UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

LUCIANA APARECIDA PALHARINI

A HISTÓRIA DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: POSSIBILIDADES DOS MUSEUS COMO ESPAÇOS DE COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO SOBRE O TEMA

Campinas
2015

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

LUCIANA APARECIDA PALHARINI

A HISTÓRIA DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: POSSIBILIDADES DOS MUSEUS COMO ESPAÇOS DE COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO SOBRE O TEMA

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Fernanda de Mendonça Figueirôa

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ensino de Ciências e Matemática da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Ensino de Ciências e Matemática, na área de concentração de Ensino de Ciências e Matemática.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA POR
LUCIANA APARECIDA PALHARINI
ORIENTADA PELA PROFA. DRA. SILVIA FERNANDA DE MENDONÇA FIGUEIRÔA

Assinatura da Orientadora

CAMPINAS
2015

Agência de fomento: Capes
Nº processo: 0

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Educação
Rosemary Passos - CRB 8/5751

Palharini, Luciana Aparecida, 1977-
P175h A história da atenção ao parto e nascimento : possibilidades dos museus como espaços de comunicação e formação sobre o tema / Luciana Aparecida Palharini. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Silvia Fernanda de Mendonça Figueirôa.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Parto. 2. Nascimento. 3. Ensino de ciências. 4. Museus de ciência. 5. Medicina - Museus - História. 6. Museus - Estudo e ensino. I. Figueirôa, Silvia Fernanda de Mendonça,1959-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The history of delivery and childbirth care : possibilities of museums as institutions to communicate and educate about this theme
Palavras-chave em inglês:
Delivery
Childbirth
Science education
Science museums
Medical - Museums - History
Museums - Study and education
Área de concentração: Ensino de Ciências e Matemática
Titulação: Doutora em Ensino de Ciências e Matemática
Banca examinadora:
Silvia Fernanda de Mendonça Figueirôa [Orientador]
Maria Inês Petrucci Rosa
Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Maria Margaret Lopes
Bernardo Jefferson de Oliveira
Data de defesa: 31-07-2015
Programa de Pós-Graduação: Multiunidades em Ensino de Ciências e Matemática

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

A HISTÓRIA DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: POSSIBILIDADES DOS MUSEUS COMO ESPAÇOS DE COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO SOBRE O TEMA

Autora: Luciana Aparecida Palharini
Orientadora: Profa. Dra. Silvia Fernanda de Mendonça Figueirôa

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por Luciana Aparecida Palharini e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 31/7/15

Assinatura: .....

Orientadora

COMISSÃO JULGADORA:

2015

Ao meu pai, Jose Antonio (in memorian)
e a minha mãe, Elza Regina,
pois sem eles nada haveria.

Ao Diêgo (in memorian),
que comigo sonhou em parir.

AGRADEÇO

Primeiramente, a minha orientadora, Profa. Dra. Silvia Fernanda de Mendonça Figueirôa, por tudo que aprendi academicamente com sua bagagem extradiornária e sua perspicácia. Agradeço pela paciência nos momentos em que enfrentei fortes processos de vida pessoal, por acreditar em mim e me apoiar acima de tudo na busca por essa pesquisa e na concretização dessa tese. Agradeço pela parceria feminina, de mulher para mulher, com sua orientação que foi muito além dos livros e da pesquisa, transformando-se em parceria de vida.

À Capes, pelo fomento à pesquisa desde o seu início, apoio fundamental para que essa investigação se realizasse com plena dedicação.

Aos professores do PECIM pela inciativa de criação de um programa de pós-graduação relevante para a pesquisa em ensino de ciências no Brasil, nos oferecendo a possibilidade de uma formação multidisciplinar e de um amadurecimento acadêmico no âmbito do ensino e da pesquisa.

À Profa. Dra. Maria Margaret Lopes, por quem tenho muito apreço e admiração por sua pessoa e por sua competência acadêmica, agradeço por ter me acolhido desde o início da pesquisa, espremendo a agenda para me receber para uma conversa que fez toda a diferença em minha trajetória. Agradeço também pela grande contribuição que ajudou a encaminhar a pesquisa, quando de sua participação como membra da banca examinadora no Exame de Qualificação, e por ter aceitado o convite para participação desta Defesa de Doutorado.

Ao Prof. Dr. Nelson Filice de Barros, por ter me dado o imenso prazer de sua participação como membro da banca examinadora no Exame de Qualificação, com seu olhar sensível e suas observações pertinentes e produtivas quanto ao tema.

À Profa. Dra. Inês Petrucci Rosa, pelo breve convívio acadêmico no PECIM, pelas problematizações valiosas no Exame de Qualificação, que contribuíram para os rumos teóricos da pesquisa, e por ter aceitado o convite para participar desta Defesa de Doutorado.

À Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo, com quem, nos poucos encontros presenciais que tivemos, muito aprendi sobre a atenção obstétrica no Brasil, agradecendo também ter aceitado o convite para a participação como membra da banca examinadora desta Defesa de Doutorado.

Ao Prof. Dr. Bernardo Jefferson de Oliveira, com quem espero estar apenas iniciando

uma interlocução sobre este tema, e pela honra de ter aceitado participar como membro da banca examinadora desta Defesa de Doutorado.

À Profa. Dra. Elaine Muller, pelo contato iniciado bem no início de minha trajetória nesta pesquisa, que se configurou, para mim, um incentivo para pensar na possibilidade de articulação do tema do parto e nascimento com os museus, e com quem espero, ainda, ter a oportunidade de criar interlocuções sobre essa temática. Agradeço também por ter aceitado o convite para fazer parte desta Defesa de Doutorado como membra da banca examinadora.

Ao Prof. Dr. Mauricio Compiani, pelas valiosas aulas onde debatíamos e aprendíamos muito e por ter aceitado compor a banca examinadora de Defesa deste Doutorado.

À Profa. Dra. Maria José Pereira Monteiro de Almeida, agradeço ter aceitado o convite para compor a banca examinadora de Defesa deste Doutorado.

À equipe do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM), estagiários, arquivistas, e, especialmente, ao Éverton Reis Quevedo e à Angela Pomatti, pela recepção maravilhosa que tive, com toda a estrutura disponível para a realização da pesquisa de campo.

À Simone Flores, do Museu de Ciência e Tecnologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (MCT/PUCRS), por ter me recebido com toda a atenção para a realização da pesquisa de campo nessa instituição.

À Profa. Dra. Marília Xavier Cury, pela oportunidade valiosa de ter cursado sua disciplina no Programa de Pós-Graduação Multiunidades em Museologia, sediado no Museu de Etnologia e Arqueologia da Universidade de São Paulo, por sua postura docente sempre comprometida em contribuir para nossos temas de pesquisa e por ter se colocado à disposição para interlocução sobre essa pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcelo Firer, pelo período de trabalho compartilhado no Museu Exploratório de Ciências da UNICAMP, onde tudo começou: meu interesse e fascinação pelo campo dos museus e da educação em museus, meu encontro com novas pessoas e saberes, me trazendo muito aprendizado em tão pouco tempo e me permitindo criar novos rumos acadêmicos e profissionais. Agradeço sua amizade e confiança, e as conversas instigantes sobre os museus de ciências, que criaram uma diferença entre um antes e um depois.

À Profa. Dra. Cristina Meneguello, ao Prof. Dr. Samuel Rocha e à Profa. Dra. Adriana Vitorino Rossi, também pelo período de trabalho compartilhado no Museu Exploratório de

Ciências da UNICAMP e tudo o que pude aprender nessa experiência.

Aos mediadores que trabalharam no Museu Exploratório de Ciências da UNICAMP, no período entre 2010 e 2011, com quem muito me diverti e aprendi sobre a mediação e a educação em museus.

Aos amigos Profa. Dra. Maria José Maluf Mesquita e Prof. Dr. Jefferson Picanço pela importante amizade que nasceu entre nós e pelas deliciosas conversas sobre a academia, a ciência, os museus e, acima de tudo, sobre a vida.

Às colegas de grupo de orientação, Waleria Soares, Haira Gandolfi e Thayse Zanbom de Aragão, pelas ricas trocas entre nossas pesquisas.

Aos colegas do PECIM, nos momentos compartilhados em disciplinas, nas cantinas, nos seminários e reuniões discente, onde muitas discussões e avanços necessários se fizeram e amizades nasceram. Em especial, agradeço a Leandro Trindade, Cassiano Pagliarini, José Marcio de Lima Oliveira, Claudia Bortolato, Aldo Pereira e Peter Trento.

À Mariana Sombrio, Bruna Vasconcelos e Rebeca Feltrin, mulheres fortes, queridas e grandes pesquisadoras na área de estudos de gênero. Agradeço a amizade que nasceu e a recepção em "nosso" grupo, do qual eu ainda não fazia parte, e que surgiu em um momento fundamental para a realização dessa pesquisa.

À Leticia Canelas, amiga do coração que faz parte da lista importante da vida e que, atenta ao meu tema de pesquisa, me enviou da França uma cópia do Jornal da Martinica do século XIX que falava sobre um curso de partos. Lindo demais.

Ao Cassio Feres Riedo, pelo companheirismo e pelas infindáveis conversas sobre ciência, filosofia e sobre a vida, com quem tive também o prazer de produzir alguns projetos e trabalhos, juntamente com a colega Joyce Wassem, a quem também agradeço pela parceria.

À Regina Machado de Souza, minha irmã de coração, que se tornou doula em nossas trajetórias de formação do ser mãe e de formação política e existencial sobre o tema da atenção ao parto e nascimento. Agradeço à vida por essa amizade que começou lá atrás, quando fui professora dessa figura incrível, que hoje muito me ensina e com quem sempre recarrego minha luz.

À Lívia Tiede, minha parceira de todas as horas, que me deu apoio em grandes momentos da minha vida quando mais precisei, e que me ajudou também imensamente desde o início da pesquisa, tanto com seu incentivo, como na reta final de sua escrita: com questões

do cotidiano, com conversas sobre a tese, e em dias em que só o carinho já bastava como combustível para continuar as horas insanas de trabalho contínuo. Muito amor.

À Lucelma Braga, minha querida amiga, agradeço primeiramente a alegria de compartilhar novamente a vida cotidiana, depois de tantos anos geograficamente distantes. Agradeço também seu amor em forma de apoio, com questões práticas, com os cuidados com a minha filha, e com um carinho diário, sem descuido. Sem isso teria sido muito mais difícil.

À Maria Aparecida da Silva Damin, pelo incentivo sempre, pelas constelações e campos intensivos que ela lindamente coloca na vida, pela amizade tão sublime e nossa sintonia tão fina, por tanto amor.

Às várias irmãs e irmãos de coração, que em algum ou em muitos momentos estiveram presentes, atentos ao tema na produção da pesquisa, ou simplesmente fazendo a diferença na vida durante essa trajetória, que se compõe também do que vamos vivendo e de quem nos acompanha: Adriana Pessoa, Anne Binder, Antônio Libério de Borba, Arminda Prado, Carmen Betiol, César Munhoz, Cintia Campolino, Clecia Gomes, Coraci Ruiz, Cristina Astolfi Carvalho, Daltro Rotta, Daniel Homem, Daniela de Morais, Emerson Melo Moura, Flavia Natércia, Gabriel Mazotti, Glaucia Fraccaro, Helena Seixas Gameiro, Ieda Cruz, Juliana Piovesan, Julio Matos, Lívia Lima, Luiza Sandler, Manuela Frota Faria, Maria Carolina Frias, Mariana Romero, Michelle Saig, Paulo Lara, Paulo Sakae Tahira, Pilar Guimarães, Thiago Novaes, Rafael Diniz, Renato Falzoni e Valéria Aroeira.

Ao João Paulo Prioli, pela amizade querida e pela valiosa contribuição para a redação do *abstract* dessa pesquisa.

À Graciete Mary Santos, pela troca rica entre nossas filhas – em períodos de greve da escola, inclusive – onde as meninas em suas brincadeiras tardes inteiras eram felizes e nos aliviavam nessa conciliação de turnos entre ser mãe e escrever a tese.

À Ana Luisa Fernandes de Morais, pela amizade querida que nasceu também por meio de nossas filhas, e pelo suporte preciocíssimo na reta final deste percurso.

À Janaina Campos, que com amor me ensinou que eu tinha uma criança dentro de mim.

Ao Daniel Leal Macedo, pelo grande companheirismo em muitos momentos na minha trajetória desse doutorado, especialmente na fase final.

A Ana Lúcia Santos, o anjo em minha vida, que sempre me incentivou e esteve ao meu lado em muitos dos momentos difíceis, tornando-se uma grande amiga.

À equipe do GPA, onde fui muito acolhida e onde tudo começou. Agradeço especialmente ao Prof. Dr. Hugo Sabatino, minha doula Lucía Caldeyro, Silvia Cordeiro e Fernanda de Souza Freitas Abbud.

À família Morais e adjascentes, pessoas queridas e importantes que se tornaram minha família. Agradeço especialmente a Humberto, Marlene, vovó Sebastiana, Vera Maria, Maria Helena, Marta Amélia, Homero, Adriane, Célia e tia Isa.

Aos meus sobrinhos queridos por quem carrego um amor maternal, Ricardo Filho, Juliano e Thiago, e ao meu irmão Ricardo Palharini, simplesmente por existirem e serem parte de mim como minha família.

À Clara, minha filha e parceira, presente da vida, que me deu a oportunidade de ser mãe de uma criança tão linda; agradeço por ter compreendido essa mãe que tinha que trabalhar muito para ser "doutora" – um motivo de orgulho para ela; pelos momentos que me trouxeram o riso em meio à tensão quando, na tentativa de concluir um parágrafo, chegava com um pedido para ajudá-la a trocar a roupa da boneca; por sua alegria e vontade de saber das coisas; e por me colocar à prova de meus limites, me fazendo entrar na busca de mim mesma, da minha criança interior, das minhas sombras e da minha luz.

Por fim, e deixado por último exatamente por tamanha importância, agradeço a minha mãe, Elza Regina, a menina-do-dedo-verde capaz de trazer vida às plantas que já se tinha dado como mortas, minha grande parceira, que nunca me deixou e esteve sempre comigo nas horas que mais precisei, cuja coragem em acordar e viver a vida todos os dias, com todo seu peso e sua alegria, me inspira a seguir adiante.... Sem você, não haveria começo.

Resumo

A história da ciência obstétrica nos mostra que o investimento sobre o corpo feminino, nos moldes do biopoder, alijou a mulher do protagonismo sobre a gravidez e o parto, deslocando seu significado para um evento patológico. Isso se reflete em medicalização excessiva e problemas de diferentes ordens, apontados por organizações relevantes como a OMS, que mostram a falta de evidências científicas em procedimentos de rotina. Atualmente, há um debate mundial sobre a hegemonia do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento, inclusive no Brasil. Um número cada vez mais crescente de pesquisas na área da saúde denunciam um quadro de intervenções médicas inadequadas, acompanhadas por violações aos direitos humanos e sexuais e reprodutivos das mulheres em vários países, com especial atenção ao Brasil, que ocupa a primeira posição mundial no *ranking* de cirurgias cesareanas, ao lado de uma alta taxa de mulheres que sofrem a chamada "violência obstétrica", de acordo com pesquisas recentes. O modelo hegemônico, por outro lado, investe seus esforços na disseminação de discursos centrados na noção de risco e pautando a segurança da assistência ao parto no uso de tecnologias. No entanto, apesar de inúmeras ações no provimento de informações por movimentos organizados e por parte do governo federal, a maior parte das mulheres e da população de um modo geral não tem acessado esse debate ou não tem informações suficiente para uma tomada de posição em relação ao assunto. Temos identificado uma ausência do tema no ensino de ciências, tanto na educação formal quanto na educação não-formal. Pensando nos museus enquanto espaços privilegiados da história, da comunicação e da inclusão social, por meio da linguagem expositiva e de ações educativas, nossa questão foi: não poderiam os museus contribuírem para a comunicação do tema do parto e nascimento? A partir dessa hipótese, o objetivo da pesquisa foi investigar exposições em museus que abordassem, de alguma forma, o parto e nascimento. Foram analisadas exposições em três importantes museus brasileiros: Museu da Vida, Rio de Janeiro; Museu de Ciência e Tecnologia da PUC Rio Grande do Sul, Porto Alegre; e Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Os resultados apontam problematizações e potencialidades nas exposições, evidenciando que o assunto ainda é incipiente, mas que os museus são espaços férteis para sua comunicação, desde que envolvam as controvérsias que envolvem o tema ao longo da história, visando a inclusão social. No caso brasileiro, com suas especificidades de altíssimo número de cesáreas e educação científica deficiente, os museus se constituem como espaços relevantes e, até mesmo privilegiados, para abordar o tema, podendo contribuir para ampliar o debate.

