la femme à un lit dans les cas difficiles. Lorsquel' horizontale. Revue d'histoire moderne et contemporaine. Paris. 1996. p. 45

conhecimentos dos mais velhos e assim por diante”. (FIGUEIREDO, B. G. Os manuais de medicina e a circulação do saber...Educar, Curitiba, n. 25, p. 2, 2005. Editora UFPR62). Na Era romana, adotaram os conhecimentos da cultura grega, mudando a denominação da assistente ao parto de comadre, à obstetra. A assistência ao nascimento era uma tarefa bem estabelecida, que requeria de mulheres educadas para sua prática. Os limites das mulheres em Roma estavam marcados pelo matrimônio e pela maternidade. As sociedades clássicas, como a grega e a romana, herdaram os conhecimentos egípcios, perpetuando também o modelo de assistência feminina. A mortalidade das mães se situava entre os cinco e dez por cento dos nascimentos.

En este periodo, concretamente en el siglo II, apareció una de las primeras figuras masculinas de trascendencia en la asistencia al nacimiento, Sorano de Éfeso. Éste escribió uno de los primeros libros para comadronas, bajo el nombre “De morbis mulierum”, en el que especificaba algunas de las virtudes que habían de poseer éstas. Entre ellas, figuraban algunas como: saber leer y escribir, tener buena memoria, ser pacientes, inspirar confianza, tener constitución fuerte o poseer dedos largos y delicados, y uñas cortas. Pese a la irrupción de Sorano de Éfeso, y a que sus enseñanzas predominarán durante el siguiente milenio, la asistencia al parto seguiría siendo una tarea fundamentalmente femenina hasta finales del siglo XIX.

En la Grecia clásica, las comadronas se encargaban tanto del parto normal como del patológico, gozando de un gran reconocimiento social. La ginecoobstetricia era una ciencia exclusiva de mujeres, existiendo dos niveles de comadronas en función de su nivel de instrucción. Destacaron en esta época figuras como Phainareté, madre de Sócrates, o Agnodiké. Esta última se disfrazó de hombre y estudió todo lo referente al parto bajo las enseñanzas de Herófilo, médico ateniense. En la era romana se adoptaron los conocimientos de la cultura griega, cambiando la denominación de la asistente al parto de comadrona a obstetrix. La asistencia al nacimiento era una tarea bien establecida, que requería de mujeres educadas para su práctica. Los límites de las mujeres en Roma estaban marcados por el matrimonio y la maternidad, condiciones reguladas socialmente que sellaban su destino. La mortalidad de las madres se situaba entre el cinco y el diez por ciento de los nacimientos. (GARRE, 2012. p. 39-41).

A época moderna foi um período de nostalgia, visto que, os intelectuais da época mostraram uma regressão para o modo de pensar o mundo greco-romano. As visões medievais, Deus acima de tudo, sobre o mundo e sobre o ser humano foram substituídas por um novo humanismo, que colocava o homem no centro das indagações. Estendeu-se dessa forma a atitude crítica, a observação da natureza e a experimentação, surgindo assim a denominada ciência experimental. Nesse contexto, de exploração do proibido, se produziria a introdução das comadres no mundo da mulher, consolidando-se de forma progressiva sua autoridade sobre as matronas²⁷. Os valores típicos de uma sociedade patriarcal, e a hegemonia da ciência médica frente a demais profissões paramédicas, propiciaram a entrada dos médicos

²⁷Matronas: palavra em espanhol que define Parteiras.

na assistência ao parto. E tudo isto, apesar da falta de efetividade de suas intervenções no auxílio ao atendimento às parturientes.

Y de que fueron precisamente un grupo de comadronas ilustres, las que conformaron la sólida base que instituiría la ginecoobstetricia moderna. Si bien, el uso del fórceps supuso un avance en determinadas situaciones intraparto, la gran masa de las mujeres no pudientes, o del ámbito rural, siguieron siendo asistidas por comadronas y comadrones no titulados, en el seno de sus domicilios. Éstos, carentes de medios y formación, y en un ambiente insalubre, poco pudieron hacer para disminuir los altos estándares de mortalidad materno-fetal. La experiencia del parto permaneció ligada por tanto al temor y la muerte. (GARRE, 2012. p. 44)

As enfermidades de mulheres foram amplamente tratadas por mulheres, através de conhecimentos adquiridos ancestralmente ligando saberes e práticas de cura importantes aos espaços determinados à bruxaria e aos feitiços, combatidos pela medicina científica. “[...] os curandeiros não podiam exercer seu trabalho sem o risco de eventual incômodo policial” (FIGUEIREDO, 2005. p. 7). O conhecimento empírico sobre as ervas medicinais experimentadas certamente, na prática cotidiana, predominava, mas também tudo indica que era na maioria das vezes a única alternativa na cura dos males frequentes e, na solução dos partos que apresentavam complicações.

Os negros do Novo Mundo trouxeram com eles o conhecimento das plantas medicinais africanas, de que introduziram diversas no Brasil. Aprenderam também com os índios, com os quais trabalharam a princípios nas plantações, e com os brancos, que, na falta de médicos no interior da colônia serviram-se por muito tempo de “remédios careiros”, as virtudes de outras ervas. (RAVAGNANI, *Apud* ARAUJO, 1981, p. 2).

A prática de uma medicina caseira no Brasil sempre foi exercida pelos leigos, afrodescendentes e índios que usavam seus conhecimentos empíricos para curar. Baseados em informações obtidas por transmissão oral que chegavam até eles, iam praticando livremente suas curas. Aqui cabe dizer, que a:

ideia é de que todos nós, em todos os tempos, em maior ou menor medida, desenvolvemos formas de entendimento do nosso corpo e do corpo do outro. Estamos referindo-nos aos temas da saúde: o que é ser saudável e o seu oposto, a doença, a não-saúde. Cada época constrói seu entendimento das doenças formas de compreensão do corpo, define os critérios e parâmetros para estabelecer os limites entre o corpo são e o corpo doente. (FIGUEIREDO, *Apud* LE GOFF, s. d. 2005, p. 2),

Não havendo espaço para que os homens cuidassem das doenças femininas são as comadres que se encarregam desta atividade. Como diz Thompson (1998), se pensarmos estas mulheres parteiras inseridas dentro de um campo profícuo da cultura popular, podemos apreender que seus códigos de conduta e seus lugares sociais eram variáveis, intercambiáveis, múltiplos, e davam origem a inúmeros arranjos que teciam as suas vivências enquanto sujeitas sociais e artifices das práticas de cura.