Palvras-chaves: parto e nascimento; ensino de ciências; educação em museus; museus de ciências; museus de história da medicina

Abstract

The history of obstetric science shows us that investment on the female body, in biopower templates, dismissed the woman's role on pregnancy and childbirth, shifting its meaning to a pathological event. This is reflected in excessive medicalization and problems of different orders, pointed out by relevant organizations such as OMS, showing the lack of scientific evidence into routine procedures. Nowadays, there is a worldwide debate about the hegemony of the technocratic model of labor and birth care, including Brazil. An increasingly growing number of health research denounce a picture of inappropriate medical interventions, accompanied by violations of women's human rights, including sexual and reproductive rights, in many countries, especially Brazil which occupies the first position in the world ranking of cesarean sections, next to a high rate of women suffering the so-called "obstetric violence", according to recent research. The hegemonic model, on the other hand , invests its efforts in discourses centered on the notion of risk and guiding the safety of labor through technological use. However, despite numerous actions to provide information by organized movements and by the federal government, most of the women and the population have no access this debate or do not have enough information to position themselves about this subject. Problems have been identified in absence of this theme in science education, both in formal or non-formal education. Thinking of museums as privileged spaces of history, communication and social inclusion, through the exhibition language and educational actions, the question was: Could not museums contribute to communicate the theme of labor and birth? From this hypothesis, this research aimed to investigate museum exhibitions that dealt in some way with labor and birth. Exhibitions were analyzed in three important Brazilian museums: Museu da Vida, Rio de Janeiro; Museu de Ciência e Tecnologia, PUC-RS, Porto Alegre; e Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. The results show problematizations and potentialities in the exhibitions, showing that this subject is still incipient, but museums are fertile areas for its communication, since involving the controversies surrounding the theme throughout history, aiming social inclusion. In the brazilian case, with its specificities among the high number of cesarean deliveries and poor science education, museums are constituted as relevant spaces and even privileged to address the issue and may contribute to broaden the debate.

Keywords: delivery and childbirth; science education; education in museums; science museums; medical history museums.

Lista de Ilustrações

Figura 1 Jornal da Martinica, 09 abril 1831.

Figura 2 Painel de abertura da exposição

Figura 3 Módulo “Criança & Sociedade” - canto temático

Figura 4 Módulo “Nascimento” - paineis suspensos

Figura 5 Módulo “Concepção” - esculturas

Figura 6 Módulo “Concepção” - objetos sintéticos

Figura 7 Módulo “Nascimento” - objetos e painel

Figura 8 Módulo “Nascimento” - destaque para paineis

Figura 9 Módulo “Nascimeno” - à esquerda, parto em casa; à direita: esculturas de parteiras

Figura 10 Módulo “Concepção” - “O encontro”

Figura 11 Módulo “Concepção” - escultura Feto_1

Figura 12 Módulo “Concepção” - escultura Feto_2

Figura 13 Módulo “Concepção” - escultura Feto_3

Figura 14 Módulo “Concepção” - painel “Lendas & crenças”

Figura 15 Módulo “Nascimento” - detalhe: mapa do Brasil composto de barrigas grávidas (ao fundo, à direita)

Figura 16 Figura 16: Módulo “Concepção” - detalhe: barrigas sem rosto_1.

Figura 17 Módulo “Concepção” - detalhe: barrigas sem rosto_2.

Figura 18 Módulo “Nascimento” - partos naturais.

Figura 19 Módulo “Nascimento” - partos hospitalares.

Figura 20 Exposição “Reprodução” - modelos didáticos sintéticos.

Figura 21 Exposição “Reprodução” - parede didática: aparelho reprodutor feminino e gestação.

Figura 22 Exposição “Reprodução” - modelo anatômico sintético manipulável: útero grávido, feto e pelve feminina.

Figura 23 Exposição “Reprodução” - painel “Estágios do nascimento”.

Figura 24 Exposição “Reprodução” - painel “Estágios do nascimento” (detalhe: placenta).

Figura 25 Exposição “Reprodução” - parede de fetos naturais (visão geral).

Figura 26 Exposição “Reprodução” - fetos naturais (detalhe).

Figura 27 Exposição “Reprodução” - escultura “Família” (entrada da exposição).

Figura 28 Exposição “Reprodução” - escultura “Família” (detalhe).

Figura 29 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - 2a Mateada, Praça Dom Sebastião, Porto Alegre.

Figura 30 Ato do MUHM na campanha de prevenção ao câncer de mama, em frente à sede do museu.

Figura 31 Itinerância da exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - Usina do Gasômetro, Porto Alegre.

Figura 32 Itinerância da exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - Museu Chalé da Cachoeira, RS.

Figura 33 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - visão geral. Inauguração da exposição na sede do MUHM, 08 de março de 2008.

Figura 34 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - paineis alternados, sobre parteiras, benzedeiras e médicas; detalhe: frases destacadas de seus relatos (montagem itinerante).

Figura 35 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - paineis de médicas_1.

Figura 36 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - paineis de médicas_2.

Figura 37 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - paineis sobre parteiras e benzedeiras_1.

Figura 38 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - paineis sobre parteiras e benzedeiras_2.

Figura 39 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - paineis sobre parteiras e benzedeiras_3.

Figura 40 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - objetos da exposição: manuais de obstetrícia e fórceps (montagem itinerante).

Figura 41 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - objetos da exposição: *phantom.*

Figura 42 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - cenário da médica Rita Lobato (detalhe: réplica do vestido de Rita Lobato).

Figura 43 Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - visão geral da exposição (detalhe ao fundo: réplica do vestido de Rita Lobato).

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Procedimento de análise – Exposição *Nascer* - Museu da Vida/Fiocruz

Tabela 2 - Procedimento de análise – exposição *Reprodução* - Museu de Ciência e Tecnologia/PUCRS

Tabela 3 - Procedimento de análise – exposição *Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino* - Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul/ SIMERS

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA)

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEDERJ – Centro de Educação à Distância do Estado do Rio de Janeiro

CEDOC – Centro de Documentação em Ensino de Ciências

CFM – Conselho Federal de Medicina

COC – Casa Oswaldo Cruz

CPN – Centro de Parto Normal

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DNA – Deoxyribonucleic Acid (Ácido Desoxirribonucleico - ADN)

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

FAPERJ – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

FDA – Food and Drug Administration (EUA)

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GPA – Grupo de Parto Alternativo

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana - VIH)

ICOFOM – International Committee for Museology

ICOM – The International Council of Museums

IFF – Instituto Fernandes Figueira

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INT – Instituto Nacional de Tecnologia

IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

LABJOR – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo

MCT – Museu de Ciência e Tecnologia

MG – Minas Gerais

MUHM – Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul

MV – Museu da Vida

NIH – National Institute of Health (EUA)

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PE - Pernambuco

PMI – Protection Maternelle et Infantile (França)

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

ReHuNa – Rede de Humanização do Nascimento

RJ – Rio de Janeiro

RN – Rio Grande do Norte

RS – Rio Grande do Sul

SIMERS – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Apresentação **21**

Introdução **29**

Capítulo 1: Referenciais teóricos e perspectivas da pesquisa **47**

1.1. O diálogo entre vários campos disciplinares 47

1.2. A cartografia como imagem metodológica da pesquisa 48

1.3. Focault: formação discursiva, enunciado e a relação entre saber e poder 53

1.4. A história e os estudos de gênero enquanto perspectivas da pesquisa 57

Capítulo 2: História da atenção ao parto e nascimento: do século XVII ao momento contemporâneo **67**

2.1. A entrada do homem na cena do parto: cirurgiões-barbeiros e médicos-parteiros 67

2.2. O estabelecimento da medicalização do parto: o cenário brasileiro nos séculos XIX e XX 71

2.3. Parteiras: continuidades e descontinuidades 79

2.4. O discurso médico e a medicina da mulher: biopolítica e transformações no conhecimento científico do século XIX 88

2.5. Momento atual: a reivindicação por mudanças nas práticas de assistência obstétrica e por outras subjetividades possíveis na cena do parto 96

Capítulo 3: O museu como espaço de comunicação e formação **112**

3.1. Breve histórico dos museus de ciências 112

3.2. A dimensão educacional dos museus de ciências 116

3.3. A exposição como meio privilegiado de comunicação dos museus 126

Capítulo 4: O parto e o nascimento em exposições em museus brasileiros **138**

4.1. Exposição: “Nascer” 142

4.1.1. Museu da Vida – Fundação Oswaldo Cruz (MV/Fiocruz) 142

4.1.2. Exposição “Nascer” - Aspectos descritivos 143

4.1.3. Exposição “Nascer” - Análise e discussão 148

4.2. Exposição: “Reprodução” 178

4.2.1. Museu de Ciência e Tecnologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (MCT/PUCRS) 178

4.2.2. Exposição “Reprodução” – Aspectos descritivos 179

4.2.3. Exposição “Reprodução” – Análise e discussão 183

4.3. Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” 191

4.3.1. Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (MUHM/ SIEMERS) 191

4.3.2. Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” – Aspectos descritivos 195

4.3.3. Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” – Análise e discussão 202

4.3.3.1. Discurso da exposição 202

4.3.3.2. Discurso dos atores envolvidos 212

Considerações Finais **227**

Referências **248**

Apresentação

Ele já tinha a malinha dele e ia esterilizando tudo quando começava o trabalho de parto, enquanto alguém ia chamar a parteira. Naquele tempo, era a cavalo, de carroça... Quando a parteira chegava, o nenê já tinha nascido, ele já tinha até cortado o cordão. A parteira só conferia se estava tudo bem, "está tudo certinho, Seo Victorino", e cuidava da vó, do nenê... Às vezes, a placenta já tinha saído, às vezes ainda ia sair. Teve um parto que a parteira avisou antes que esse ia ter que ser no hospital, o nenê estava sentado. Mas a vó não foi, nunca ela foi pro hospital... Esse foi difícil, mas nasceu, nasceu sentado.

Cresci ouvindo esses relatos na minha infância, achando o parto um evento muito natural e admirando a coragem da minha avó e dele... Meu avô, meu avô parteiro, Victorino Domingues Alonso, que infelizmente não conheci. Minha avó se foi também quando eu era ainda muito pequena. Quem contava essas histórias era minha mãe, que não conheceu o pai porque ele havia falecido, em dezembro de 1948, um mês antes dela nascer. Um dos únicos partos, em treze ao todo, que ele não fez.

Assim foi se iniciando meu imaginário sobre o parto e o nascimento, por meio de um relato de família forte, bonito, difícil. Depois, vieram outras histórias, felizes e tristes. Meu irmão mais velho, que faleceu com menos de um mês de vida, nasceu prematuro. Minha mãe, quando começou a sentir contrações, sabia que ainda faltava um mês pelas contas dela. Com 18 anos, rosto de menina, caipira do interior que morava há pouco tempo em São Paulo, tentou explicar que não era hora, mas foi debochada na maternidade na capital: "E você lá sabe fazer contas? Não, seu nenê vai nascer agora", disse o médico obstetra. O parto foi induzido e Rogério nasceu, de parto normal. Mãe e filho tiveram alta dois dias depois e foram para casa. Na maternidade, nenhuma recomendação, nenhuma orientação. Minha mãe, no entanto, não se convenceu de que ele não fosse prematuro. Depois de uns dois dias, conseguiu que um pediatra, amigo de família, fossem visitá-los. De acordo com ele, de fato o bebê era prematuro. Recomendações de suspender visitas de família, cuidados redobrados com a higiene e algumas outras orientações. Depois de uma semana, Rogério começou a ter disenteria. Ficou internado por uma semana e faleceu. Minha mãe nunca contou essa história com muito peso e eu só fui entender a real dimensão disso depois que fui mãe. E foi aí que

entendi, também, os traumas que haviam ficado nela, quando percebia seu desespero exagerado com qualquer diarreia que minha filha, recém-nascida, tivesse.

Minha mãe seria mãe novamente depois de três anos, do meu irmão, Ricardo. E mais sete anos depois, uma terceira gestação: era eu quem estava a caminho. Aos seis meses, no entanto, uma dilatação de dois centímetros alarmou a situação: eu poderia nascer muito prematuramente. Mas dessa vez a história é feliz, apesar dela ter que ficar de repouso do sexto ao nono mês de gestação, na cama, sem sair para absolutamente nada. O Dr. Brás, um jovem obstetra, de quem ela fala com um carinho enorme até hoje, era irredutível quanto a evitar um parto prematuro. Eu só nasceria, segundo ele, aos nove meses e, para isso, teria que contar com ela. Ela foi corajosa também, enfrentou cama, repouso, com filho pequeno e ajuda de muita gente, e eu nasci com 38 semanas de gestação.

Minha mãe teve três partos, todos normais, e isso também formou minha opinião. Dr. Brás, segundo ela, dizia: "a gente [médico] não tem que fazer nada, só esperar, a natureza faz tudo sozinha". Hoje, com todo o crivo crítico afiado, eu faria alguma observação sobre essa fala: o mérito não era da mulher, era da "natureza" - termo que também tem lá sua carga problemática. Mas, no mínimo, o protagonismo também não era do médico e sempre vi nisso uma postura de humildade muito grande, e a ideia de que o parto não era um mecanismo falho da natureza, era perfeitamente possível, natural. Minha mãe me contava isso em meio a comentários sobre a cesárea e a difícil recuperação pós-cirúrgica, afirmando o valor do parto normal – nos anos 1980, em que agendar a cesárea começou a ser o padrão do nascimento entre muitas mulheres conhecidas nossas, e o discurso do evitar a dor muito disseminado. A dor? Segundo minha mãe, era terrível, ela me descrevia o que sentia nas contrações – e eu morria de medo, pensava como ia fazer para passar por isso se resolvesse ser mãe. Mas passava, segundo ela, logo que o bebê acabava de nascer. Dizia para mim uma frase que ouvia quando era pequena: "Minha mãe dizia que Nossa Senhora passa a mão na cabeça da gente quando a criança acaba de nascer, pra gente esquecer da dor e ter coragem de ter outro filho".

E foram com essas imagens que cresci até enfrentar minha própria gestação, em 2008. Nessa época, morando em Campinas, eu já havia tomado contato com outras experiências de parto de amigas. Foi, então, que resolvi procurar o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), para tentar um parto de cócoras. Esse tipo de parto nem era minha pretensão inicialmente, tinha até

receios se teria preparo físico para ficar agachada durante tanto tempo – apesar de descobrir depois que havia uma cadeira para o parto de cócoras[1], que dava todo o suporte para amenizar o cansaço; descobri também que havia, até mesmo, uma analgesia, desenvolvida de forma que a mulher, caso desejasse, tivesse sua dor amenizada sem perder o controle dos movimentos do seu corpo, ainda sendo possível parir de cócoras. Em meio à percepção do parto normal como um evento cada vez mais raro e de relatos sobre a dificuldade na rede suplementar – nessa época eu tinha um determinado seguro saúde – de encontrar médicos, em Campinas, que se dispusessem a realizar o parto normal – os comentários eram que muitos deles agendavam, já no início da gestação, a cirurgia cesareana; esse, portanto, era o único serviço público, nessa cidade, que oferecia uma alternativa de parto diferenciada do modelo padrão. E, mesmo ainda sem muita informação nessa época, de alguma forma me pareceu mais lógico um parto vertical do que deitada em uma cama.

Iniciei o acompanhamento pré-natal em dois espaços, no CAISM e em uma clínica conveniada ao meu plano de saúde, pois queria aproveitá-lo para realizar os exames de ultrassonografia e outros de rotina do pré-natal. Tinha um certo receio de ser atendida por residentes, sentia mais confiança em um médico mais experiente. Opinião que mudou totalmente depois: minhas consultas nesse hospital-escola eram muito mais cuidadosas e demoradas do que na outra clínica, e quase todas as vezes o professor vinha participar da consulta também. Esse professor era o Dr. Jose Hugo Sabatino[2], com quem fui trabalhar por um período breve tempos depois – contarei mais adiante. O outro acompanhamento abandonei após a segunda consulta. Eu havia relatado ao médico meu desejo pelo parto de cócoras no CAISM; após ele insistir em me passar o valor da cirurgia cesareana[3] na primeira e na

1 Em 1990, o Prof. Dr. Hugo Sabatino, da Faculdade de Ciências Médicas, da UNICAMP, desenvolveu o projeto de uma cadeira de atenção ao parto, que permitisse às parturientes um suporte para a realização de partos em posição de cócoras. A cadeira é constituída por material de fibra de vidro e sua patente foi doada à UNICAMP.

2 Jose Hugo Sabatino formou-se em medicina na Universidade Nacional de Córdoba, Argentina em 1968. Fez residência na Maternidade Nacional da mesma Universidade e Doutorado defendido na Universidade de El Salvador, Argentina, em 1974. Em 1976 foi convidado a trabalhar no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde exerceu suas funções como Professor Adjunto até o ano de 2011. A partir dos anos 1980, criou o Grupo de Pesquisa e Assistência denominado de Parto Alternativo (GPA). Em 2007, ganhou o prêmio Abrange de Obstetrícia. Em 2010, o Ministro da Saúde lhe outorga o Premio Nacional sobre Humanização do Nascimento. Em 2011, foi convidado a ser consultor da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde do Brasil. Desenvolve vários projetos de pesquisa sendo responsável pela criação do maior banco de dados perinatais do Brasil. (Fonte: Biblioteca Virtual da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo – FAPESP, disponível em http://www.bv.fapesp.br/pt/pesquisador/103758/jose-hugo-sabatino/, Acesso em 05/06/2015.)