Com tudo isso e de maneira geral, pode-se pensar que os partos, os cuidados com o corpo feminino e com os recém-nascidos eram acompanhados por uma mulher conhecida da comunidade, da parturiente como comadre ou parteira. Por muito tempo elas adquiriram a prática por meio do exercício do conhecimento popular.

[...] O parto effectua-se sem o menor accidente, deve lavar-se os órgãos genitais com água morna, mudar a roupa da parturiente, e apertar levemente os quadris com uma cinta, ou uma toalha dobrada ao cumprido.

O publicador Goyano (go). 1886. Edição 00054 (1)

Sobre o corpo grávido, foram sendo construídas, repassadas de mãe para filha uma série de lendas e crendices, associadas à natureza.

Em sintonia como as concepções rurais sobre o corpo grávido, desenvolveu-se uma série de práticas e saberes populares de atendimento à parturiente, bem como rituais associados ao nascimento e ao destino do recém-nascido. (BRENES, 2005. p. 38)

A tradição era de que os partos, os cuidados com o corpo feminino e com os recém-nascidos, tudo ficavam sob a responsabilidade de uma mulher membro da comunidade, comadre, por exemplo. Pelas pesquisas realizadas, encontramos muito pouco sobre essas mulheres, embora tenham sido as responsáveis e as depositárias de um saber popular integrado à cultura rural, que foi produzindo lendas e crendices a respeito do corpo grávido, ligado à natureza.

A prática entre as mulheres de cuidarem de suas doenças e se curarem, colocando em uso conhecimentos antigos transmitidos e apreendidos de geração em geração, muitas vezes domésticos, deslocou saberes sobre a cura para campos marginais da base das feitiçarias e dos saberes proibidos, porém, esses conhecimentos desarticulados podem ser percebidos historicamente como elementos importantes para a compreensão dos espaços das mulheres na sociedade enquanto pessoas determinantes para a legitimação das práticas de cura populares. A arte da parturição ou do trato de doenças femininas fidelizou-se socialmente através dos intercâmbios de práticas e saberes adquiridos, pautados, degustados, transformados que atravessaram incontestavelmente os espaços possíveis em que as práticas de cura poderiam se inserir tomando a forma ambivalente como a da religião e da própria ciência. Em observância a tais denúncias uma forte argumentação política concentrou-se entre alguns médicos para exigirem intervenções públicas de saneamento para as práticas obstétricas e ginecológicas, incluindo projetos sociais de criação de creches e maternidades.

A história das mulheres parteiras merece ser revista e suas práticas não podem ser compreendidas como realidades simples, mas, sim, no entrecruzamento dos aspectos sociais, políticos e culturais da sociedade goiana, no período ora analisado. Por isso, incomoda-nos perceber a construção social da imagem das parteiras como se elas fossem pessoas ignorantes. Pois, embora haja essa identidade atribuída a elas,

constatamos que essas mulheres tiveram seu valor social e que devemos respeitar seus limites e suas potencialidades no que diz respeito ao conhecer médico. (AGE, 2002. p. 30).

Na primeira metade do século XIX, O Brasil tinha escassos recursos na área da medicina. As doenças, a falta de higiene e de profissionais especializados na área, nos espaços públicos das províncias brasileiras, foram alguns dos problemas constantes na época. Em algumas regiões, a situação era ainda mais difícil por causa do aumento da população que crescia em grande parte, pela imigração europeia e de africanos escravizados. O quadro das doenças da corte era inquietante, as febres propagavam-se por todo o Rio de Janeiro, bastante povoado e com a água contaminada ou salgada. Além disso, era comum ver os escravos levando o lixo doméstico para serem depositados nas praias. (ALENCASTRO, 1997. p. 67).

Em decorrência dessa situação, havia na corte dois grupos de alto risco: os bebês e as parturientes. Ambos dependentes do talento, do conhecimento improvisado das parteiras, benzedadeiras e curandeiras, que faziam, às vezes, do médico indo além daquilo que lhes cabia fazer. (Idem, p. 68-71). As mulheres e suas doenças moviam-se num círculo de saberes, transmitidos oralmente. (DEL PRIORE, 1997. p. 95). No momento do parto, estava cheio de signos ligados às mulheres parteiras. Nos jornais, entre eles, o Goyaz, da época, encontram-se vários anúncios que indicavam o local onde se vendiam os remédios preparados à base de raízes e outros tipos de plantas, que tratavam das moléstias femininas e que eram de uso das parteiras no momento da realização do parto.

GOYAZ
Órgão Democrata
Fundado por Felix de Bulhões
ANNO V 20 da República. SEXTA-FEIRA, 23 DE MAIO DE 1890 NUMERO
244.
A CASA DE SIMÃO DE SOUSA
A RUA MORETTI FOGGIA
(ANTIGA DIREITA)

Acaba de receber variado sortimento de vinhos do porto, engarrafados e em barril, dito tinto, branco e de cevada. Passas, novas, amêndoas confeitadas, em cartuchos e fantasias. Caixas com doce de Lisbôa. Na mesma casa vende também o lírio amarelo para ajudar no parto e todo tipo de chá, engarrafado, feito por senhoras, para curar todas as moléstias das mulheres.

Esta publicação nos permite perceber e ao mesmo tempo fazer algumas afirmações. Uma delas é a persistência das tradições, claramente, entendidas e vislumbradas de que as doenças femininas eram tratadas por outras mulheres que praticavam a cura a partir de conhecimentos empíricos. Por outro lado, a experiência das mulheres mais velhas, que cuidavam da saúde das mulheres que padeciam de uterinas, com receitas à base de plantas e flores. Algo que também facilitava a participação das parteiras na vida das mulheres de Goiás,

intercambiando segredos e cuidados, encontrando no imaginário social feminino da época, seu aliado principal. As mulheres tinham entre si esse cuidado de se tratarem, principalmente em casos de menstruação, gravidez, parto e seus desenvolvimentos.

Essa procura das mulheres por outras mulheres na cura das doenças levou o médico Moretti Foggia²⁸, em 1841, a escrever um documento enviando a Jose Rodrigues Jardim, vice-presidente da província de Goiás, alertando a atuação das parteiras, curandeiras e benzedoras e responsabilizando-as pelo risco e aumento das doenças e até pela morte das pacientes.

Por outro lado, já temos na Europa, uma estrutura que coloca as parteiras como pessoas com a capacidade de levar em frente todo um atendimento voltado às parturientes.

Al iniciar el siglo XIX la cirugía y la medicina española se estancaron y las publicaciones eran escasas, pero la obstetricia de los cirujanos ordenaba la formación de las matronas. Carlos IV, en 1804 por Real Cédula de 6 de Mayo llamada Ordenanzas Generales, dispuso que los exámenes se realizaran en los Reales Colegios donde los cirujanos, sangradores y matronas se formaban. Esta Cédula anula al Tribunal del Protomedicato como evaluador. La consecuencia de esta Cédula es la unificación de la normativa a la hora de conseguir los títulos, centralizando los temas de la cirugía en la Real Junta Superior Gubernativa, se crea un organismo para controlar y evitar el intrusismo profesional. Se contemplaban dos vías para poder acceder a la titulación de partera: seguir los estudios oficiales, con dos años de duración, de dos meses cada uno, los meses dispuestos serán Mayo y Junio en horario de cuatro a cinco de la tarde, todos los días que no sean festivos; o pasar un examen de reválida ante un tribunal. Esta segunda opción se ofertaba a aquellas mujeres que habiendo desempeñado varios años el oficio no poseían el título que las capacitaba para ello. Estas últimas debían presentar los correspondientes documentos oficiales. 800 reales de vellón debían abonar las aspirantes a examen, así como autorización de las casadas por parte de sus maridos, certificación de viudedad en su caso, fe de bautismo y buena vida expedida por el párroco y certificado también de práctica de tres años con cirujano o matrona aprobada. Una de esas matronas que consigue a mediados del siglo XVIII el título de Arte de Partera tras haberse examinado por el Tribunal Real del Protomedicato fue una mujer llamada Luisa Rosado, que había nacido en Toledo, en fecha desconocida y que había ejercido su profesión en la ciudad de Zamora y desde mediados de 1768 vivía en la corte, donde trabajaba de matrona del Real Colegio de Niños Desamparados, éste era el lugar donde los cirujanos y las matronas que se formaban en el Colegio de Cirugía de San Carlos, realizaban sus prácticas obstétricas. Luisa Rosado fue quizás la primera mujer ejerciente de un oficio sanitario que se anunció profesionalmente a través de un cartel en el cual se ofrecía para asistir partos complicados por la retención de la placenta y para prevenir los abortos mediante un emplasto de su invención. (GARRE, 2012. p. 42-43).

A lei de Instrução pública de 1857, na Espanha, proposta pelo ministro Claudio Moyano Samaniego²⁹, conhecida como lei Moyano, determinará no seu artigo o regulamento

²⁸Italiano, chegou à Cidade de Goyaz em 1831. Foi-lhe concedida a licença para medicar e ele passou a ser responsável pelo Hospital São Pedro de Alcântara até o ano de 1882. Faleceu na Cidade de Goyaz no ano de 1892. Após sua morte, a rua conhecida como Antiga Direita passou a ser denominada oficialmente de Moretti Foggia, ficando assim na memória da Cidade de Goyaz.

²⁹Político español (Bóveda del Toro, Zamora, 1809 - Madrid, 1890). Tras estudiar Derecho y Filosofía en las universidades de Salamanca y Valladolid, obtuvo en esta última la cátedra de Derecho Civil en 1835 (luego

e condições necessárias para a obtenção do título de parteira e praticante e, define a parteira como a mulher com prática na arte de partejar o que exerce em virtude do título.

Se crea, por tanto, el Título de Partera o Matrona. En la Real Orden de 21 de Noviembre de 1861 se aprueba el Reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas, se especifica que los estudios de matrona tendrán al menos una duración de cuatro semestres a partir del primero de octubre de cada año, con lecciones diarias de hora y media de duración accediéndose a dichos estudios com 20 años cumplidos habiendo cursado la primera enseñanza elemental completa y los certificados morales y sociales ya comentados. (GARRE. 2012. p. 43).

O título de parteira era autorizado para assistir aos partos naturais, em alguns locais na Espanha. Essa ordem regula, reafirma e estabelece os parâmetros práticos a serem seguidos de acordo com a formação das matronas, sem alterar suas competências na assistência aos partos normais, transferindo as competências sobre os ensinamentos teórico-práticos aos hospitais e casas de maternidade. A profissão então segue um paralelismo reivindicativo por parte das mulheres espanholas parteiras, a luta pelo espaço de destaque na profissão é constante. As matronas exigem aos poderes estatais regulamentações e normativas que delimitem suas funções, dignifiquem sua formação e lhes concedam um reconhecimento da sociedade, conhecedoras de uma prática milenar, como é a arte de partejar. Essas mulheres queriam quebrar com os obstáculos que existiam entre os médicos, os cirurgiões homens e com elas mesmas. Enquanto as mulheres na Espanha estão lutando pela legalidade de reconhecimento, as mulheres nas províncias ainda estão sendo tratadas de forma excludente, sem reconhecimento e, acima de tudo, sendo vigiadas em todas as ações ligadas ao tratamento às mulheres, inclusive proibidas de exercer a profissão de parteiras, por falta de títulos que as legalizavam para tal função.