3 Em Campinas, é muito frequente os relatos de experiência com médicos que atendem por seguros-saúde, mas que cobram, à parte, um valor pela cesárea.

segunda consultas, mesmo com minha gestação ainda nas primeiras semanas e sem nenhuma intercorrência que caracterizasse risco e indicação para a cirurgia, decidi que não seria uma boa experiência continuar esse acompanhamento, após ele me dizer, também, que era melhor que eu ficasse só no CAISM já que desejava ter um parto de cócoras.

O pré-natal do "grupo do cócoras", o Grupo de Parto Alternativo (GPA), era diferenciado do das mulheres do protocolo comum. As consultas eram agendadas sempre no dia da semana em que Dr. Hugo estivesse de plantão – já que ele era o único obstetra e docente da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), em mais de 30 anos de pesquisa sobre o parto vertical, adepto ao parto de cócoras. Outro diferencial era que tínhamos reuniões de preparação para o parto e o nascimento, coordenadas por um grupo multidisciplinar – o que não acontecia no protocolo comum do pré-natal, mas que era aberto mesmo a quem não quisesse realizar o parto de cócoras. As reuniões aconteciam duas vezes na semana, à noite, para que o companheiro ou outro(a) acompanhante pudesse participar; envolvia atividades corporais, em um dos dias, e palestras e conversas no outro sobre temas diversos: vias de parto, puerpério[4], primeiro banho do bebê, amamentação, aulas sobre o mecanismo do parto de cócoras, orientações aos acompanhantes, além de eventualmente contar com a presença de ex-gestantes do grupo que davam seus relatos de parto – momento em que, pela experiência alheia, aprende-se muito. Sobretudo, haviam também conversas sobre o modelo hegemônico de assistência obstétrica, discussão sobre as intervenções, o protagonismo da mulher, incluindo o modelo de atendimento do CAISM. Nesse sentido, discutíamos também o nosso protocolo de parto, que era diferenciado, pois tínhamos direito à recusa de certos procedimentos de rotina, inclusive quanto a procedimentos no nascimento do bebê. E, principalmente, o que mais nos chamava a atenção, eram as orientações que nos eram dadas sobre como proceder diante de uma equipe de residentes – o atendimento se dava pela equipe que estivesse de plantão no dia do parto – que se recusasse a atender esse protocolo diferenciado e a realizar o parto de cócoras; o que, segundo alguns relatos de parto, tinha grandes chances de ocorrer. Isso causava uma preocupação e uma ansiedade enorme em nós, gestantes: além do medo do desconhecido, principalmente para as mulheres que iriam parir pela primeira vez, tínhamos também que nos preparar para um possível conflito com a equipe durante o trabalho de parto. Mas isso também me proporcionou uma vontade enorme de poder e de enfrentamento a esse modelo. E foi essa a minha primeira escola, minha formação inicial

4 É chamado de puerpério o período que compreende a fase pós-parto, quando a mulher passa por alterações físicas e psíquicas até que retorne ao estado anterior à sua gravidez.

sobre o tema da atenção ao parto e nascimento.

A formação política que tive oportunidade de receber nesse grupo foi um marco em minha vida, assim como na vida de muitas mulheres. E, mais do que isso, foi a descoberta de um universo até, então, desconhecido, pois eu não tinha noção do cenário problemático no atendimento obstétrico no Brasil. Eu ainda tinha como referência os relatos de minha mãe e não sabia que o parto normal, aquele em que o médico só esperava, havia se tornado tão assustador pelo número e natureza das intervenções, da indução como procedimento de rotina, aumentando, inclusive, a possibilidade de finalização com uma cesárea devido ao cansaço da mãe e/ou feto pelo aumento artificial e agressivo das contrações – um processo sofrido que culmina, muitas vezes, no famoso "sofrimento fetal" porque nem sempre esse aumento das contrações ocorre junto de um aumento da dilatação do colo uterino. Como dizia Dr. Hugo, em relação ao que se tornou a assistência obstétrica ao parto normal: "se eu tivesse que parir nesse modelo, com certeza faria uma cesárea"[5]. O que era para ser uma preparação para aquele momento tão importante e tão cheio de expectativas que viria a se dar em breve comigo, o parto, acabou sendo uma formação muito mais ampla, que despertou em mim um olhar para as questões históricas, políticas, socioculturais e científicas sobre o contexto do parto e do nascimento no Brasil.

Além disso, a experiência de atenção pelos profissionais do grupo, de diferentes formações, que, trabalhando voluntariamente, se dedicavam a acolher nosso momento tão precioso, vulnerável, cheio de dúvidas e expectativas, e tão singular para cada mulher, foi de extrema significância para meu processo de gestação, parto e pós-parto – quando ainda obtive acolhimento em uma complicação na amamentação quando já estava em minha residência, dias depois de minha filha ter nascido, de uma enfermeira estagiária no grupo e que hoje é parteira.

Meu parto de cócoras, no entanto, acabou não acontecendo, tive que passar por uma cirurgia cesareana, pois minha filha estava em posição pélvica, sentada. Quanto a isso, fui muito bem orientada pelo Dr. Hugo, a quem agradeço pelo cuidado que teve quando me deu a notícia de que, por esse motivo, não era prudente arriscar um parto vaginal. Minha primeira preocupação foi se seria preciso agendar a cirurgia, mas também fui orientada que não era necessário, podendo esperar pelo início do trabalho de parto, caso tudo ocorresse bem.

5 Isso tem sido indentificado por alguns autores: o quanto esse modelo tem contribuído para o afastamento das mulheres do parto normal (D'OLIVEIRA et al., 2012).

Eu queria passar por um processo que, desde menina, pensava como seria e se seria capaz. Eu queria sentir meu corpo e pensava nisso como um ritual, mesmo sabendo que ele não seria completo. E foi assim que aconteceu. Tive a satisfação de experienciar, intensamente, cinco horas de trabalho de parto, em minha casa, na companhia de minha doula e minha mãe, vivenciando na prática toda a prepação pela qual eu havia passado: na respiração que muito contribuiu para a diminuição das dores na contração, na entrega, no ambiente doméstico, contando com o acolhimento de pessoas que estão ali para auxiliar, na possibilidade de seguir o que meu corpo desejasse naquele momento – deitar, agachar, me banhar na água quente, rolar, me movimentar livremente; e para me preparar existencialmente para enfrentar a cirurgia, um processo diferente daquele que eu havia idealizado – num parto que seria semelhante ao da minha avó, já que no quinto mês de gestação eu também havia perdido meu companheiro.

Saí de casa com contrações já muito próximas entre si. No hospital, tive que escolher entre minha doula ou minha mãe como acompanhante, já que a inserção da doula no espaço profissional de atendimento ao parto é também um outro desafio que as mulheres enfrentam na hora de parir nos serviços brasileiros – isso quando não enfrentam também as dificuldades de terem seu acompanhante, que é garantido por lei, mas nem sempre cumprido.

Sobre o atendimento obstétrico que recebi, tive sorte relativamente: a equipe atendeu ao pedido que eu pudesse ter minha filha no colo ao nascer, caso ela estivesse bem. Retiraram alguns eletrodos e assim o fizeram, pude segurá-la por alguns minutos. Durante a preparação para a cirurgia, contudo, tenho uma observação a ser feita: eu sofri violência obstétrica física – um assunto que veremos mais adiante nesta Introdução – e apenas me dei conta disso meses depois. Assim como, hoje, sei que sofri violência obstétrica, física e psicológica, pela médica que realizou o último ultrassom, o que detectou que minha filha estava em posição pélvica[6].

6 Identificando que a bebê estava em posição pélvica, essa médica me deu a notícia da seguinte forma: "Xi... seu parto de cócoras foi pras cucuias!" No entanto, eu não havia mencionado meu interesse por esse tipo de parto antes da realização do exame e concluo que ela supôs isso ao ver, no pedido de exame, quem era o obstetra que me aconpanhava, associando sua identidade ao tipo de parto. Além disso, houve um outro momento de violência, durante a realização do exame, em que ela pressionou várias vezes minha barriga, agressiva e insistentemente, com o aparelho do ultrassom, para que minha bebê tirasse a mãozinha do rosto e pudéssemos "vê-la". Isso aconteceu durante muito tempo, me causando um incômodo tremendo; entretanto, eu não consegui pedir para parar e dizer que não fazia questão de ver seu rosto, o que não é do meu perfil essa dificuldade. A vulnerabilidade com a qual muitas mulheres se encontram, na gestação e no parto, torna mais permissivo esse tipo de violência praticada sob a autoridade médica e que abordaremos mais adiante, também nesta Introdução.

Mas minha filha nasceu, bem e sadia, com Apgar[7] 9/9, e mamou lindamente ainda na primeira hora de sua vida. Parece que tudo o que há de doloroso vai se apagar depois disso, como o discurso médico em que o importante é o bebê nascer bem. Mas nem sempre é o que acontece, há muitas questões importantes nesse processo. No plano existencial, algumas marcas permanecem, ficando apenas escondidas, e se revelam em momentos em que menos esperamos. O parto é um evento simbólico, além de fisiológico, independente da forma como se dá, e, quando se tem seu corpo e sua identidade invadidos ou desrespeitados, é preciso trabalhar arduamente, durante muito tempo depois, para ressignificar essa experiência.

Em 2009, iniciei um projeto, sob a orientação conjunta do Prof. Dr. Carlos Vogt, no Laboratório de Jornalismo e Divulgação Científica (LABJOR), UNICAMP, e do Prof. Dr. Hugo Sabatino, para divulgação científica das atividades do GPA, no CAISM, como bolsista do Programa José Reis de Incentivo ao Jornalismo e à Divulgação Científica, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Foi um projeto de apenas seis meses, pois acabei tendo que optar por outro caminho profissional na época. E, infelizmente, a realização do parto de cócoras foi desmantelada nesse centro, sendo a cadeira do parto de cócoras destinada a um depósito, após a aposentadoria do Prof. Dr. Hugo Sabatino, em 2011. O GPA mantém ainda suas atividades fora do CAISM, mas não se configura mais como uma preparação de gestantes dentro de um hospital do sistema público de saúde, em Campinas.

Um ano depois, em 2010, tive a feliz experiência de trabalhar no Museu Exploratório de Ciências da Universidade Estadual de Campinas, na época dirigido pelos professores Marcelo Firer, Cristina Meneguello, Samuel Rocha e Adriana Vitorino Rossi. Lá pude aprender muito sobre o campo dos museus de ciências, especialmente em reuniões com o Conselho Científico sobre os projetos para o museu, ocasião em que conheci minha orientadora, Silvia Figueirôa. Também aprendi muito com os mediadores, estudantes de quase todos os cursos de graduação da universidade, que por meio de muita dedicação e comprometimento realizavam esse percurso de formação dentro de um museu de ciências. Me encantei com projetos, como a Oficina Desafio e, principalmente, o Grande Desafio, por seu caráter abrangente e de inclusão social de jovens estudantes. Por sua premiação que não se baseava em valores consumistas, mas de incentivo à busca pelo conhecimento científico e

7 A Escala ou Índice de Apgar é um teste desenvolvido pela médica norte-americana Virgínia Apgar (1909 – 1974), que é utilizado como parâmetro para avaliar as condições do recém-nascido, de acordo com notas obtidas no primeiro e quinto minutos de vida, que orientam possíveis medidas a serem tomadas quando necessárias.

pelo exercício da criatividade na resolução de problemas da sociedade. Pela proposta de participação livre dos estudantes, sem necessidade obrigatória de um professor ou de um vínculo por meio de uma instituição escolar, mas que acabava envolvendo toda a escola. Os relatos de professores, coordenadores e diretores de escolas participantes, muitas delas do sistema público, nos dava o retorno sobre o impacto positivo da participação dos estudantes nesse projeto, com aumento de auto-estima, participação em sala de aula e consequente melhora de notas e aproveitamento de estudos. Meninos e meninas que participavam todos os anos e que, depois de completarem o ensino médio e saírem da escola, tornavam-se orientadores dos novos grupos participantes. Desde então, fui atraída para o campo dos museus e das possibilidades de educação nesses espaços, que nos proporcionam diversos caminhos e temáticas de trabalho com o público jovem e com a sociedade civil como um todo, na tentativa de realizar uma divulgação da ciência que realize a inclusão da sociedade nos principais problemas atuais e temas científicos de nosso tempo.

Trazer essa experiência de vida pessoal e profissional, especialmente em relação ao parto e nascimento, se deu, não apenas porque meu interesse em pesquisar o tema se iniciou a partir dela, mas também porque, nesse relato, aparecem várias das questões relacionadas à assistência ao parto e nascimento no Brasil, que correspondem ao que mostraremos a partir das historiografias sobre o tema e que serão abordadas ao longo do texto. Há, portanto, muita história nesse relato.

A seguir, passamos para a Introdução à pesquisa, que se inicia por uma síntese da história da atenção ao parto e nascimento e do cenário atual de questionamentos ao modelo hegemônico da obstetrícia, que veremos com mais profundidade no Capítulo 2; e, na sequência, apresentamos a problemática específica de onde partiu essa pesquisa, e do que se constituiu sua investigação.

Introdução

No final do século XIX, o parto hospitalar começou a se tornar uma prática cada vez mais dominante. Hospitais para mulheres e maternidades foram sendo criadas na Inglaterra, França, Alemanha e Estados Unidos desde a segunda metade do século. No Brasil, a criação de maternidades data do início do século XX, quando as reformas sanitaristas se tornaram mais intensas e a medicalização do parto vista como uma das estratégias de civilização da população. A resistência das mulheres em parir fora do ambiente doméstico foi cedendo lugar à confiança na figura do médico-parteiro, construída pelo discurso médico, e no ambiente hospitalar à medida que melhorava a segurança e a assepsia desse espaço.

Inicia-se, então, uma nova história na atenção ao parto e nascimento[8] até, então, um evento do universo feminino, que se dava entre mulheres e assistido pelas parteiras. Essas, além da atenção ao parto, eram na maioria das vezes quem cuidava também da saúde da mulher, do pré-natal e puerpério, das doenças femininas, dos aconselhamentos e orientações quanto à fertilidade, assim como dos cuidados ao recém-nascido. O homem adentrava na cena do parto na figura do cirurgião-barbeiro, chamado para os partos que se complicavam ou naqueles em que o risco já estava previsto.

As parteiras atuaram livremente ainda até meados do início do século XX no Brasil, mas foram perdendo seu lugar apesar de nunca terem desaparecido por completo, existindo até hoje parteiras tradicionais e parteiras com formação em todos os estados brasileiros, assim como em todo o mundo. Essa perda de território não se deu continuamente e

8 O que significa dizer "atenção ao parto e nascimento": a "atenção" refere-se ao atendimento, médico ou não, que se dá à parturiente e à criança no processo do parto e nascimento. Todos os procedimentos e condutas realizados desde o início do trabalho de parto até o nascimento, de forma institucionalizada ou não, dizem respeito à atenção ao parto e nascimento. "Parto" é o evento de trazer ao nascimento a criança que está no ventre e, portanto, pertence à mulher e às decisões sobre seu corpo. "Nascimento" refere-se à experiência de nascer e todos os processos que dizem respeito à atenção à criança que está nascendo. Parto e nascimento são eventos que estão inseridos em um contexto biológico, social, histórico, cultural, pessoal e familiar. Outros termos são utilizados na literatura como referência ao processo da gestação até o pós-parto, como "ciclo gravídico-puerperal". Nessa pesquisa, apesar de utilizarmos os dois termos em conjunto na maioria das menções, limitamo-nos à pesquisa sobre a atenção ao parto. A atenção ao nascimento não será o foco das discussões por pertencer a um outro e extenso universo de pesquisa, que envolve áreas como a pediatria, a neonatalogia e as abordagens perinatais, inserindo-se também, atualmente, em um amplo cenário de debates. A utilização da expressão "atenção ao parto e nascimento" será realizada por entendermos que tratam-se de eventos que não estão isolados, mas consideramos para fins de pesquisa entender o parto, a história de sua atenção, suas relações institucionais com a obstetrícia e os questionamentos atuais sobre a hegemonia de um modelo obstétrico que tem sido desconstruído científica e socialmente.

tampouco sem situações de transição, já que muitas delas, que passaram a ser formadas em cursos de partos no início do século XX, atuavam nos hospitais e maternidades ao lado de médicos, onde continuavam a realizar os partos de baixo risco – a maioria deles. No Brasil, isso se deu ainda até o início da segunda metade do século XX, em muitas capitais brasileiras.

Essa nova era na história da atenção ao parto se dá juntamente com o surgimento de uma medicina da mulher. O estabelecimento da medicalização do parto se deu graças ao investimento na produção de saberes sobre o corpo feminino mais intensamente a partir da segunda metade e final do século XIX (ROHDEN, 2000). A medicina, nesse período marca uma nova era em que, por meio da crítica ao seu passado, apresenta-se agora como medicina científica. O cirurgião-barbeiro do século XVIII, munido de alguns instrumentos e pouco conhecimento sobre o corpo feminino, foi sendo definitivamente substituído pelo obstetra do século XIX, que reúne em torno de si a validade do conhecimento científico, um interesse incessante por conhecer o corpo feminino e a imagem de protetor da mulher disposto a salvar sua vida (MARTINS, 2005).