3.3. O saber popular e o saber médico

A chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, trouxe com ela uma série de aparatos médico-cientificista que não eram conhecidos no país, a Fisicatura Mor, órgão burocrático-administrativo encarregados das questões referentes à higiene pública e ao

llegaría a rector). Su militancia política liberal le llevó a ser alcalde de la ciudad en 1841 y diputado en 1843; pero en aquel mismo año participó en el movimiento contra Espartero, que acabaría por dar el poder a los moderados durante diez años (1844-54). De esa época data su acercamiento ideológico al partido moderado, al que se mantendría fiel el resto de su vida. Bajo la administración moderada fue diputado (desde 1846), rector de la Universidad de Madrid (desde 1850) y ministro de Fomento (con Lersundi en 1853, con Narváez en 1856-57 y con Arrazola en 1864). En este último cargo hizo aprobar una Ley de Instrucción Pública (1857), poco innovadora pero importante porque definió la organización de la educación en España hasta 1970. Durante la Restauración siguió siendo diputado por Toro y defendió las posiciones del antiguo partido moderado frente a los nuevos conservadores de Cánovas. Luego fue designado senador en representación de la Universidad de Madrid (1881) y senador vitalicio (1886).

exercício da medicina e da cirurgia, no Brasil. Passou a ser responsável pela fiscalização do ofício de parteira, tendo sede no Rio de Janeiro, então capital do império, tinha emissários e delegados, por todo o território brasileiro. (MOTT, 1999, p. 02)

Para ter uma licença especial para o ofício de parteira não era tão simples, a aspirante tinha que comprovar habilidades e destrezas acreditadas através de documento expedido pelo físico mor da localidade onde morava. Se aprovada nos exames, era marcada a avaliação para ver suas capacidades. Por isso, formava-se uma banca composta por dois cirurgiões aprovados ou por um cirurgião e uma parteira aprovada, que faziam perguntas teóricas simultaneamente, a candidata era submetida à análise prática depois, os autos eram registrados em cartório, sendo então “enviados ao físico mor, no Rio de Janeiro. Em seguida, a parteira estaria com a carta examinada nas mãos, ela deveria ainda fazer um juramento perante os Evangelhos, na Câmara Municipal de onde morava” (MOTT, 1999, p. 03).

Esta era uma realidade que não se estendia a toda a província de Goiás uma vez que, a maioria das parteiras não tinha um documento que lhe permitisse a exercer a profissão. Como se sabe, as parteiras eram detentoras de um conhecimento nato e empírico, por isso, se tornaram fonte de preocupação das autoridades políticas e dos profissionais da saúde diplomados. “Até final do século XIX, os partos eram realizados quase exclusivamente no domicílio da parturiente ou de pessoa de sua relação, assistidos na maioria das vezes por parteira leiga e raramente por parteira diplomada” (MATT, 2002. p. 2). O Brasil no seu primeiro código penal de 1890³⁰ revisou artigos que regulamentavam a prática ilegal da medicina, para combater a prática da magia e do espiritismo e proibir rigorosamente o curandeirismo, deixando claro, no artigo 156, de que o exercício da medicina, em qualquer de seus ramos, seja na arte dentária ou na farmácia é proibido. A prática da homeopatia, da dosimetria, do hipnotismo sem estar regulamentado de acordo com as leis e os parâmetros médicos, incorreria em prisão de seis meses e multa.

Art. 32. Nenhuma pessoa poderá exercer a medicina, sem que obtenha licença da câmara em vista de seus certificados de habilitação, idoneidade, multa de 20\$ a 30\$ réis e o dobro nas reincidências³¹.

Uma vez que criminalizaram as práticas de cura populares, as parteiras detentoras de muitos saberes e conhecedoras das doenças femininas foram às principais prejudicadas, ficando, em alguns casos, pressionadas a terem muito cuidado com o serviço prestado às

³⁰BRASIL. Código Penal dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890.

³¹Arquivo Civil Fundação Frei Simão Dorvi- Cidade de Goiás. Livro da Lei Goyana de 1860. Goyaz, Typhographia Provincial, 1861, p. 77.

parturientes e aos recém-nascidos em partos normais, mas também muitas delas foram obrigadas a ter licença para atuarem, principalmente, em áreas urbanas. Foi proibida, também, a sua atuação em casos complicados do parto, sendo indispensável à presença do médico. Era vetado as parteiras o uso de qualquer procedimento cirúrgico, prescrição de remédios e qualquer diagnóstico em relação à parturiente, feto e recém-nascidos. “Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas deveram matricular-se, apresentando os respectivos títulos ou licenças na Intendência Municipal” (Jornal Semanário. Segunda feira, 14 de abril de 1902. p.4).

Mesmo com as imposições do código penal que criminalizava as práticas de cura populares e as rotulava de exercício ilegal da medicina, muitos práticos, curandeiros, parteiras dentre outros continuaram exercendo seus ofícios tendo em vista o diminuto número de médicos para atendimento da população e os complexos percalços que a medicina enfrentou até sua consolidação. (MESQUITA, 2014. p. 4)

Em Goiás, especificamente, houve uma grande preocupação em fins do século XIX, com o combate aos curandeiros e parteiras. O ofício de partejar e pajelança, ambos tidos como práticas perigosas, causadores de danos irreparáveis ainda provocadores de mortes, se praticados por pessoas indevidas, despreparadas, conhecidas como charlatanismo. As conexões entre as parteiras e as artes mágicas são antigüíssimas, chegando a ser impossível determinar uma gênese para estas ligações históricas imemoriais. De acordo com (DEL PRIORE, 1997), o período colonial foi substancialmente profícuo para observar as conexões entre os saberes medicinais populares e as artes da feitiçaria, porque as mulheres para combater suas doenças cotidianas lançavam mão de práticas de cura informais, por meio de fórmulas gestuais, orais e de receitas ancestrais.

Percebe-se perceber que alguns médicos da época condenavam as práticas utilizadas pelas parteiras, no seu atendimento à parturiente, entre eles o doutor, Moretti Foggia, que faz um apelo para que sejam revistos as intervenções feitas pelas parteiras para com seus pacientes.