O reconhecimento da obstetrícia cresce juntamente com a autoridade do saber médico, o saber ao qual se recorre para o governo do corpo populacional – a biopolítica da população (FOUCAULT, 2003a). Sua história, enquanto prática e saber médico, portanto, é condicionada a esses contingentes históricos, da substituição das mulheres pelos homens no cuidado ao parto e no interesse pelo controle do corpo feminino pela medicina: com o desenvolvimento da medicina a partir de uma ciência que se baseia na imagem do corpo humano como máquina, nos princípios da força e da violência e de seu interesse pelo corpo da mulher como sinônimo de mistério e força selvagem que necessitava ser estudado para ser controlado (ROHDEN, 2000); para, posteriormente, se tornar alvo das demandas populacionais, da biopolítica, da definição e monitoramento da mulher em sua função reprodutiva e da justificativa de seu lugar social no ambiente doméstico.

A obstetrícia, desde o seu início, se desenvolveu como uma tecnologia de dominação e controle organizada a partir de uma concepção mecânica do corpo, e do nascimento visto como um evento violento e não natural (ARNEY, 1982). Mudanças estruturais e simbólicas do parto aconteceram para que a medicalização do parto e nascimento se desse e se transformasse no modelo atual, comparado por autores como Emily Martin (2006), a uma linha de montagem de fábrica. Um deslocamento que operou também uma

mudança no foco de atenção ao parto, da mulher para o feto; o protagonismo na cena do parto se transfere para a equipe médica e a mulher se resume a seu útero.

Do século XIX aos dias de hoje, a medicina enfrentou um longo caminho para que a medicalização do parto e sua realização no ambiente hospitalar realmente se estabelecesse, que não se deu de forma contínua e nem sem conflitos de toda ordem; finalmente, no século XX, o hospital se concretizou como local de nascimento, de forma que a exceção, hoje, é o parto não hospitalizado. A quantidade e as formas de intervenção foram aumentando cada vez mais, de forma que o parto – e, consequentemente, o corpo feminino – passou a se tornar um evento completamente controlado pela medicina. Na mesma lógica, sob o argumento biomédico do risco e da segurança do parto "normal", foi crescendo em todo o mundo, com especial atenção ao caso brasileiro, uma cultura médica de valorização da cesárea como "padrão ouro de atenção dispensada à mulher, potencializando forte rede hospitalar, oriunda dos vultosos investimentos públicos e privados" (FERREIRA JUNIOR e BARROS, 2012, p. 1592).

Com isso, o modelo brasileiro de atenção ao parto e nascimento, passou, a partir dos anos 1980, a ser cada vez mais questionado por pesquisadores e especialistas da área da saúde por ser considerado altamente intervencionista e impessoal. No final dessa década, emerge, no Brasil, o *movimento pela humanização do parto*, como um movimento de contracultura, que tem filiações com outros movimentos, em outros países, sob outras denominações, como o movimento do "parto sem dor", nos Estados Unidos. As principais bandeiras desse movimento é a luta pelo protagonismo da mulher na gestação e no parto e por menos intervenções.

Esses questionamentos, na verdade, tem ocorrido em vários países tanto do hemisfério sul quanto do hemisfério norte, no sentido de problematizar a hegemonia e os modos de intervenção no parto e nascimento desse "modelo tecnocrático" na obstetrícia – termo cunhado pela antropóloga e ativista norte-americana Robbie Davis-Floyd (1993; 2001) muito utilizado por essa literatura crítica atualmente. Esse modelo, centrado no médico, contribuiria, segundo os questionamentos para: a perda do protagonismo da mulher na cena do parto devido ao abuso da medicalização; a construção de uma cultura da gravidez e do parto como eventos patológicos; e para a crença cada vez mais crescente na cirurgia cesareana como sinônimo de segurança.

Vários estudos passaram a investigar as evidências científicas de procedimentos de rotina praticados nos atendimentos hospitalares em todo país, dentre eles os de Duarte (2004), Giglio (2005), Perini et al. (2005), Guerra (2008), Baracho et al. (2009), Gayeski e Brüggemann (2009), Wei et al. (2011), que concluem que a maior parte das intervenções médicas são inadequadas[9], muitas delas colocando em risco a saúde materno-infantil. Trabalhos como o de Carvalho et al. (2012) mostram como alguns procedimentos tornaram-se rotina a partir de crenças de uma cultura médica transmitida de uma geração de formação a outra, sem questionamento das evidências científicas ou de bases teóricas e empíricas para sua prática.

Outra questão importante que tem sido assinalada é a chamada *violência obstétrica,* identificada em muitos serviços institucionalizados de atenção ao parto. Esse tipo de violência tem sido alvo de denúncia e reflexão pelos movimentos feministas desde os anos 1980. Os indícios de maus tratos como uma experiência comum em diversos países do mundo e, em particular, em países em desenvolvimento, levaram as pesquisadoras D'Oliveira et al. (2002), em artigo publicado na revista The Lancet, a concluirem que a violência cometida por profissionais em maternidades afeta o acesso e a qualidade de serviços, repercutindo sobre sua efetividade e a adesão das pacientes, bem como na ocorrência de mortalidade materno-infantil.

Uma pesquisa de 2010, da Fundação Perseu Abramo, cujo título é "Na hora de fazer não gritou"[10], mostra que a situação continua preocupante: uma em cada quatro mulheres, no Brasil, já sofreu violência obstétrica no parto. Os tipos de violência caracterizados variam de verbal – de onde se origina o título da pesquisa – a formas de violência física, como amarrar a parturiente nos momentos finais do parto para impedir seus movimentos, realizar intervenções sem a comunicação à parturiente e seu consentimento, impedi-la de caminhar, se alimentar ou beber água durante as longas horas de trabalho de parto, entre outros.

9 Muitas das intervenções da prática rotineira na assistência ao parto no Brasil tem sido apontadas como desnecessárias, sem base científica, sendo que algumas tem sido identificadas como promotoras de risco à saúde materno-infantil e consideradas como "violência obstétrica". Algumas delas são: quantidade excessiva de exame de toque vaginal, manipulação do períneo, episiotomia (que consiste no corte do períneo), tricotomia (depilação dos pelos pubianos), uso indiscriminado de fármacos indutores do parto (para aumentar as contrações uterinas), abuso no uso de medicamentos analgésicos para alívio da dor, jejum, imobilização da parturiente, uso exclusivo da posição horizontal (supino) da parturiente.

10 Fundação Perseu Abramo – pesquisa sobre violência obstétrica no Brasil, realizada em 2010. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou . Acesso em 03/05/2013.

É importante destacar que diversos autores têm mostrado que muitos destes tipos de violência não ocorrem devido a equipes ou indivíduos mal treinados e nem se configuram como exceções; trata-se de procedimentos que compõem o protocolo comum de serviços de assistência obstétrica no Brasil e, por esse motivo, tem sido identificada como uma violência institucionalizada (AGUIAR, 2010). Acredita-se que o percentual obtido na pesquisa de 2010 seja ainda maior, já que este tipo de violência se naturalizou ao longo dos anos como parte de procedimentos e comportamentos rotineiros da cultura médica hospitalar (Id.), sendo, muitas vezes, interpretados pelas parturientes como normalidade e parte da cultura autoritária das equipes de saúde[11].

> A violência obstétrica contra a mulher, forma ainda pouco conhecida e debatida, que é perpetrada por profissionais que deveriam proteger e cuidar da saúde física e mental das parturientes: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Caracterizada por ocorrer num dos momentos de maior vulnerabilidade da vida de qualquer mulher, essa violência se materializa como negligência, violência verbal (grosserias, ameaças e humilhações intencionais), violência física (incluindo a não utilização de analgesia quando necessário e a realização de cirurgias desnecessárias e indesejadas), além do abuso sexual (Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres do Senado Federal, 2013).

Segundo Diniz (2009), muitas das situações e procedimentos médicos são envoltos por argumentos de autoridade, baseados em justificativas técnicas, mas que têm sido descontruídos e desmistificados pelos estudos que buscam as evidências científicas de tais procedimentos.

A situação revelada implica violações de direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres considerando marcos importantes como as Conferências do Cairo (1994) e Beijing (1995)[12], entre os quais o direito à integridade corporal, à autonomia, à não

11 Em 2012, a Rede Parto do Princípio elaborou um Dossiê sobre a violência obstétrica no Brasil, para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres. O documento pode ser acessado em em: http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf Acesso em 13/12/2014. Uma Cartilha destinada a mulheres também foi publicada pela Rede em parceria com o Fórum de Mulheres, em 2014, que pode ser acessada em Cartilha de violência obstétrica elaborada pela Rede Parto do Princípio e pelo Fórum de Mulheres. http://media.wix.com/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf Acesso em 14/12/2014.

12 A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD) foi realizada no Cairo, Egito, em 1994, reunindo 179 países; é considerada um marco histórico, sendo o primeiro encontro global no qual todos os aspectos da vida humana foram abordados de forma abrangente. Ambas as Conferências produziram Plataformas de Ação assinadas pelos países participantes, que incluem a promoção de avanços nas políticas para as mulheres em todo o mundo, visando a garantia de seus direitos, cujos documentos podem ser acessados em: Fundo de População das Nações Unidas, disponível em:

discriminação, à saúde e à garantia aos benefícios do progresso científico e tecnológico. A frequência de ocorrência desse tipo de violência aponta para uma banalização da mesma, indicando a relevância de se problematizá-la. O Ministério da Saúde do Brasil (2001) preconiza ações simples consideradas humanizadas, entretanto, grande parte das mulheres não tem recebido garantia de seus direitos enquanto gestantes e parturientes e, até mesmo, desconhecem quais são esses direitos e as leis criadas para garanti-los, como, por exemplo, a Lei do Acompanhante[13], não cumprida por muitos hospitais, como mostram algumas pesquisas, como a de Brito et al. (2014) sobre o descumprimento da lei e as causas alegadas, em maternidades públicas e conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), na região metropolitana de Recife, Pernambuco.

O discurso biomédico hegemônico, por outro lado, mantém seus argumentos baseados na noção de risco, na justificativa do excesso de procedimentos como necessários à boa prática obstétrica e na centralidade do médico como protagonista das decisões sobre o parto e o nascimento, ignorando a diversidade cultural em torno desses eventos e recomendações de órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

O parto tem adquirido um significado patológico, com foco na dor como uma experiência que deve ser evitada a qualquer custo e na supremacia da tecnologia como sinônimo de segurança, tendo a cesárea como sua expressão máxima. Essa é outra questão preocupante: o excesso de cesareanas realizadas no Brasil tem sido um grande desafio a ser enfrentado pela área de saúde materna e infantil. A taxa média de cesareanas no país cresceu de 38%, em 2000, para 52% em 2010, matendo-se esse índice até 2014, e colocando o Brasil como recordista desse tipo de parto no cenário obstétrico mundial. Essa média ainda difere em relação a diversas variáveis, entre elas o tipo de serviço de atendimento ao parto. No setor público, a média desse tipo de parto é de 46%; nas redes suplementar e privada, a média é de 88%, variando de 80% a 100% em algumas maternidades privadas do país[14].

Muitas razões têm sido apontadas por diversos autores para esse aumento tão importante, particularmente, o grande número de intervenções desnecessárias, calcadas no excesso do uso da tecnologia em detrimento da prática clínica, e que culminam na

<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd> Acesso em 08 maio 2015; ONU Mulheres Brasil, disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/pequim20/>, Acesso em 08 maio 2015.

13 Lei do Acompanhante: Lei nº 11.108, de 07/04/2005.

14 Informações extraídas da pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento", coordenada pela Fiocruz, cujas informações e principais resultados podem estão disponíveis em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/, acesso em 17/05/2015.

necessidade de cesareana, e os maus tratos da prática de atenção ao parto que levam muitas mulheres a escolherem esse tipo de parto. O agendamento de cesáreas eletivas, sem indicação médica, também tem sido apontado como responsável por grande parte desses números, contrariando as recomendações da OMS, baseada em estudos científicos, de que apenas uma média de 15% dos partos tem indicação médica para cesárea. A questão dos interesses de mercado e da conveniência para o profissional da obstetrícia também são pontuados como fatores responsáveis pela cultura cesarista no Brasil. Sobre isso, Diniz (2009, p. 319) afirma que:

> O setor privado no Brasil adotou o modelo organizacional da "cesárea de rotina", substituindo a imprevisibilidade do parto a termo por um planejamento taylorista de grande eficiência e lucratividade, criando um fato cultural: se é feito por especialistas, deve ser seguro. Desta forma, se um profissional dissidente do modelo tem qualquer complicação em um parto vaginal, estará muito mais vulnerável a ser isolado pela categoria ou ser processado pela paciente, como no editorial acima citado.

O edital a que se refere a autora é de uma publicação da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, de 2005[15], onde em trecho destacado pela mesma há a seguinte afirmação: "Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra" *(apud DINIZ,* 2009, p. 319).

Alguns estudos têm identificado uma relação entre maior taxa de mortalidade neonatal e tipo de parto – cirúrgico (CÉSAR et al*.,* 2000). Além de outros estudos que tem procurado investigar relações entre a prática da cesareana eletiva e o aumento das ocorrências de prematuridade em recém-nascidos, internações em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) e Centros de Terapias Intensivas (CTIs) neonatais, infecções maternas no pós-parto, entre outros. Diniz (2009) aponta sobre o cenário brasileiro um "paradoxo perinatal": apesar de uma uma melhoria de praticamente todos os indicadores da saúde materna no Brasil, nos últimos 20 anos, assim como da ampliação do acesso aos serviços de saúde, paradoxalmente não há qualquer evidência de melhoria na mortalidade materna.

No início deste ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou uma resolução, a partir de consulta pública, que estabelece normas para o incentivo ao parto normal e redução de cesareanas desnecessárias na rede suplementar. Entre as normas, estão o

15 Martins-Costa, S. E.; Ramos, J. G. L. A Questão das Cesarianas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online], v. 27, n. 10, p. 571-574, 2005.

direito da gestante a obter informações sobre o percentual de cirurgias cesareanas e partos normais por estabelecimento de saúde e por médico; a obrigatoriedade do fornecimento do cartão da gestante, onde constam todos o acompanhamento pré-natal, e a obrigatoriedade de realização do partograma, documento gráfico onde são feitos registros de todo o processo de atendimento ao parto[16].

A *internet* tem se configurado como uma ferramenta privilegiada do ativismo em prol de mudanças na assistência obstétrica, onde as redes tem se articulado, provendo informações e divulgações de ordens diversas. Nesse sentido, um dos destaques é uma produção audiovisual brasileira, o filme *O renascimento do parto*, de direção de Eduardo Chauvet, que conta com a participação de grandes nomes de referência na discussão mundial sobre a atenção ao parto e nascimento[17]. O filme já passou por diversos festivais no Brasil e no exterior, e tem sido exibido em muitos espaços, desde eventos e encontros organizados por pesquisadores e ativistas, como na televisão, no canal *Canal Brasil*, e na Secretaria da Presidência da República por meio do canal virtual *Participatório Jovem*.

Apesar de vários esforços dessas redes, assim como do governo federal, para a disseminação de informações em seus canais de comunicação, especialmente na *internet*, a falta de informações à gestante nos serviços de saúde pelas equipes médicas tem contribuído para a ignorância sobre o tema e a disseminação de uma cultura de diminuição do protagonismo das mulheres para lidarem com suas fisiologias. Por meio da negação de direitos à decisão compartilhada, e de pressupostos de gênero que modulam a assistência "expressos na superestimação dos benefícios da tecnologia, e na subestimação ou na negação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções" esse modelo estaria, segundo Diniz (2009), contribuindo para uma "pessimização do parto" por meio da perpetuação de uma cultura da autoridade médica inquestionável. As mulheres que optam por demarcar suas escolhas são destinadas a sofrerem julgamentos morais, quando não enfrentam intervenções jurídicas como recentemente ocorreu no caso de Adelir Lemos de Goes, na cidade de Torres, Rio Grande do Sul, em 2014[18]. Quais os limites da intervenção médica? Quais os limites da

16 Informações extraídas do portal da ANS, em http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar, acessado em 18/03/2015.

17 Participam do filme, em ordem alfabética, pesquisadores, profissionais e ativistas como: Ana Cristina Duarte, Daphne Rattner, Esther Vilela, Fernanda Macedo, Heloísa Lessa, Laura Uplinger, Melania Amorim, Michel Odent, Naoli Vinaver, Ricardo Chaves, Robbie Davis-Floyd, além do ator Marcio Garcia e sua esposa, Andrea Santa Rosa.

18 Essa parturiente, bem como seu acompanhante, alegaram não terem tido esclarecimentos suficientes quanto à

escolha da mulher?