Ilmo e Exmo Snr. Sendo presente a Regência o [ilegível] de 29 de Março deste anno, [ilegível] Vice Presidente da Província de Goyaz [ilegível] procure uma pessoa habil para commigo auxiliar [ilegível] no Hospital Saõ Pedro de Alcantara, sendo eu o único médico, o que faz ver a urgente necessidade de um outro Boticario, que se preste a manipulaçãõ de remédios naõso para os doentes do Hospital, mas tambem para os de toda a Cidade. Rogo também que procure meios para que as molestias das mulheres [ilegível] chancros uterinos, ulceraçoes do collo, partos, hysteria e melancolia possa ser curadas no referido Hospital. As mulheres por um pudor mal entendido deixam-se adoecer – ou mandam chamar uma benzedeira, curandeira, parteira, que ordinariamente lhes agrava o mal. Só quando a moléstia agrava, ellasvaõ no Hospital. Alem disso, essas mulheres, fazendo um exercicio ilegal da Medicina, reina na actualidade; suas victimastem sido em grande numero, fallecendo mulheres cuja moléstia quando [ilegível] no Hospital [ilegível] e senaõcuralas podem mitigar os seus crueis sofrimentos. Muito estimarei que gose

perfeita saúde sempre. Deos guarde o Exmo Snr Cidade de Goyaz 26 de Maio de 1841 – Dr. FOGGIA. (Museu das Bandeiras, Cidade de Goiás. Caixa 301, pacote 3, doc. Avulso) [sic]

Esta carta do Dr. Moretti Foggia ratifica a prática das mulheres parteiras na Cidade de Goiás. Mas, coloca em desconfiança a suas habilidades na condução do parto, acusando-as de levar à morte as parturientes e de seus bebês, no exercício ilegal da medicina. Todo esse discurso inserido no avanço significativo do saber científico, podemos notar no transcurso do século XIX e início do século XX; os saberes médicos sobre a ginecologia e a obstetrícia tiveram um avanço expressivo e se organizaram como especialidades. Os médicos brasileiros que se dedicavam a estes conjuntos de saberes pesquisavam a constituição dos corpos das mulheres e suas diferenças em relação aos corpos dos homens, afinados com os debates europeus colocavam as mulheres como próximas a condição de uma natureza peculiar auxiliando a construir papéis de gênero sedimentados por diferenças de raça, constituição da sexualidade e condição psicológica.

Como conjunto de saberes sobre a mulher, os livros de medicina dos séculos XVIII e inícios do XIX construíram uma imagem sexualizada, sintetizada pela frase latina que foi insistentemente citada pelos médicos: *totamulier in utero*. Embora os estudos anatômicos e fisiológicos da época fornecessem informações a respeito dos ovários, o útero continuou a ser o órgão feminino por excelência, pelo menos até o século XIX, quando os estudos de ovologia e ginecologia elegeram os ovários como os órgãos determinantes da natureza feminina. (MARTINS. 2004. p. 60)

Esse conhecimento acumulado constantemente se renova ao longo do século XIX não ficou exclusivamente fechado nas paredes das faculdades de medicina e das publicações especializadas. A postura da escrita masculina a respeito da diferença feminina é um notável exemplo da apropriação do saber médico e científico pelos intelectuais envolvidos com a questão da mulher, traduzindo para o público leigo as descobertas dos doutores.

Representantes de um novo campo do saber sobre a mulher, os médicos do século XIX foram tributários da ciência sexual do século anterior. No entanto, não bastava conhecer as diferenças, nominá-las ou mensurá-las. O processo de conhecimento das diferenças sexuais apenas dava seus primeiros frutos com a anatomia, à fisiologia e a craniologia, mas era preciso ir além, sair do terreno das generalidades da medicina clássica, criar um vocabulário próprio, desenvolver tecnologias adequadas à natureza do objeto, enfim, integrar os saberes disponíveis em um novo campo discursivo, em uma especialidade voltada para a diferença feminina. Os obstetras e ginecologistas foram os artífices deste processo de transformação do corpo feminino em um objeto do conhecimento, completando o círculo da ciência sexual. Nascia uma nova ciência: a ciência da mulher. (MARTINS, 2004. p. 56-57)

A obstetrícia, como uma especialidade nova começava a ser introduzida na sociedade – nascida nas faculdades de medicina europeias na primeira metade do século XIX – e ainda lutava para ser aceita, tanto no meio científico quanto para a sociedade leiga, em especial para

os maridos e suas esposas. Inicia-se assim uma nova Era. Algumas mulheres já chamavam o médico-parteiro para ampará-las no momento do parto, embora a maioria delas, principalmente, aquelas com menor poder aquisitivo, ainda preferia ficar na companhia da parteira, das parentas ou vizinhas, para ajudá-las em meio às dores e os imprevistos do parto. Já no finalzinho do século XIX marca uma nova época médica de mudança do parto, o qual os médicos começam a controlar esse momento único de cada parturiente e devidamente restrito ao espaço hospitalar; mudança que se consolidou somente na segunda metade do século XX, com a hospitalização do parto nos grandes centros.

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 sequência 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. (MARTINS, 2004. p. 66).

Os conhecimentos médicos trouxeram grandes aportes³², sobretudo informações a respeitadas parturientes e parteiras, relatando, parcialmente, seus valores, comportamentos e práticas. Embora, essas colocações destacavam mais os valores dos próprios médicos sobre o parto, do que as experiências das mulheres. São muitos os elementos a respeito dos partos, embora, os médicos procuravam evidenciar as complicações que eles observavam a respeito dos partos, justificando que tudo acontecia de maneira natural, assistido unicamente pelas parteiras. Dessa maneira, não se consegue entender o contexto em torno da situação da parturiente, só se tem uma visão parcial da gravidez e do parto nas sociedades pré-industriais, em que os problemas são marcados pela situação desesperadora. 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.

Acontecendo haver alguma mulher, que para evitar a sua desonra queira ir ter o seu parto à Casa da Roda, (que para este fim, podendo ser, deverá ter um quarto separado com cama decente). A Ama Rodeira a receberá debaixo de todo segredo, e lhe procurará uma mulher bem morigerada ou parteira, que assista ao parto [...] sem

³²O conhecimento médico é cada vez mais identificado como um saber erudito, inserido na comunidade profissional e científica. O espaço de intimidade entre o médico e o paciente diminui, profissionaliza-se cada vez mais, e o contato do paciente com o médico modifica-se, delegando ao profissional o controle do processo de conhecimento do corpo e suas alterações. Há um distanciamento entre o conhecimento popular do corpo, da doença e da saúde, do conhecimento acadêmico mais sistematizado e elaborado, conduzido pelo profissional formado e credenciado nos espaços acadêmicos. (FIGUEIREDO. 2005. p.6)

que contudo se indague a qualidade da pessoa, nem faça algum ato judicial donde se possa seguir a difamação³³.

Neste contexto a assistência ao parto, durante oséculo XIX,consolidar-se-áa hegemonia médica sobre o mesmo, tanto a nível profissional como econômico.Podemos afirmar que durante esse século o controle médico sobre as comadres já estava estabelecido, trabalhando algumas delas no âmbito hospitalar sob a supervisão e a vigilância desses especialistas.

As administrações públicas do estado contavam em seu pessoal superior ou inferior 3,216 mulheres, as autoridades municipais e locais tinham 3,017 empregadas, 1,660 eram consagradas ao espaço do culto divino como missionárias, pregadoras etc., 3,795 eram irmãs da caridade ou religiosas, 100 empregadas de advogados, 2646 parteiras, 35,175 empregadas em serviços médicos como enfermeiras, ajudante etc. (O Publicador Goyano (GO) 1886 – Edição 00054 (1).

As comadres não poderiam fazer operações, nem dispor ou receitar medicamentos de nenhum tipo, e sim, nos partos laboriosos e difíceis a um cirurgião reconhecido. A parteira ficava unicamente autorizada para a assistência do parto normal, e, nos casos críticos avisar os médicos.Nesse sentido, os programas formativos das novas profissionais oferecessem conhecimentos técnicos, também faziam ênfases na sua postura de subordinação. Esses faziam ademais pressão nas qualidades morais das candidatas, como objetivo de assegurar o controle sobre suas características sociais, religiosas e Morais.

Uma mulher de Posen deu á luz, em fins de Junho, duas crianças de sexo differentè, unidas pelo quauris, direito do varão e esquerdo da menina. ' Ao nascer, estavam voltados de frente um ao outro, apenas separados por uma falsa membrana franjada que se estendia do pescoço aos joelhos. O parto foi laboriosíssimo. O Publicador Goyano (GO) 1885. Edição 00030 (1).[sic]

Apesar de ser apontada supremacia médica sobre o parto, as parteiras seguiram durante todo o século XIX, atendendo as parturientes no âmbito domiciliário. Portanto, não contavam com ajuda ou intervenção médica alguma, tendo em vista que se tratava de mulheres de classes baixas e no cenário rural. Com a possibilidade, de comadre e/ou parteira chamar um médico no caso de alguma complicação, para auxiliá-la, uma vez que, é especialista na área. Assim sendo, o controle médico ao parto se estendeu, sobretudo, para a classe com mais poder aquisitivo; as classes modestas continuam chamando as comadres e as parteiras e as mais pobres eram atendidas no hospital, o lugar de aprendizagem e experimentação da ciência médica.

³³ Circular da Intendência Geral de Polícia, de 24 de maio de 1783.

4. CONCLUSÃO

Os resultados nos revelaram tentativas de preservação dos valores culturais de antepassados e assim se inscreve em um saber milenar que ao longo do tempo oferece significativa contribuição para a construção de um novo olhar em busca da humanização do parto e as relações no contexto da saúde da mulher. Garantindo a continuidade e a preservação das práticas de uma cultura popular, sobre os saberes e exercícios das parteiras. Pesquisar e analisar o ofício das parteiras durante o século XIX não é tarefa fácil, uma vez que as fontes são escassas, e as que existem estão em geral mal conservadas. Ao analisar o trabalho das parteiras na Cidade de Goiás durante o século XIX, caracteriza-as como mulheres de extrema importância pelo serviço prestado à comunidade. A pesquisa em torno do exercício e da reflexão nos permitiu traçar melhor caminho e a trajetória dessas mulheres, conferindo-lhes alguma visibilidade histórica.

O presente estudo e análise, sobre as mulheres parteiras da Cidade de Goiás, nos fez perceber que muitas representações dadas a elas ainda merecem ser objeto de estudo.

Pode-se perceber que as parteiras não eram regulamentadas oficialmente na província de Goiás, por outro lado, isso não queria dizer que não tivessem seu valor pelo seu trabalho diante da comunidade. No registro oficial do Livro de Óbitos³⁴ de 1871 da Cidade de Goiás consta o reconhecimento do ofício a uma dessas mulheres.

Fidencia, parteira com setenta annos de idade, natural desta Cidade, viuva; faleceo e foi sepultada no Cemitério desta Cidade na secção competente digo dos pobres [ilegível] de Caridade. Cidade de Goyaz, 9 de junho de 1871. [sic] O zelador (ilegível)

O trabalho das mulheres parteiras nesta pesquisa foi compreendido não como uma tarefa simples, mas, sim, como a junção de complexos aspectos sociais, políticos e culturais da sociedade goiana, há séculos. Por isso, deixa-se de lado a construção social da imagem das parteiras como se elas fossem pessoas ignorantes. Pois, embora tenhamos constatado essa identidade atribuída a elas, percebemos que essas mulheres tiveram seu valor social e que devemos respeitá-las pelas suas potencialidades no que diz respeito ao conhecimento popular.

Durante a pesquisa, foi constatado que o Brasil, principalmente na primeira metade do século XIX, apresentava escassos recursos na área da medicina. As epidemias, a falta de

³⁴Arquivo do Frei Simão. Cidade de Goiás, caixa 25, Livro de Óbitos, folha 35, 1876.

higiene nos espaços públicos das províncias brasileiras e a ausência de profissionais especializados na área foram alguns dos problemas constantes da época. Em algumas províncias, a situação era ainda mais grave em decorrência do aumento populacional provocado, em grande parte, pela imigração europeia e de escravos africanos. O quadro epidemiológico da corte era preocupante, as febres alastravam-se pelo centro do Rio de Janeiro, já bastante povoado e com poços contaminados ou salobros.