Questões como essas colocam a atenção ao parto no Brasil em um campo de disputa política, onde é possível identificar o enfrentamento entre, pelo menos, dois campos discursivos diferentes sobre o parto e nascimento. No entanto, apesar dos inúmeros esforços das redes dos movimentos pela humanização e da ampliação de suas ações nos últimos anos, esse debate não tem conseguido ainda atingir de forma satisfatória a população; grande parte da sociedade civil tem acesso precário a informações e poucas oportunidades de formação sobre o assunto. Mulheres, homens, meninas, meninos, futuras mães, futuros pais e famílias, que não têm conhecimento e informação para se posicionarem e que, muitas vezes, estão alienados da própria existência do debate.

Muitas mulheres se veem pela primeira vez nesse contexto e precisam tomar decisões sem que tenham informações para isso. Ou, ainda, mulheres que passam por procedimentos sem serem comunicadas a respeito deles e/ou por decisões acerca de seus corpos e do destino de sua história de parto e nascimento que não são com elas compartilhadas. De acordo com uma pesquisa realizada por Costa et al. (2003), a maioria das puérperas analisadas (72%) não possuía conhecimentos acerca de nenhum tipo de parto; o estudo desses pesquisadores confirmou que existe relação entre a falta de informação e de participação nas decisões acerca do tipo de parto, além de identificar sentimentos negativos por parte das mães durante e após o parto.

Vários relatos de grupos de parteiras, doulas e de outros profissionais da saúde mostram que a maioria das mulheres chega a serviços diferenciados de atenção ao parto durante a gestação por se decepcionarem com o modelo hegemônico ao tomar contato com o pré-natal ou, ainda, mulheres que passaram por experiências traumáticas em assistência a partos anteriores. No entanto, apenas uma pequena parcela delas tem a oportunidade de conhecer algum serviço diferenciado na atenção à gestação e parto por serem esses serviços,

indicação médica para a realização de uma cirurgia cesareana; decidiram arcar com a responsabilidade e voltar para casa, quando, então, houve intervenção policial para encaminhamento da gestante para o hospital.O caso, ocorrido na cidade de Torres, Rio Grande do Sul, em abril de 2014, provocou alarme nas redes sociais e grupos organizados pela defesa da humanização do parto. Adelir Lemos de Goes, de 29 anos, foi abordada em sua casa, na madrugada, por policiais armados com um mandado judicial para que ela fosse levada à força para realizar uma cirurgia cesareana. O hospital Nossa Senhora dos Navegantes alega que a mulher teria contrariado a decisão médica de indicação de cesárea imediata, colocando em risco a vida da criança. Adelir afirma que não teve acesso ao exame de ultrassonografia realizado, usado como um dos argumentos médicos para realização da cesareana, e que os motivos de tal indicação médica não teriam sido esclarecidos. Decidida a ir para casa e aguardar o trabalho de parto e poder realizar um parto normal, a gestante foi abordada da maneira descrita acima em sua casa.

na maior parte das vezes, de cunho privado[19].

A questão da gravidez na adolescência tem sido discutida com ênfase no campo das políticas públicas em saúde e em educação. O número de jovens adolescentes com menos de 20 anos representaram quase 20% do total de gestações no país, em 2010[20]. Alguns estudos evidenciam um elevado percentual de jovens adolescentes submetidas a cirurgias cesareanas, relacionados ao tipo de serviço de atendimento ao parto – pago, representado pela rede privada e suplementar – e sugerindo que este número não está relacionado a indicações clínicas, mas à falta de informações das adolescentes, levando a uma precariedade no protagonismo da decisão e escolha da via de parto (GAMA et al., 2014).

Todas essas questões nos fizeram construir uma aproximação do campo do parto e da atenção obstétrica com o ensino de ciências no Brasil, incluindo-se aí outras áreas, como a educação para a sexualidade e a educação para a saúde. A discussão sobre a gravidez na adolescência tem sido um tema recorrente no campo da educação para a sexualidade de jovens em idade escolar. Geralmente trabalhado nas disciplinas de ciências e biologia, o enfoque do tema da gravidez, bem como da sexualidade de uma maneira geral, tem se dado pelo viés biológico da reprodução humana, sendo ainda precárias e escassas as abordagens de gênero e da questão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Entendemos que o tema do parto e nascimento não pode ser exclusivo do ensino de ciências, mas, uma vez que este se encontra na aproximação do tema por meio, principalmente, do ensino sobre a reprodução humana, e diante do cenário atual, a investigação e discussão sobre abordagens do tema nessa área se fazem necessárias.

Afim de identificar se o tema do parto e nascimento estava presente de alguma maneira em pesquisas recentes sobre práticas em ensino de ciências e biologia, no Brasil, e, em caso positivo, de como se dava sua abordagem, partimos, então, da investigação de três Catálogos Analíticos disponibilizados pelo Centro de Documentação em Ensino de Ciências (CEDOC)[21], que compilam teses e dissertações sobre pesquisa e prática em educação formal e

19 Os Centros de Parto Normal (CPN), conhecidos popularmente como Casas de Parto, são opções de atendimento humanizado que promovem partos normais e partos naturais pelo sistema público de saúde. Alguns deles são: Casa Angela, em Itapecerica, SP; Casa de Parto Casa de Maria, São Paulo; Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro; Casa de Parto Sapopemba, São Paulo; Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa (Casa de Parto Sofia Feldman), do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte; Casa de Parto São Sebastião, em Brasília.

20 Dados do SUS, disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em 28 abr. 2013.

21 O Centro de Documentação em Ensino de Ciências (CEDOC) é coordenado pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Formação de Professores, da Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, que realiza pesquisas sobre o estado da arte em Ensino de Ciências em Ciências Naturais, Biologia, Física, Química,

não-formal nessa área. São eles: (1) “Teses e Dissertações em Ensino de Ciências no Brasil 1972-1995”; (2) “Teses e Dissertações em Ensino de Ciências no Brasil 1996-2008”; e (3) “Teses e Dissertações em Ensino de Biologia no Brasil 1972-2004”. Alguns trabalhos se repetem nos catálogos, somando um total de 888 trabalhos diferentes analisados.

Como resultado desta análise, o que nos chamou a atenção é que: dentre todas as pesquisas em ensino de ciências no Brasil ao longo desses pouco mais de quarenta anos, registrados nesses Catálogos, nenhuma delas aborda a temática da assistência ao parto e nascimento ou de práticas pedagógicas que tratem das formas de parturição ou outros temas relacionados ao parto e nascimento, evidenciando uma total ausência do tema na educação básica[22]. Mesmo em práticas de ensino nas áreas de educação sexual ou educação para a saúde, não há a presença do tema do parto e nascimento. A maioria dos trabalhos em educação sexual aborda temas como doenças sexualmente transmissíveis (DST), puberdade, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos e prevenção da gravidez precoce. Os poucos trabalhos que discutem a gravidez na adolescência o fazem a partir de um viés psicossocial na tentativa de analisar e chamar a atenção para as repercussões da gravidez na vida dos adolescentes, geralmente a partir de perspectivas normativas do comportamento sexual de jovens. A maneira de parir, a fisiologia do parto, a atenção à mulher no parto e à criança que nasce, a participação paterna, os direitos das mulheres, bem como dos parceiros e/ou acompanhantes, envolvidos nesses processos parecem não ser assuntos que dizem respeito aos interesses das pesquisas na área da educação.

No Banco de Teses e Dissertações da Capes, que compila pesquisas mais recentemente realizadas em programas de pós-graduação brasileiros, encontramos a mesma ausência na área da educação e ensino de ciências. Os poucos estudos encontrados, que demonstram preocupação com a educação de jovens adolescentes sobre o tema, são geralmente da área da saúde, especialmente da enfermagem ou da psicologia. São trabalhos que mostram a ausência de conhecimentos sobre os tipos de parto por esse público e atentam para a necessidade de se realizar trabalhos educativos com adolescentes, geralmente por meio das unidades de saúde, ou que propõem intervenções de profissionais da saúde na escola.

Morais et al. (2012) mostram que os conhecimentos de adolescentes sobre o tema

Geociências, Saúde e Educação Ambiental na educação escolar em todos os níveis e na educação não-formal.

22 Os descritores utilizados para a pesquisa foram: parto e nascimento; parto; nascimento; gravidez; gestação; pré-natal; vias de parto; cesárea; sexualidade; sexo; sexual; obstetrícia; gênero; saúde; reprodução; reprodução humana.

é restrito devido à falta de acesso a informações, o que ressalta a necessidade de se trabalhar com o público juvenil, especialmente o feminino. Os autores investigaram os conhecimentos de adolescentes, com idades entre 12 e 16 anos, referentes aos tipos de parto e às expectativas quanto às formas de parir. Os resultados da coleta de dados em entrevistas foram organizados em três construções discursivas: (1) os conhecimentos sobre as formas de parir e nascer; (2) as fontes de informações sobre gestação e parto; e (3) as expectativas de adolescentes sobre as formas de parir. Trata-se de uma pesquisa regionalmente localizada, realizada com adolescentes moradoras na área de uma unidade de saúde de Mossoró, RN, inserida em um bairro populoso e em contexto social carente, mas evidencia claramente o quão precários são os conhecimentos das adolescentes acerca do parto, com informações permeadas por mitos e conceitos que parecem refletir o modo como o assunto é tratado na sociedade:

> Do mesmo modo que a família aborda esse tema de forma superficial, a escola também o faz, restringindo-se à apresentação dos métodos anticoncepcionais e preocupando-se apenas em transmitir o conhecimento de que é necessário fazer sexo seguro, com uso de camisinha como forma de prevenir uma gravidez indesejada. Neste sentido, a informação é passada, mas não debatida, refletida e ressignificada, e isto cria uma relação verticalizada entre a instituição (familiar ou escolar) e o jovem adolescente, que apenas recebe a informação, sem maiores discussões. Este modo de proceder não é suficiente para mudar concepções e crenças acerca da gravidez e do parto. (…) Ademais, o conhecimento básico acerca dos tipos de parto e o incentivo à reflexão por parte dos adolescentes sobre esse assunto não é estimulado nas escolas. Menos ainda se busca articular estes conhecimentos com o cotidiano dos jovens, na tentativa de favorecer um pensamento crítico, para que estes possam refletir no seu dia a dia colocar em prática os novos saberes. Então, carentes de informações por parte da família e da escola, as adolescentes tendem a adquirir conhecimentos através de outras pessoas (MORAIS et al., 2012, p. 291).

Os autores ainda afirmam que, como pano de fundo dessa representação – do parto e da assistência ao trabalho de parto - existe uma construção social com evidências para as dores do parto, o momento da expulsão fetal, o choro do bebê ao nascer e a saúde deste. Os autores citam o trabalho de Wolff (2004), que discute as representações sociais do parto atentado para o papel da mídia na construção social do parto como algo doloroso, com a exibição de cenas que envolvem sangue e gritos, criando, assim, nas adolescentes uma imagem negativa sobre o parto (*apud* MORAIS et al., 2012).

Godinho (2000) também destaca o medo do parto presente no imaginário de jovens adolescentes, e relata a importância de trabalhar o tema com esse público para que haja um protagonismo sobre as decisões do processo de parturição:

> O interesse em investigar esse tema surge a partir da premissa de que as jovens, quando adequadamente trabalhadas antes de uma gestação, tornam-se protagonistas da escolha de seu próprio processo de parturição. Essa assertiva justifica-se pelo fato de elas estarem mais conscientes dos riscos e benefícios das diferentes formas de parir e nascer. Neste sentido, trabalhar nessa perspectiva aponta a necessidade de refletir acerca de ideias previamente concebidas, numa perspectiva de repensar as práticas existentes para favorecer a reorganização das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde destinadas às mulheres e, em particular, às adolescentes (Id., p. 294).

Maia (1998), em pesquisa com jovens adolescentes, identifica que as meninas conhecem apenas o parto normal e a cesárea. Para a autora, ao considerar a educação sexual de maneira geral, o problema não está tanto na falta de acesso às informações, mas na qualidade das informações apreendidas e internalizadas pelas adolescentes:

> Essas reflexões apontam para a necessidade de se pensar em Programas de "Educação Sexual" sistematizados, que possam ultrapassar o mero nível de informação e que busquem formar indivíduos a partir de grupos de reflexão, análise crítica da realidade, educando para uma formação que possa fazê-los usufruir uma liberdade do exercício da sexualidade na vida adulta, com reflexão e análise dos seus preconceitos, das ansiedades, e da repressão social. E, para tal, como agentes de educação sexual que todos somos, é necessário que se lute para que as informações vinculadas [*sic*] sejam de fato apreendidas, incorporadas e elaboradas num contexto social mais amplo, em todas as instâncias sociais (MAIA, 1998, p. 52).

São muitas as pesquisas que alertam para a necessidade de formação educacional acerca deste tema para o público jovem, mas geralmente advindos de profissionais da área da saúde que demonstram preocupação em inserir o tema na escola, devido à ausência de uma discussão sobre a escolha da maneira de parir, que não faz parte dos currículos escolares e nem de outras práticas de educação não-formal. Poucos são os trabalhos da área da Educação que atentam para a necessidade de se trabalhar o tema do parto e seus correlatos na educação formal e não-formal para jovens em idade escolar. Mesmo na educação sexual ou educação para a saúde, onde esse tema poderia ser esperado, a ausência é concreta. Trabalha-se a prevenção da gravidez na adolescência, mas a partir do momento que a gravidez acontece, não há suporte informacional ou de formação na escola para os temas que envolvem a saúde e os direitos reprodutivos da mulher, bem como questões do exercício do protagonismo nas decisões da maternidade e paternidade.

Nesse sentido, tem destaque os trabalhos que vem sendo conduzidos pela

pesquisadora Maria de Fátima Salum Moreira no campo de gênero, raça e sexualidade na escola, que desenvolve, entre outros, projetos de pesquisas que abordam a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como da violência obstétrica, e as possibilidades de inserção de tais temas no currículo escolar. A autora também chama a atenção para a ausência do tema do parto e nascimento, e seus correlatos, e para o foco na prevenção da gravidez e não para uma formação que contribua para que o jovem lide com a gestação e com sua sexualidade de um modo geral.

> Como parece que toda orientação é no sentido de que os jovens não procriem, também não se orienta (seja para o presente seja para o futuro) para o caso de ocorrer a gravidez. Desconsidera-se que ela pode ser também desejada ou valorizada por estes jovens, enquanto parte de seus processos de construção de autoestima e realização pessoal, tal como vem sendo verificado em algumas pesquisas. Assim, o principal alvo dos programas de educação em sexualidade continua voltado para o tratamento dos métodos contraceptivos e de proteção à saúde sexual, pouco se falando sobre os saberes dos direitos relativos à reprodução (MOREIRA et al., 2015).

Os autores concluem com a defesa da inclusão da temática da violência obstétrica e do parto humanizado nos processos educativos, "posto que a escola é compreendida como um local que contribui ativamente para a construção de subjetividades e identidades sociais".

À parte a necessidade de se discutir e defender o ensino do tema do parto e nascimento nos currículos escolares, bem como na formação de professores, e partindo de nosso campo de estudos e intervenção nos últimos anos no campo da educação não-formal em museus, nos remetemos às possibilidades de inserção deste tema nos museus. Pensando nessas instituições enquanto espaços privilegiados da cultura, da história e da comunicação, veio-nos a questão: que contribuições um museu poderia dar para comunicar o tema da atenção ao parto e nascimento?

Os museus são importantes agentes de inclusão social, por meio da linguagem expositiva e das ações educativas não-formais. Além disso, configuram-se como espaços de construção de novos saberes (MARANDINO, 2005a). A relação entre o museu e o público escolar e as motivações que levam esse público a buscar os museus como espaço de aprendizagem têm sido estudadas por vários autores e têm sido identificadas com uma grande expectativa de que se possa experienciar situações não vividas na escola e estar em contato com o conhecimento sobre temas científicos atuais (CAZELLI et al., 2003).

Apesar de inúmeros estudos para pensar diferentes metodologias de educação em museus, entedemos que esta educação mais direcionada se dá por meio das ações educativas e priorizamos, nesta pesquisa, pensar a comunicação do museu com o público e as possibilidades de formação sobre o tema do parto e nascimento. A partir dessa premissa, nossa posição é de que a exposição é o meio privilegiado pelo qual se dá essa comunicação, abarcando todo tipo de público, não se restringindo ao público escolar. Realizando a mediação entre público e cultura, seja ela material ou imaterial, a exposição é o meio pelo qual se constroem e se veiculam discursos sobre a sociedade e onde se distribui o conhecimento histórico e sua relação com as identidades sociais (MENESES, 1993, 1994).

A tese dessa pesquisa, portanto, se configurou a partir do que nos mostra a história da atenção ao parto e nascimento e da obstetrícia, em diálogo com o cenário crítico atual sobre a assistência obstétrica hegemônica: que a construção histórica de um investimento sobre o corpo feminino pela medicina, nos moldes do biopoder, alijou a mulher do controle e da decisão sobre eventos básicos e naturais como o parto, e isso se reflete, nos dias de hoje, em medicalização excessiva e problemas de diferentes ordens, apontados por organizações relevantes como a Organização Mundial da Saúde. Nossa hipótese de trabalho é que, no caso brasileiro, com suas especificidades de altíssimo número de cesáreas e educação científica deficitária, os museus podem se constituir como espaços importantes – e, até mesmo, privilegiados – para apresentar a questão e propiciar reflexões e debates. A partir disso, pareceu-nos relevante investigar se o tema do parto e nascimento estaria presente em exposições em museus de ciências brasileiros e, em caso afirmativo, de como se dariam suas abordagens.