Essa situação, tanto quanto precária, levava as parturientes a não procurar em muitas ocasiões um hospital, e sim, as parteiras, que eram amigas em quem se podia confiar que faziam com que as parturientes se colocassem inteiramente em suas mãos, deixando-as tomar a maior parte das decisões para o bom andamento do trabalho de parto. Em muitos casos, quando esta percebia que o bebê estava atravessado, avisava a família e a própria parturiente de que não era possível a realização daquele parto no espaço domiciliar, encaminhada logo, para o hospital. A parteira que estivesse em sua companhia ali permanecia até que ela fosse atendida e tivesse a criança em segurança.

Em alguns momentos difíceis do parto, ao qual já nos referimos, começa a partir da questão espacial, ou seja, da saída de seu espaço cotidiano para o ingresso em um local onde as normas, as leis, a língua e as pessoas diferem completamente daquelas com as quais as mulheres estão acostumadas a conviver:

Mesmo uma despreziosa incursão na história permitiu perceber como a Medicina apropriou-se, integralmente, da assistência à parturiente, sem responsabilizar-se, em contrapartida, pela assistência integral às suas necessidades. A Obstetrícia justificou-se, como especialidade médica, privilegiando a assistência às necessidades relativas à mecânica do parto quando se trata de pacientes particulares, e oferecendo, exclusivamente, essa perspectiva de assistência às parturientes do hospital público. Tendo assumido o controle absoluto do cenário da parturição no hospital público, impediu ainda, qualquer intervenção de outra natureza, qualquer possibilidade de acesso de outros segmentos da sociedade, inclusive da família, interessados em atender às necessidades físicas, afetivas, psicológicas, culturais ou espirituais da mulher em parturição³⁵.

É preciso apontar, nas colocações levantadas pela autora, depois de se apropriar do controle do ato de parter, a Obstetrícia se especializou em procedimentos que privilegiaram exclusivamente a tecnologia da mecânica do parto e deixar de lado o fato de que estava lidando com pessoas que tinham outras demandas, que precisavam ser contempladas, como por exemplo, carinho, atenção, amparo nos momentos de dor e também a necessidade de serem ouvidas e de terem seus desejos respeitados e atendidos. É esse descaso que

³⁵CORDEIRO, Déa Márcia Barroso. Op. Cit. p. 24.

qualificamos de brutalidade no partejar. Essa objetivação dos corpos das mulheres, como se esses corpos, embora vivos, não tivessem desejos, medos e necessidades.

Temos que ressaltar ainda, que as mulheres parteiras, dentro de sua prática, faziam uso de várias técnicas, na qual passam confiança não somente para as parturientes, mas também para os médicos, já que esses conhecimentos empíricos faziam parte do cotidiano médico.

Com o advento dos preceitos republicanos, houve uma preocupação em medicalizar o parto. Na Cidade de Goyaz, principalmente no início do século XX, o discurso médico ganha maior peso, como consequência as novas parteiras adquirem aprendizagem médica e passam a atuar nos hospitais. Entretanto, percebemos a persistência da feminilização da arte de partejar, claro que não tão forte quanto no imaginário social do império. Assim, podemos afirmar que, em parte, o discurso segundo o qual são as mulheres que devem cuidar das mulheres fez-se presente também no início do século XX. [sic] (AGE,2002. p. 140)

Dessa, forma, acredita-se que o historiador é a pessoa mais indicada para compreender e traduzir aquilo que foi exposto até aqui, levando em consideração de que há limites nas interpretações dos pesquisadores. Sendo assim, presumimos que a depuração feita por nós sobre os diferentes documentos analisados para recuperar a história das parteiras, levou-nos a dar a visibilidade e o significado aos agentes históricos que, por muito tempo, foram deixados de lado da história oficial, como é o caso do nosso objeto de estudo selecionado, As mulheres parteiras na Cidade de Goiás (finais do século XIX).

5. FONTES PRIMÁRIAS

- Jornal: *Gazeta Médica da Bahia*, 31 out. 1868, n. 54, ano III.
 - Periódico: *A mãe de família*. Jornal científico, litterario e illustrado. Educação da infância – higiene da família. Rio de Janeiro. 1879-1888. (microfilme).
 - *União Médica*. Archivo internacional de ciencias médicas, Rio de Janeiro. Publicação quinzenal. Números a serem consultados: de 15 de jan./1881 a dez/1889; jan, jul, out e dez/1890 (microfilme).
 - Jornal goiano: *A Tribuna Livre*: de 1878 a 1884 e *O Publicador Goyano* de 1885 a 1889;
 - Documentos e/ou apontamentos dos arquivos:
 - Museu das Bandeiras (MUBAM) – Livros de memória histórica e Livros notários do Cartório de 1º Ofício de Registro Geral de Imóveis e Tabelionato da Cidade de Goiás.
- 13 “Partos e parteiras”. Folha do Norte, 7 de agosto de 1903, p.

Revista Brasileira de História da Medicina. Vol X, dez 1959.

DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Verbetes Escola de Cirurgia da Bahia, Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e Escola Anatômica, Cirúrgica e médica do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- AGE, Mônica de Paula P. da Silva. **As mulheres parteiras na cidade Goyaz (século XIX)**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2002.
- ALENCASTRO, Luiz Felipe; NOVAIS, Fernando (Orgs). **História da vida privada no Brasil Império: a corte e a modernidade nacional**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- AMORIM, João. Abastecimento higiênico do leite. In: **Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene**. (1923). Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas de Demographia Sanitária, 1926.
- BESSA, Lucineide Frota. **Mulheres e Parteiras: Contribuição ao Estudo do Trabalho Feminino em Contexto Domiciliar Rural**. Salvador, GRAFUFBA, 1999.
- BRAZIL, Érico V., SCHUMAHER, Schuma. **Dicionário mulheres de 1500 até a atualidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- BRIQUET, R. **Obstetrícia normal**. São Paulo, Ed. São Paulo, 1971.
- BRUSCHINI, Cristina; COSTA, Albertina de O. (Orgs). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BURKE, Peter (Org). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: Unesp, 1992.
- CASTELLO, Lena B. (Org). **Saúde e doença em Goiás: a medicina possível**. Goiânia: Editora da UFG, 1999.
- CORREA BRENES, Anayansi. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteira e parteiros franceses**. Belo Horizonte: Coopmed. 2005.
- CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de Medicina Popular e das Sciencias Acessórias para uso das famílias**. Pariz, Casa do Autor. 6ª ed. 1890. Vol. 2 p. 412.