Os objetivos dessa pesquisa, portanto, foram: (1) investigar a existência de exposições e itens expositivos em museus que abordassem, de alguma forma, o tema do parto e nascimento; (2) analisar a expografia do tema, com foco na identificação dos discursos sobre a atenção ao parto e nascimento, assim como sobre temas relacionados – mulher, maternidade, reprodução, ciência, medicina, parteiras, história da atenção ao parto e nascimento, entre outros – apresentados nas exposições; e (3) discutir o potencial e as limitações das exposições analisadas, bem como as possibilidades de comunicação do tema em museus e exposições.

A definição das exposições analisadas se deu pela presença do tema. Desde o

início, a perspectiva histórica da atenção ao parto e nascimento se mostrou relevante para buscar uma compreensão do momento contemporâneo de debates sobre o modelo obstétrico brasileiro, assim como perspectiva metodológica para a abordagem comunicacional nos museus. Nossa primeira hipótese, no entanto, foi a de que o tema nessa perspectiva mais específica – qual seja, da "história da atenção ao parto e nascimento" ou mesmo da "atenção ao parto e nascimento" –, seria uma ausência, o que se confirmou em um primeiro mapeamento de exposições. Partimos, então, para uma pesquisa mais genérica sobre o tema "parto e nascimento", com o objetivo de encontrar exposições que, de alguma forma, abordassem essa temática mais ampla. A busca se deu inicialmente apenas em museus de ciências e foi, então, que chegamos ao primeiro objeto da pesquisa: a exposição *Nascer*, do Museu da Vida, Fundação Oswaldo Cruz (MV/Fiocruz), no Rio de Janeiro. Essa exposição não estava em exibição na época da pesquisa, mas havia se tornado itinerante, o que justificava ainda uma investigação sobre sua abordagem.

Em seguida, identificamos que no espaço do Museu de Ciências e Tecnologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (MCT/ PUCRS), havia uma exposição sobre reprodução humana, intitulada *Reprodução,* onde alguns itens expositivos abordavam o tema do parto e do nascimento. Por fim, o Museu de História da Medicina (MUHM), mantido pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), em Porto Alegre, entrou no quadro de objetos de análise posteriormente e a motivação pela pesquisa nessa instituição se deu pela presença do tema, indicado por pares, na exposição *Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino*, onde tivemos informações de que se tratava de uma exposição em que médicas, algumas do campo da ginecologia e obstetrícia, bem como parteiras e benzedeiras eram homenageadas no campo do cuidado à saúde. Também se tratou de uma exposição que já havia sido exibida, mas que havia se tornado itinerante e, pelo mesmo motivo de "Nascer", partimos para a investigação sobre sua abordagem. A pesquisa no MUHM ampliou a busca pelos museus de medicina e de história da medicina, mas concretamente não encontramos nenhuma outra instituição que abordasse o tema do parto e nascimento em exposições.

A estrutura dessa tese, fruto das investigações e análises, tendo como suporte os referenciais teóricos que adotamos e a pesquisa bibliográfica sobre o tema, especialmente a pesquisa histórica, se organiza tal como apresentamos a seguir.

No **Capítulo 1**, situamos a pesquisa em seu diálogo com as diversas disciplinas que a compuseram e os principais autores que referenciaram a pesquisa em cada uma delas; apresentamos o conceito de discurso para Michel Focault, que se constitui como o principal referencial teórico para a construção conceitual de nossa problemática, de seu estudo e da análise das exposições; discutimos a história e os estudos de gênero enquanto perspectivas da pesquisa, evidenciando sua relevância; e a imagem da cartografia (DELEUZE e GUATTARI, 1995) enquanto proposta metodológica utilizada para compor este trabalho.

No **Capítulo 2**, apresentamos uma revisão da historiografia da atenção ao parto e nascimento com o objetivo de cartografar as mudanças na assistência obstétrica ao longo da história, evidenciando os deslocamentos pelos quais passou o parto do século XVIII até os dias de hoje, e oferecer uma compreensão sobre a assistência obstétrica brasileira atual e as críticas que têm sido feitas ao seu modelo.

No **Capítulo 3**, apresentamos uma breve história dos museus de ciências, do surgimento da expectativa de cumprimento de uma função educativa nos museus, e de como compreendemos ser a exposição um meio privilegiado de comunicação dos museus com o público, que é onde fomos buscar o tema do parto e nascimento.

O **Capítulo 4** apresenta os procedimentos envolvidos na pesquisa de campo, como as fontes da pesquisa e formas de registro, bem como as descrições das instituições envolvidas, das exposições e as análises de cada uma delas, a saber: ***Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino*** – Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; ***Nascer*** – Museu da Vida/Fiocruz, Rio de Janeiro; e ***Reprodução*** – Museu de Ciências e Tecnologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Por fim, trazemos algumas **Considerações Finais** sobre a problemática que apresentamos e as potencialidades e limitações dos museus, por meio de exposições, de comunicar o tema do parto e nascimento, bem como apontamos alguns caminhos futuros para a continuidade da pesquisa, especialmente em acervos de museus de história da medicina no Brasil.

Essa pesquisa se identifica com críticas de natureza pós-estruturalista, que problematizam a autoridade do conhecimento científico na sociedade ocidental, as relações de poder constitutivas do saber científico e sua relação com a verdade, e a natureza cultural e

histórica das práticas científicas, incluindo-se as práticas médicas. A preocupação que nos motivou foi a de pensar estratégias de comunicação do tema para que as mulheres e a sociedade civil como um todo possam, ao menos, participar do debate que vem sendo travado há alguns anos e que tem tomado a cena política do parto no Brasil. Portanto, esta tese tem um pressuposto político, que é a necessidade de ampliação do acesso à informação e formação sobre a atenção ao parto e nascimento no Brasil. Nesse sentido, esperamos contribuir para o início de uma discussão sobre a potencialidade da inserção desse tema no âmbito do ensino de ciências e, especificamente, em exposições em museus, tendo em vista o papel sociocultural dos museus para a sociedade.

Capítulo 1: Referenciais teóricos e perspectivas da pesquisa

1.1. O DIÁLOGO ENTRE VÁRIOS CAMPOS DISCIPLINARES

Tendo em vista um objeto de estudo tão complexo e multifacetado como a atenção ao parto e nascimento e a possibilidade de sua comunicação nos museus, esta pesquisa necessitou dialogar com vários campos disciplinares. São eles: o ensino de ciências; a educação em museus; a museologia e sua relação com a história; a história das ciências, em especial a história das práticas de saúde, da medicina e das especialidades da obstetrícia e da ginecologia; os estudos de gênero, em especial as discussões sobre gênero e ciência, e os estudos sobre a história da atenção ao parto e nascimento na perspectiva de gênero; além de pesquisas que discutem o modelo obstétrico brasileiro hegemônico e contemporâneo, em abordagens diversas – das áreas da saúde, antropologia, sociologia e história.

Alguns desses campos compactuam uma mesma problemática ou um mesmo quadro teórico em suas análises. Há autores que transitam por mais de um desses campos, como, por exemplo, o da história da obstetrícia e dos estudos de gênero, ou a história e a museologia ou, ainda, o ensino de ciências e a educação em museus. Essa confluência foi fundamental para a construção de um mapa das formações discursivas sobre as questões que envolvem a assistência obstétrica no Brasil contemporâneo, bem como para a investigação das exposições e seus potenciais e limitações no que diz respeito à comunicação desse tema.

Apesar de haver uma vasta lista de referências no campo da história da atenção ao parto e nascimento, os trabalhos de alguns autores constituíram os principais referenciais para que pudéssemos construir a nossa historiografia. São eles os de: Ana Paula Vosne Martins, Emily Martin, Fabíola Rohden, Françoise Thébaud, Maria Lúcia Mott, Robbie Davis-Floyd e William Ray Arney.

No campo dos museus e da educação em museus, nos pautamos, principalmente, nos trabalhos de Maria Margaret Lopes, Marília Xavier Cury e Ulpiano Bezerra de Meneses para traçar alguns entendimentos sobre as questões que atravessam essas áreas.

Para as análises das exposições, onde nos interessava identificar que discursos

sobre o parto e nascimento se revelariam na abordagem do tema, bem como outros discursos relacionados – sobre a mulher, a maternidade, a reprodução, a diversidade cultural e a história, entre outros – utilizamos como referencial o conceito de discurso foucaultiano, que será apresentado mais adiante nesse capítulo. Outras análises do mesmo autor também foram utilizadas para a construção da historiografia e para as discussões que se centram no contexto atual, como os trabalhos que versam sobre: o conceito de disciplina e biopolítica; o nascimento da clínica; o discurso médico; as relações entre saber e poder; a constituição das ciências no século XIX (FOUCAULT, 1977, 2001, 2000, 2002, 2003a, 2003b).

1.2. A CARTOGRAFIA COMO IMAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA

A imagem da *cartografia* como um método de pesquisa e construção do conhecimento, trabalhada pelo filósofo Gilles Deleuze em vários de seus trabalhos, e de outros em conjunto com Félix Guattari, se apresentou, para nós, como uma possibilidade de entender e trilhar o percurso dessa pesquisa.

Poderia se dizer, para usar um termo mais clássico, que nossa pesquisa é de cunho qualitativo. Contudo, o adjetivo qualitativo vem sofrendo problematizações por diversos autores nas ciências humanas e sociais nos últimos anos (CHIZZOTTI, 2003; FERIGATO e CARVALHO, 2011; MANSANO, 2012). Ainda que, recentemente, o método qualitativo e quantitativo tenham sido utilizados em conjunto em várias pesquisas, a própria distinção não foge a um certo determinismo metodológico com o qual não nos identificamos para realizar essa pesquisa. A imagem da cartografia nos pareceu mais apropriada, até mesmo pela proximidade entre o pensamento de Deleuze e Foucault, sendo que os trabalhos desse último constituem a principal ferramenta teórica que utilizamos em nossa pesquisa a partir de vários conceitos.

A pesquisa cartográfica também faz uso de abordagens não apenas qualitativas, mas também quantitativas – o que não é o caso neste trabalho –, mas não se trata de identificar as práticas cartográficas como pesquisa qualitativa estritamente, ainda que elas se aproximem. Deleuze e Guattari (1995) se apropriam de um conceito da geografia para referir-se aos mapas processuais de um território existencial ou de saberes – em contraposição à topologia que caracterizaria um terreno de forma estática e extensa – conferindo à cartografia

algumas características para a pensarmos enquanto método de estudo: (1) um território, seja ele de saberes ou existencial, é sempre coletivo porque é relacional; (2) envolve interações e disputas entre forças e, por isso, é político; (3) está inserido em uma ética porque se apoia em um conjunto de critérios e referências; assim como, (4) em uma estética porque é por meio dela que dá forma a esse conjunto, construindo um modo de expressão para as relações. Pode-se dizer que a cartografia é um agenciamento de forças que compõem um território específico.

Mas é preciso, portanto, entender o conceito de *território* e, seu componente, a *desterritorialização,* traçado por Deleuze e Guattari e que é, frequentemente, mal compreendido, talvez pelos usos reducionistas que têm sido feitos dele recentemente, tomado como uma unilateralidade que, como afirmam Haesbaert e Bruce (2002), promove uma noção equivocada "como se o mundo estivesse, definitivamente, 'desterritorializando-se'".

Primeiramente, território é um conceito que os autores criam, a partir da geografia, mas que extrapola essa disciplina, constituindo-se mesmo como uma ferramenta para pensar os diversos campos territoriais da existência, uma "geografia do pensamento" como denomina Roberto Machado (1990). As disciplinas científicas constituem territórios; os movimentos sociais constituem territórios; a existência se organiza em território; a subjetividade constitui um território; em suma, o ser humano, para eles, se organiza em territórios, conforme afirmam Guattari e Rolnik (1986, p. 323):

> A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente "em casa". O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.

O diferencial no pensamento deleuziano é a noção de que o território está sempre aberto, sempre pronto a se desterritorializar. Mas não se trata de rejeitar as ideias de estabilidade e colocar a de instabilidade em seu lugar: tanto uma quanto a outra são sempre temporárias. Isso não quer dizer, tampouco, que a desterritorialização é a estrutura que perdura nessa relação, porque necessitamos do contorno, do território, para que as coisas funcionem: um território não se desfaz sem que, ao mesmo tempo, haja um esforço para se reterritorializar em outra parte.

Na verdade, os autores estão em diálogo, o tempo todo, com outras imagens

conceituais que possibilitam pensar a cartografia enquanto um método para se pensar a produção textual. O conceito de *rizoma* é um deles, que os autores vão trazer da biologia, em contraposição ao conceito de árvore, tão utilizado como imagem conceitual na produção do conhecimento. A árvore, com sua raiz pivotante e suas ramificações, sempre se originaria a partir de um pivô central – um pensamento segundo uma lógica binária. Ao passo que o rizoma não tem um centro, apesar de ter formas muito diversas, desde sua extensão ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos. Em um rizoma não há a imagem de partes que reunem-se em um todo, como haveria, por exemplo, na árvore e, mesmo, na raiz fasciculada – onde existe uma pluralidade, mas que se remete ainda a um eixo central. O rizoma é um emaranhados de raízes, que se conectam por pontos que não estão estabelecidos de forma binária, nem hierárquica, de modo que as conexões se fazem sobre um plano de consistência aberto, "conectável em todos as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente" (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 22). Por isso, os autores vão se utilizar da imagem do mapa para pensar a produção do conhecimento, a "cartografia" no lugar do "decalque":

> Toda lógica da árvore é uma lógica do decalque e da reprodução. (…) Ela tem como finalidade a descrição de um estado de fato (…) Ela consiste em decalcar algo que já se dá feito, a partir de uma estrutura que sobrecodifica ou de um eixo que suporta. A árvore articula e hierarquiza os decalques, os decalques são como folhas da árvore. Diferente é o rizoma, *mapa* e não *decalque.* (…) Ele contribui para a conexão dos campos (…). Um mapa é uma questão de performance, enquanto que o decalque remete sempre a uma presumida "competência" (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 21-22).

Pensar um processo de pesquisa, a escrita de uma tese, a produção de conhecimentos nesse sentido, significa reconhecer que não há uma hierarquia e uma cronologia nesses processos, tal como apresentamos formalmente – necessário para o entendimento de sua apresentação. A problemática é, supostamente, de onde se parte uma pesquisa, mas ela não deixa de se desfazer e se refazer o tempo todo ao longo do percurso investigativo; a tese se desmancha diversas vezes e diversas vezes a retomamos por algum ponto de conexão, um bulbo, que concretiza suas bases novamente – um *insight* por meio de um artigo, de uma notícia de jornal, de um seminário que assistimos, de uma conversa, etc. Por mais que elenquemos "eixos" e fios condutores, a produção do conhecimento não é um caminho que se faz pela obediência e pela disciplina: em seu processo, nosso objeto de pesquisa foge, escapa e retorna em muitos momentos.

Mas é preciso também, aqui, desfazer um outro mal entendido pelo qual frequentemente o conceito de rizoma é tomado: como uma categoria universalizante, como se o processo de produção do conhecimento se desse apenas por essas linhas de fuga. Rizoma e árvore são imagens que os autores utilizam para tentar traçar a dinâmica das relações, da produção do conhecimento e da própria existência. Não há um sem que o outro também não esteja presente, pois nós nos organizamos das duas formas. Uma pesquisa se estrutura de maneira arborescente: tem seu título, subtítulo, sumário, capítulos e subcapítulos, seus objetivos, metodologia, cronogramas, prazos, sua linguagem formal, seus princípios metodológicos, premissas, referenciais teóricos e toda uma série de quadraturas que tentam capturar um objeto para territorializá-lo, para delimitar seus contornos e o fazer funcionar dentro dele – necessário, sobretudo, para qualquer produção de conhecimento. Mas essa estabilidade e esse contorno não se fecham nunca e nem o tempo todo, estão sempre passíveis de serem atravessados por linhas que o perfuram, que ultrapassam suas fronteiras, que deixam algo escapar, fugir ou sair pelas beiradas. Todo trabalho de pesquisa e, portanto, de produção do conhecimento, caminha por esses dois jogos, o de contornar e delimitar suas possibilidades e o de ter que lidar com aquilo que escapa, que confunde, que se desconecta e que se desfaz. Como afirmam Deleuze e Guattari (1995, p. 22-23):

> Entretanto será que nós não restauramos um simples dualismo opondo os mapas aos decalques, como um bom e um mau lado? Não é próprio do mapa poder ser decalcado? Não é próprio de um rizoma cruzar as raízes, confundir-se às vezes com elas? Um mapa não comporta fenômenos de redundância que já são como que seus próprios decalques? Uma multiplicidade não tem seus extratos onde se enraízam unificações e totalizações, massificações, mecanismos miméticos, tomadas de poder significantes, atribuições subjetivas? As linhas de fuga, inclusive elas, não vão reproduzir, a favor de sua divergência eventual, formações que elas tinham por função desfazer ou inverter? Mas o inverso é também verdadeiro, é uma questão de método: *é preciso sempre projetar o decalque sobre o mapa.* E esta operação não é de forma alguma simétrica à precedente, porque, com todo o rigor, não é exato que um decalque **reproduza** o mapa. Ele é antes como uma foto, um rádio que começaria por eleger ou isolar o que ele tem a intenção de reproduzir, com a ajuda de meios artificiais, com a ajuda de colorantes ou outros procedimentos de coação.

É preciso ter claro que, nem toda pesquisa funcionaria dentro desse método: extraindo o decalque de um mapa e não o contrário; mas esse método também não se configura como exclusividade das pesquisas de cunho cartográfico. Apenas, assumir a cartografia enquanto imagem conceitual como método de pesquisa, é, desde antemão, partir dessa característica, tanto ao longo do processo investigativo, como do que pode ser tomado depois dele por esse "decalque" que é o texto em si. Nesse sentido, não há influências,

imprevistos, falhas, mas exterioridades que se comunicam com a pesquisa como parte constitutiva dela mesma, do que ela produz e de como é produzida. Deleuze e Guattari apenas utilizam uma nova palavra, que aciona outras imagens, criada apenas para que se possa situá-la dentro de um novo vocabulário, já que as palavras são tão carregadas de conceitos. Como afirma Deleuze, "precisamos, às vezes, inventar uma palavra bárbara para dar conta de uma noção com pretensão nova"[23]. Vejamos que a novidade não está na noção propriamente dita, ela pode já estar circulando pela cultura do conhecimento, mas sua pretensão é nova na medida em que cria um novo conceito, de tal modo que pode não funcionar tão eficazmente se ficar presa a termos carregados de historicidades que possam desgastá-los. Nomear novas pretensões é o que Deleuze, juntamente com Guattari, acabaram por realizar em toda sua obra, a criação de conceitos (DELEUZE e GUATTARI, 1992) e novos vocabulários para designá-los.

Os conceitos de território e cartografia implicam um procedimento de análise que envolve assumir uma realidade em construção, em movimento, composta por diferentes narrativas, contextos, por relevos, fissuras e linhas de força a serem consideradas em sua complexidade e singularidade; mas que também escapam ao pesquisador, já que este não é tomado como conceito de sujeito cognoscente, tão caro à modernidade. O sujeito é mais uma posição a ser ocupada (FOUCAULT, 2001, 2002), como pesquisador no caso, o que também envolve assumir que não há uma separação entre o pesquisador e o seu campo problemático. Assim como a centralidade da pesquisa não pode se fixar em suas metas, ainda que essas sejam constitutivas de sua estrutura linear – a estrutura arborescente. Mas o percurso é que vai ocupar uma posição de centralidade, onde se dá uma transformação tanto do objeto quanto do sujeito da pesquisa ao longo desta.

Há, ainda, uma outra característica na cartografia: toda pesquisa é necessariamente uma intervenção (FERIGATO e CARVALHO, 2011). A própria escrita é uma intervenção: envolve a produção de um objeto, as análises que se dão sobre ele a partir de uma transformação que se opera no próprio pesquisador, e cujas conclusões produzem novos objetos a partir dele. Deste modo, como afirmam Ferigato e Carvalho (2011, p. 668) sobre a cartografia como método de pesquisa, "estamos nos referindo a um modo de pesquisar que se propõe a pesquisar processos, que serão produzidos e, ao mesmo tempo, transformados pelo

23 Gilles Deleuze em entrevista em vídeo, a partir de uma série de entrevistas feita por Claire Parnet, filmada nos anos 1988-1989. Transcrição disponível em http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf, acesso em 30/05/2014.

próprio ato de pesquisar em agenciamento com as linhas de força e de subjetivação do campo problemático."

É nesse sentido que buscamos, portanto, estudar a história da constituição do campo obstétrico e as forças que compõem esse território político e de disputas atualmente, bem como as formações discursivas sobre o parto e nascimento que identificamos nas exposições analisadas: entendendo que se trata de tentar territorializar discursos de um campo que tem várias entradas e que, para nós, ocorreram-nos as que apresentaremos aqui, com seus relevos, mas também com suas fissuras, com linhas que nos escapam, com agenciamentos que foram construídos para tentar pensar o que pode ser esse território e uma maneira de abordá-lo.

Para um melhor entendimento sobre como se deram as análises dessas exposições, apresentaremos a seguir a noção de discurso para o filósofo Michel Foucault, que constitui nosso instrumental de análise.

1.3. FOUCAULT: FORMAÇÃO DISCURSIVA, ENUNCIADO E A RELAÇÃO ENTRE SABER E PODER

Para Foucault (2002, p. 56), os discursos não podem ser entendidos como conjuntos de signos que remetem a conteúdos ou representações, mas como: "práticas que formam sistematicamente os objetos sobre os quais falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse *mais* que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever".

Pensar na emergência dos discursos de um campo, dos objetos que ele cria, é sempre uma tarefa difícil, segundo o autor, porque exige que se pense em relações que não são de sua ordem, mas que tornaram possível sua aparição: relações entre instituições, processos econômicos e sociais, modos de comportamento, sistemas de normas e condutas, conhecimentos institucionalizados e saberes diversos, e os problemas suscitados em uma determinada época por essas relações. O que interessa a Foucault em seus trabalhos sobre as formações discursivas é justamente isso: pensar como um dado conceito emergiu, em determinada época, em relação com a palavra.

Nessa perspectiva, Focault rejeita a ideia de uma interpretação: para ele, não se trata de buscar na obscuridade do discurso, naquilo que ele quis dizer ou esconder. E, assim, o autor atribuirá algumas características ao discurso: (1) ele é uma materialidade em si; ele não se refere ao material, ele cria uma materialidade; (2) é transitório, histórico; (3) tem uma duração – temporalidade; (4) é uma ação, uma intervenção no mundo; ele não narra apenas, ele é uma tomada de posição diante do mundo; (5) é situado, ele parte de um lugar – de uma instituição, de uma corrente epistemológica, de um contexto político; (6) toda sociedade humana produz discursos; (7) em toda sociedade há regras que organizam o discurso: nem tudo é aceito para ser dito, não se pode dizer qualquer coisa em qualquer lugar; a palavra não é livre; e (8) o discurso é do plano do *acontecimento* – ele emerge em uma sociedade porque tem condições de surgir e, ao mesmo tempo, seu aparecimento está sujeito ao acaso (FOUCAULT, 2001).

O discurso, portanto, não tem origem em quem o emite, ainda que dependa dos sujeitos para ser dito, mas ele está inscrito em um universo de formações discursivas em circulação. Ao organizar o que será dito, há uma escolha, uma tomada de posição dentro de um universo conceitual no qual se está mergulhado. Para compreender o que são as formações discursivas para o autor, é preciso também compreender o que é um enunciado, já que são conceitos imbricados:

> Chamaremos *enunciado* a modalidade de existência própria desse conjunto de signos: modalidade que lhe permite ser algo diferente de uma série de traços, algo diferente de uma sucessão de marcas em uma substância, algo diferente de um objeto qualquer fabricado por um ser humano; modalidade que lhe permite estar em relação com um domínio de objetos, prescrever uma posição definida a qualquer sujeito possível, estar situado entre outras performances verbais, estar dotado, enfim, de uma materialidade repetível (FOUCAULT, 2002, p. 123).

Nesse sentido, o discurso não seria um ato de formulação apenas constituído por um conjunto de signos:

> "o discurso é constituído por uma sequência de signos, enquanto enunciados, isto é, enquanto podemos lhe atribuir modalidades particulares de existência. (…) o termo discurso poderá ser fixado: conjunto de enunciados que se apóia em um mesmo sistema de formação; é assim que poderei falar do discurso clínico, do discurso econômico, do discurso da história natural, do discurso psiquiátrico (FOUCAULT, 2002, p. 124).

Há um exemplo de Foucault sobre o conceito de enunciado nessa mesma obra, *A arqueologia do saber,* que nos parece muito ilustrativo: o teclado de uma máquina de escrever não seria um enunciado, mas a sequência *AZERT*, no francês, cujo correspondente, para nós,

seria *ASDFG*, é um enunciado; não é uma simples sequência de signos que nada "diz", mas uma sequência na qual aparece uma modalidade de existência. ASDFG é o enunciado de uma existência específica: a ordem alfabética adotada pelos manuais de datilografia. O enunciado configura-se, então, como uma *função enunciativa* para Foucault (2002). Dessa forma, a análise de um enunciado não está preocupada com o significado do que ele diz ou quis dizer: se é verdade, se é mentira, se quis dizer isso ou aquilo, mas com o próprio aparecimento dele e a forma como ele aparece.

O discurso não pode ser, portanto, reduzido a um conjunto de signos, ainda que seja feito deles, assim como não representa nada fora dele. Neste sentido, analisar um discurso não é buscar em sua profundidade o que ele diz, mas na superfície; não é buscar em "entrelinhas", não é "interpretar", "deduzir"; o discurso não esconde, ele revela. Ao analisar um enunciado, não tratamos de interpretar o que eles estão "querendo dizer", mas o que eles dizem. O discurso não representa, ele *apresenta;* ele não é um instrumento que traduz o mundo ou os conhecimentos sobre o mundo, pois não há uma relação de correspondência entre mundo e conhecimento sobre o mundo (FOUCAULT, 2001). O discurso não é um código, é um operador, é uma engrenagem que produz, que constrói o mundo. Os códigos da linguagem não são convenções arbitrárias, as palavras têm sua própria historicidade e a carregam com elas, deixando à mostra, revelando discursos que fazem parte de um plano de imanência histórico e cultural.

A partir daí, pensar a historicidade da verdade significa pensar no processo do conhecimento, não a partir de um jogo de acerto e erro cumulativo que evolui por meio de refutações e atualizações das descobertas, tampouco por uma alteração dos métodos teóricos. A ciência na modernidade constrói sua relação com a verdade, mas a verdade não é "o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar", mas "o conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribuem, ao verdadeiro, efeitos específicos de poder" (FOUCAULT, 2003b, p. 12):

> Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

Essa ordem discursiva de uma época, a que Foucault chamará *epistème,* é reforçada e reconduzida por todo um conjunto de práticas como a educação, os sistemas editoriais, os laboratórios e grupos de pesquisa, os veículos de informação, de produção e de distribuição do conhecimento. Através de seus mecanismos de seleção, a verdade exclui os discursos que não se enquadram em suas regras, em seu regime de verdade (FOUCAULT, 2001; 2003b). A *epistème* não é sinônimo de saber, mas de um princípio de ordenação dos discursos a partir de um mesmo regime de verdade, ela é um dispositivo especificamente discursivo. Os veículos de informação, as tecnologias, as práticas discursivas e não discursivas, as instituições, todos são dispositivos que respaldam um determinado conhecimento, fazendo-o funcionar, ou não, como verdadeiro.

Foucault fala em *práticas*, discursivas e não discursivas, fazendo uma distinção entre o discurso e os sistemas simbólicos, admitindo que esses últimos também contribuem para a produção do sujeito. Mas, para ele, embora o sujeito seja constituído simbolicamente, ele é, sobretudo, constituído por práticas historicamente analisáveis. E nesse sentido, toda uma tecnologia de produção do sujeito atravessa, perturba e desestabiliza os sistemas simbólicos, ao mesmo tempo em que se alimenta deles (FOUCAULT, 1995, p. 344).

Nosso objetivo, portanto, foi de deter-nos sobre essas práticas, discursivas e não discursivas, para compreender a rede diferenciada de poderes e saberes e os sujeitos que nelas se ocuparam, para produzir a atenção ao parto e nascimento ao longo da história. O discurso da humanização do parto e nascimento, por exemplo, evoca a questão do resgate do natural no parto. Ainda que as palavras “resgate” e “natural” sejam um tanto problemáticas, não nos interessou resolver se o parto é mesmo um processo “natural” ou não, mas identificar o que se pretende quando isso é dito, a quem está sendo destinado esse enunciado e a quais discursos ele está filiado, ou seja, que outros discursos o constituem e quais ele quer contestar e entrar em enfrentamento.

Neste sentido, nas análises das exposições procuramos identificar os discursos sobre o tema do parto e nascimento, e as noções entrelaçadas a ele e que apareceram nas exposições. Discurso, assim, entendido como prática coletiva e não endereçada a um indivíduo ou instituição, ainda que passe por eles – museus e curadores. Mas como campo que coloca em visibilidade certos enunciados sobre o tema, e não outros; discurso como um escolha política, ainda que não necessariamente pensada como tal e que, por isso mesmo, tem

a potencialidade de revelar o cenário complexo no qual está inserido esse tema; discurso ainda entendido não apenas como texto escrito, mas como um conjunto de enunciados que pode se expressar também por imagens, objetos, trajetos, cores e outros elementos que compõem a exposição e que fazem dizer algo sobre o tema.

É evidente que, não tendo conhecimento sobre o processo curatorial da exposição, não é possível compreender as razões das escolhas realizadas. A crítica que aqui se faz, portanto, não tem o intuito de dizer o que deveria ser ou não a exposição, já que as escolhas realizadas pela equipe que a concebeu e executou devem ser respeitadas. Mas trata-se também de assumir que toda escolha é uma escolha política. Sendo a exposição uma plataforma de diálogo com a sociedade, visando tornar a informação acessível a todos, o museu, ao retirar o objeto de um contexto qualquer e musealizá-lo, atribui a ele enunciados e formações discursivas que narram um tema a partir de sua relação com a memória e a história.

É por isso, também, que este trabalho é atravessado por duas perspectivas: a da história e a das chamadas discussões de gênero, que serão apresentadas a seguir para melhor explicitarmos de quais referenciais partimos, tanto em relação a uma perspectiva quanto à outra, assim como para defender suas relevâncias para a análise dos eventos do parto e nascimento.

1.4. A HISTÓRIA E AS DISCUSSÕES DE GÊNERO ENQUANTO PERSPECTIVAS DA PESQUISA

Pensar a história como perspectiva possível para a análise sobre o tema do parto e nascimento significa tentar entender como se deram as mudanças em dois grandes momentos na história da assistência ao parto até hoje. O primeiro momento, situado lá atrás, entre os séculos XVIII e XIX, poderia se configurar na seguinte pergunta: em que momento e por que parir entre mulheres, sem a intervenção do conhecimento científico e da figura do médico, passou a ser um problema? O segundo, na contemporaneidade: em que momento e por que parir com a intervenção médica passou a ser um problema? Essas são duas grandes perguntas que permeiam a atenção ao parto e nascimento e que podem se tornar dispositivos pelos quais podem se dar a comunicação e educação sobre o tema nos museus, a partir de uma perspectiva histórica e de gênero.

Primeiramente, trata-se de um tema que pode ser analisado dentro do campo da história das práticas em saúde. Ele faz parte tanto da própria história do nascimento da obstetrícia enquanto especialidade médica, como também se insere na história das práticas culturais de atenção à saúde da mulher. Em segundo lugar, porque estão presentes, nas práticas de atendimento ao parto e nascimento ao longo da história, alguns deslocamentos no que diz respeito aos atores que delas participam, ao protagonismo entre esses atores e, consequentemente, às subjetividades que são produzidas, bem como deslocamentos no papel das instituições envolvidas e dos significados atribuídos aos eventos do parto e do nascimento.

Parto e nascimento, eventos da esfera doméstica e do universo feminino, passam, a partir dos séculos XVIII e XIX e, mais intensamente, no século XX, a se constituírem como eventos realizados nos hospitais e maternidades, e administrados pelo universo masculino que domina a constituição da ciência e da medicina, pelo menos, até a primeira metade do século XX. Mais do que uma mudança do lugar de parir e nascer, a hospitalização do parto traz consigo uma mudança que vai da esfera privada, íntima, reservada, para o ambiente público, não reservado, na hora de parir e nascer. O parto, que antes acontecia no seio familiar, passa a acontecer em meio aos profissionais das equipes de saúde. O nascer, que antes envolvia sair do ventre para os braços da mãe ou da família, agora significa sair do ventre para as mãos da equipe médica.

Esta mudança de atores na atenção ao parto acaba por operar também um deslocamento de gênero. Antes exercido por parteiras mulheres e entre mulheres, como uma extensão da vida doméstica, o parto passa a acontecer nas mãos dos homens, já que são eles – e apenas eles – que ocupam, na medicina, o lugar do atendimento ao parto. O protagonismo desses atores também se transforma: se, antes, a mulher protagonizava o parto e tinha a parteira como cúmplice e auxiliar, com a medicalização o parto passa a ser protagonizado pelo médico, que é quem coordena os procedimentos, orienta a mulher para as ações e controla as variáveis que possam se tornar obstáculos.

Todas essas mudanças envolvem, ainda, um outro deslocamento que se dá no campo epistemológico, já que o parto e o nascimento, antes gerenciados pelo conhecimento empírico e tradicional das parteiras, ensinado de uma geração para outra, passam a ficar sob o domínio do conhecimento científico nos campos da medicina.