COSTA, Carlos. **Médico especialista. A mãe de família**, ano I, n.5, 1879, p. 41.

_____ **Conselho às mães. A mai de família**, ano II, n. 10, 1880.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidade no Brasil I colônia**. Rio de Janeiro: Olímpio, 1993.

_____ **Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino. In: História das mulheres no Brasil**. São Paulo, Unesp, 1997.

DELASCIO, D. GUARIENTO, A. **Obstetrícia normal**. 3. ed. São Paulo: Savier, 1981.

FARIA, Lina. **Saúde e Política: A fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo./ Lina faria. Rio de janeiro**: Editora Fiocruz, 2007. 206p. (Coleção História e Saúde).

FARIAS, Airton de. **A Vinda da Família Real para o Brasil**. Editora: Construir. 2009.

FERREIRA, Luiz O. **Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840)**. In: CHALHOUB, Sidney [org.]. **Artes de Curar no Brasil: capítulos de história social**. Campinas – SP: Editora da Unicamp, 2003.

FERREIRA, Luis Gomes. **Erário Mineral**. Org: Júnia Ferreira Furtado. 2 volumes. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Centro de Estudos Históricos e Culturais, 2002. p. 325.

FIGUEIREDO, Aldrin Moura de. **Quem eram os pajés científicos? Trocas simbólicas e confrontos culturais na Amazônia, 1880-18930**. In: FONTES, Edilza. (Org.) **Contando a história do Pará: diálogoentre história e antropologia**. Belem: E. Motion, 2002, v. 3, p.55-86

FIGUEIREDO, B. G. **Os manuais de medicina e a circulação do saber...Educar, Curitiba**, n. 25, 2005. Editora UFPR62.

FIGUEIREDO, Moncorvo. **Da dilatação do estômago das crianças na Policlínica geral do Rio de Janeiro. União Médica**, jul.1883b, n.7, p. 293-302.

FRANCO, Francisco de Melo. **Medicina Teológica**. São Paulo: Ed. Giordano, 1994. Coleção Memória.

GARRE, José Manuel Hernández. **Historia de las Matronas Evolución de la Ciencia y el Arte de la Partería**.DM. 2012.

GRENZER, Matthias. **O projeto do êxodo**. (Bíblia e História). São Paulo: Paulinas, 2004.

_____. **Análise poética da sociedade: Um estudo de Jó 24**. (Exegese). São Paulo: Paulinas, 2005.

HARTOG, François. **Evidência da História: o que os historiadores vêem**. Tradução Guilherme João de Freitas Teixeira. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

KARASCH, Mary. **História das doenças e dos cuidados médicos na capitania de Goiás**. In: CASTELLO, Lena B. (Org). Saúde e doença em Goiás: a medicina possível. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

LARINDO, Aparecida Macedo. José do Patrocínio Marques Tocantins (1840-1880): **Contexto histórico e Representação do afrodescendente na província de Goiás no século XIX**. Dissertação (Mestrado em História) – PUC – Go. Goiânia: 2017.

MAGALHÃES, Fernando. **A obstetrícia no Brasil**. Rio de Janeiro. Leite Ribeiro, 1992. P, 121-132.

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

MARQUES, Rita de Cássia. **“É preciso ser piedoso”: imagem social do médico de senhoras**. Belo Horizonte, 1907-1939. Niterói: Departamento de História da UFF, 2003. (tese de doutorado em História).

MONCORVO FILHO, Arthur. **Assistência à infância no Rio de Janeiro. Memória apresentada ao VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. Annaes do VI Congresso Brasileiro de Medicina e cyrurgia.** Typographia Brasil de Tothschild e Co. São Paulo, 1907, 779-796.

MORÃO, Simão Pinheiro. **Queixas repetidas em ecos [...].** Lisboa: Junta de investigações do Ultramar, 1965.

MOTT, Maria Lúcia. **Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (18801920).** Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2001, vol.35, n.1.

_____ **A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?** Revista Estudos Feministas. v 07 n 01 _2. Santa Catarina: UFSC, 1999

NOGUEIRA TANESE, Adriana. **Mulheres (e homens) contam o parto.** São Paulo: Biblioteca 24horas. 2011.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **História &História Cultural.** Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

PRATT, Mary Louise. **Os Olhos do Império. Relatos de viagem e transculturação.** Bauru, EDUSC, 1999.

REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

RIVORÊDO, Carlos. **Cuidar e tratar de crianças: Breve história de uma prática.** Taubaté. 1995.

ROHDEN, Fabíola. **Histórias e Tensões em Turno da Medicalização da Reprodução.** In. Gênero. Vol. 6. Niterói. 2006.

_____, **Uma ciência da diferença. Sexo e gênero na medicina da mulher.** Rio de Janeiro. Fiocruz. 2001.

SALLES, Pedro. **História da medicina no Brasil.** Belo Horizonte, Ed. G. Holman, 1971.

SCOTT, Joan W. Gênero: **uma categoria útil para os estudos históricos?** **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, dez. 1990.

_____ **Anfiteatro da cura: pajelança e medicina na Amazônia no limiar do século XX.** In: CHALHOUB, Sidney et. al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social.** Campinas: Editora da UNICAMP, 2003, p. 273-304.

SILVA, Robson Roberto da. **O Papel Social das Amas-de-Leite na Amamentação das Crianças Brancas na Cidade de São Paulo No Século XIX.** Curitiba - Pr. 2015

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças; cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

THOMPSON, E. P. **A peculiaridade dos Ingleses e outros artigos.** Campinas-SP: Ed. Unicamp. 2001.

_____ **Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional.** São Paulo: Cia. das Letras, 1998.