A história está sempre no limite, na relação entre o presente e o passado. Ao visitarmos os estudos históricos sobre a atenção ao parto, tentamos traçar as bordas de nosso próprio tempo, de identificar o corte que delimita o presente, que é onde o discurso histórico se situa. O que é *contemporâneo* e o que é *atual* no presente? A busca pela história, suportada na perspectiva foucaultiana, se dá na tentativa de responder o que define nosso presente em relação ao tema da atenção ao parto e nascimento; o que é do passado e o que é próprio do presente; que configurações estão atualizadas no presente e quais aquelas que são contemporâneas nos discursos e práticas da atenção ao parto e nascimento.

No Capítulo 2, apresentamos uma história da atenção ao parto e nascimento para tentar responder como se deram essas mudanças, que conflitos e disputas de poder caracterizaram esse território e o que podemos empreender em nosso momento atual. Portanto, foi na história da atenção ao parto e nascimento que fomos buscar o entendimento sobre as mudanças que se deram e que configuram o modelo da obstetrícia praticado na maioria dos hospitais brasileiros hoje, e onde também emergem as questões de gênero que permearam essa história até o momento contemporâneo.

Assim como a perspectiva histórica, os estudos de gênero também foram fundamentais para dar suporte à análise histórica e como instrumental nas análises das exposições. O feminismo é um fenômeno social e complexo, que percorreu até hoje, desde seu surgimento, várias fases e desmembramentos enquanto movimento político e corrente epistemológica. Para a presente pesquisa, interessaram- nos especialmente as discussões em torno da relação entre gênero e ciência, no sentido de entender tanto as práticas médico-científicas em sua relação com o corpo feminino e o evento do parto, quanto a abordagem do tema nos museus, que se configuram como espaços de comunicação da ciência.

O termo "gênero", datado historicamente, tem sido apontado por algumas autoras como sendo um conceito disperso na academia (SCHIEBINGER, 2001) e acompanhado de certa "perda de definição" (LOPES, 2006, p.39), no sentido em que se encontra atualmente multifacetado e capturado por diferentes abordagens, o que, por um lado, pode ser positivo, mas, por outro, acaba por torná-lo um conceito extremamente difícil de ser trabalhado. Assim como a literatura sobre gênero e ciência se configura, por vezes, como um campo disciplinar, operando em uma linguagem quase em forma de dialetos (SCHIEBINGER, 2001), seus termos subjacentes, como mulher, fêmea, feminino e feminista também não são auto-

evidentes, sendo confundidos com frequência e devendo ser considerados em sua historicidade e situados dentro de uma perspectiva epistemológica.

> Uma "mulher" é um indivíduo específico; "gênero" denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres; "fêmea" designa sexo biológico; "feminino" refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres num lugar e época específicos que podem também ser adotados por homens; e "feminista" define uma posição ou agenda política (SCHIEBINGER, 2001, p. 32).

SCHIEBINGER (2001) situa o feminismo norte-americano em duas nuanças distintas: o "feminismo liberal", "científico" ou "igualitário", e o "feminismo da diferença". O primeiro teria sido responsável por inúmeras mudanças políticas no âmbito das leis trabalhistas para as mulheres, em termos de igualdade de direitos à educação, pagamento e oportunidade, bem como à inserção das mulheres nas ciências. Mas, segundo a autora, a noção de uniformidade presente nessa corrente acabou por configurar um campo problemático para as mulheres, ignorando as diferenças entre homens e mulheres e as colocando em uma posição social delicada, especialmente no mundo do trabalho – já que as mulheres, com suas fisiologias, podendo ser mães, por exemplo, devem se adequar ao ritmo do trabalho.

O segundo movimento é o "feminismo da diferença". O valor do "feminismo da diferença", segundo a autora, foi refutar que a ciência é de gênero neutro, "revelando que valores geralmente atribuídos às mulheres foram excluídos da ciência e que desigualdades de gênero foram construídas na produção e estrutura do conhecimento" (SCHIEBINGER, 2001, p. 26). A autora apresenta, então, nesta obra, não apenas a história da exclusão e inclusão das mulheres nas ciências, mas também uma discussão acerca da não neutralidade entre os gêneros, tanto no que se refere à cultura científica quanto à construção dos conteúdos estudados pelas ciências. Ela analisa diferentes campos disciplinares, como a medicina, a primatologia, a física, entre outros, para comprovar a tese de que o conteúdo científico não está livre do gênero. Na primatologia, por exemplo, traz o questionamento da antropóloga física Adrienne Zihlman (1997)[24] logo na epígrafe de abertura do capítulo:

> O famoso australopiteco "Lucy" era muito provavelmente um homem, embora normalmente se pense que os esqueletos menores sejam de mulheres – o que obviamente força a reconsiderar a interpretação dos sítios onde se contruíam os lares e os objetos encontrados nas sepulturas pré-históricas.

24 ZIHLMAN, Adrienne. The Paleolithic Glass Ceiling: Women in Human Evolution. In: HAGER, Lori (ed.) **Women in Human Evolution.** New York: Routledege, 1997 *apud* SCHIEBINGER, 2001.

Lucy é o famoso fóssil hominídeo da Etiópia, datado de 3,2 milhões de anos de idade, encontrado em 1974 e declarada fêmea. O sexo de um indivíduo é geralmente determinado pela genitália e pelo DNA. Quando esses materiais não estão disponíveis, o sexo é determinado pela morfologia pélvica. Mas por quê? A pergunta parte da paleontóloga Lori Hager[25], que questiona que Lucy seja considerada fêmea apenas pelo seu tamanho e pelo de sua pélvis, contrapondo se "ela" não poderia ter sido, em vida, um macho de uma espécie pequena de hominídeo e não uma fêmea de uma espécie grande, já que não há outros indícios para concluir com precisão que se trata de uma fêmea.

Essa leitura implica uma série de consequências, como a que aponta a antropológa Zihlman acerca das teorias sobre os objetos encontrados em sítios arqueológicos, por exemplo. Ou, ainda, sobre o diorama que compõe a exposição permanente inaugurada em 1993, "Human Biology and Evolution" (SCHIEBINGER, 2001), hoje situada no pavilhão "Human origins and cultural halls"[26], no American Museum of Natural History em Nova York. O diorama, do *Australopithecus afarensis*, recria "um robusto macho que se eleva ao lado de uma consorte menor, seu braço posicionado para protegê-la e dar-lhe segurança" (Ibid., p. 242).

> Embora pegadas de 3,5 milhões de anos preservadas em lava perto de Laetoli, Tanzânia, mostrem claramente dois indivíduos caminhando juntos com passos largos, eles podem não ser o núcleo masculino e feminino de uma família moderna – eles podem ser um genitor ajudando seu filho ou filha adolescente ou apenas dois amigos fugindo juntos do vulcão (Ibid., p. 243).

Esse é um tipo de questionamento que evidencia não apenas as relações de gênero presentes no conhecimento científico, mas que coloca em xeque os próprios princípios de neutralidade, universalidade e objetividade tão caros à ciência. A construção dos fatos científicos se expõe e, junto com ela, a falência desses princípios, que além de nortearem a ciência por muitos séculos – ainda que dentro de uma historicidade, como mostraram Lorraine Daston e Peter Galison (1992) acerca dos diferentes significados da objetividade desde o século XVII até hoje[27] –, são comumente associados a atributos masculinos em contraponto à

25 HAGER, Lori. Sex and Gender in Paleo-anthropolgy. In: HAGER, Lori (ed.) **Women in Human Evolution.** New York: Routledege, 1997 a*pud* SCHIEBINGER, 2001.

26 Informações sobre a exposição podem ser acessadas na página do museu em "Permanent Exhibitions". O pavilhão específico onde está exposto o diorama, bem como a reconstituição do hominídeo Lucy, é o "Anne and Bernard Spitzer Hall of Human Origins": http://www.amnh.org/exhibitions/permanent-exhibitions/human-origins-and-cultural-halls/anne-and-bernard-spitzer-hall-of-human-origins (acesso em 25/01/2015).

27 Lorraine Daston e Peter Galison (1992), nesta obra, analisam a historicidade do conceito de objetividade, que

subjetividade e parcialidade, tão associados ao feminino.

Nesse sentido, SCHIEBINGER (2001) denuncia o "feminismo liberal" quando este não aponta as falências dos princípios científicos que tanto contribuíram para a exclusão das mulheres na ciência. Haveria, segundo ela, uma forte romantização de valores tradicionalmente considerados femininos, trazendo valores como o "holismo" e a "empatia" para o campo do universo feminino no modo de fazer ciência, que reforçam os estereótipos convencionais de homens e mulheres e postulam uma mulher universal destituída de historicidade, culturalidade, origem étnica, etc.:

> As diferenças historicamente elaboradas entre mulheres e homens, então, não podem servir como uma base epistemológica para novas teorias e práticas nas ciências. Não há estilo "feminista" ou "feminino" pronto para ser plugado na bancada do laboratório, ou ao lado do leito na clínica. As metas femininas na ciência não serão realizadas através da invocação de princípios dominados por clichês tirados de um mítico "feminino perdido". É tempo de afastar-se de concepções de ciência feminista como empática, não-dominadora, ambientalista, ou "favorável às pessoas". É tempo de voltar-se, ao invés disso, para instrumentos de análise pelos quais a pesquisa científica possa ser desenvolvida, bem como criticada, em linhas feministas. Eu não proponho esses instrumentos para criar alguma ciência "feminista" especial, esotérica, mas sim incorporar uma consciência crítica de gênero na formação básica de jovens cientistas e no mundo rotineiro da ciência (SCHIEBINGER, 2001, p. 31).

A autora conclui que o modelo assimilacionista de feminismo liberal é inadequado. Ao mesmo tempo, o modelo feminista da diferença, que sugere que as mulheres – por terem sido socializadas diferentemente dos homens – trazem as sementes da mudança para o laboratório, não é suficiente.

Uma crítica semelhante é encontrada em Lopes (2006, p. 43), que chama a atenção para o quanto algumas teóricas feministas norte-americanas, na busca de ações afirmativas para inclusão das mulheres nas ciências, "não se propuseram a desafiar o "ethos" mertoniano da universalidade, objetividade e neutralidade das ciências". Ou, ainda, teóricas

---

não é atemporal e passou por diferentes significados ao longo da modernidade. Nascido em meados do século XVII, a partir da preocupação da eliminação da subjetividade em outros campos que lidavam com a representação, como a arte, com a noção de objetividade como "fiel à natureza", esse conceito foi incorporado pelas ciências naturais a partir de meados do século XVIII. Primeiramente, por meio das ilustrações dos grandes manuais de anatomia, que almejavam o fiel à natureza, mas cujas representações, no entanto, eram construções onde a subjetividade do artista estava muito presente, já que os órgãos, assim como o corpo humano em sua totalidade, recebiam um tratamento preocupado com a estética da boa imagem. Desde então, os autores mostram que a objetividade sempre esteve no cerne das preocupações científicas, mas que seu conceito e significado na ciência passaram por diversas transformações até a atualidade, onde a imagem digital, as radiografias e ressonâncias colocam em jogo uma outra objetividade. Trata-se de uma obra de muita relevância sobre a discussão dos conceitos de objetividade, subjetividade e representação nas ciências.

que, alicerçadas nos estudos sociais feministas dos anos 1980 e 1990, que questionavam o estatuto epistemológico superior que a ciência construiu para si mesma com ênfase na objetividade, estando esta relacionada ao masculino, acabam por criar conceitos alternativos, como "objetividades dinâmicas" ou "objetividade forte", mas que reafirmam uma centralidade e atemporalidade do conceito de objetividade nas ciências, apenas invertendo o jogo e assumindo a noção de que "a perspectiva feminista teria mais condições de produzir conhecimento válido" (Ibid., p. 44):

> Assim não só as críticas às estruturas masculinas de conhecimento são salvas, guardadas, como se preserva a possibilidade de alguma forma de ciência e, em particular, de uma ciência exclusivamente feminista (Gergen, 1993[28]).

Segundo a autora, essa dificuldade de se trabalhar o conceito de gênero, especialmente no campo da história das ciências, parece ter a ver menos com uma falha na operatividade do conceito para historicidades locais do que com um não questionamento das ideias de universalidade, neutralidade e objetividade nas ciências, ainda muito referendadas por certas análises históricas e teorias feministas. Essa demarcação de campos disciplinares acabaria por reforçar a dualidade entre ciências biomédicas e ciências humanas, por meio de uma separação entre gênero e sexo, destinando este aos estudos pelas primeiras ciências, e reduzindo gênero às análises históricas, sociológicas e antropológicas:

> Falar em constituição e demarcação de campos disciplinares requer lembrar que o valor da autoridade científica se apóia, precisamente, na defesa das fronteiras entre e intra-disciplinares contra possíveis intrusões indesejadas. E foi justamente na demarcação de campos disciplinares que gênero se consolidou no âmbito das ciências humanas como construto cultural em oposição ao sexo como "fato" da esfera das ciências (LOPES, 2006, p. 47).

A autora apresenta os estudos de Nelly Oudshoorn (1994)[29] para mostrar que a separação entre gênero e sexo, pertencente a algumas correntes feministas, apesar de ter sido fundamental em seu contexto de origem no sentido de contestar a naturalização da feminilidade, resultou em que 'sexo' acabou sendo incorporado por algumas dessas teorias como uma categoria natural e apenas 'gênero' como construto social; o que acabou por

28 GERGEN, Kenneth J. A crítica feminista da ciência e o desafio da epistemologia social. In: GERGEN, Mary McCanney. (ed.) **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento.** Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos/Edunb, p. 48-69, 1993 *apud* LOPES, 2006.

29 OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the Natural Body: an archeology of sex hormones.** London: Routledge, 1994 *apud* LOPES, 2006.

ignorar todo o esforço para se situar as ciências naturais e biomédicas no âmbito das culturas científicas, e o corpo continuou sendo excluído das análises feministas (LOPES, 2006).

Nos anos 1980, em meio à efervescência das discussões sobre a dicotomia entre natureza e cultura, várias correntes epistemológicas começaram a desafiar a noção de um corpo natural:

> Biólogas feministas, historiadoras e filósofas das ciências, como Ruth Bleir (1984), Ruth Hubbard (1993), Evelyn Fox Keller (1985) e Helen Longino e Ruth Doel (1983) – em "movimentos cruciais de exposição do mito do corpo natural" – sugeriram que os "fatos" anatômicos, endocrinológicos ou imunológicos são qualquer coisa, menos auto-evidentes (LOPES, 2006, p. 49).

Mas, mais do que o corpo ser excluído das análises feministas, Oudshoorn (1994), segundo Lopes, denuncia o quanto o corpo masculino permaneceu intacto nos discursos feministas, como uma categoria natural e estável, um corpo que simplesmente existe, e não um construto histórico, "reproduzindo a tradição do discurso médico que apresenta os corpos femininos como o outro a ser explicado para existir" (LOPES, 2006, p. 50).

Rohden (2002) nos mostra que não há paralelos na história quanto à apropriação do corpo masculino pela medicina como aconteceu com o corpo feminino. A partir da história da constituição da ginecologia e de sua separação da obstetrícia, a autora evidencia o quanto essa especialidade foi mais do que uma medicina do corpo e das doenças da mulher[30]. A ginecologia, ao lado da antropologia, no século XIX, esforçou-se por criar uma identidade para a mulher, destinando suas características e comportamentos mentais e emocionais à influência da sexualidade:

> Supondo essa predominância da função sexual na mulher, os ginecologistas tentavam determinar como se processava essa interação complexa entre corpo e mente. Eram consideradas as relações entre instinto e razão, sentidos e faculdades morais, organização e ambiente, temas que também compunham as preocupações da antropologia na época (MOSCUCCI, 1996, p. 31-33 *apud* ROHDEN, 2002, p. 120).

O mesmo não ocorreu para o homem, cuja identidade não era definida pela sexualidade, mas por atributos ditos masculinos, como a superioridade cognitiva e o controle

30 Sobre a constituição da ginecologia enquanto especialidade médica no século XIX, sua singularidade histórica e suas justificativas ideológicas, ver o excelente trabalho de Fabíola Rohden (2002). A autora apresenta as diversas discussões que aconteceram na comunidade científica da ginecologia em diálogo com outras disciplinas, como a antropologia, sobre a identidade da mulher, a ontologia e as diferenças entre homens e mulheres, mostrando o quanto a sexualidade masculina e feminina tiveram tratamentos diferenciados na história no que consiste à definição da identidade de homens e mulheres.

das emoções, e pela antropologia, que tratava de definir o *homem* enquanto espécie, mas a partir do modelo masculino.

> (…) a diferença entre a ginecologia e a antropologia consiste principalmente em uma grande assimetria: enquanto a primeira tratava da mulher, freqüentemente associada aos primitivos e às crianças, representando um homem incompleto ou incivilizado, a antropologia tratava da humanidade a partir do modelo masculino. Mas a antropologia não cuidava das doenças masculinas, e nem mesmo a andrologia teve sucesso. A relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina exigia a criação de uma ciência específica; ao passo que, embora existissem as doenças caracteristicamente masculinas, como as desordens na próstata e testículos, *a patologia do sistema sexual masculino não determinava a natureza do homem.* Isso explicaria porque a andrologia, ou mesmo a urologia, enquanto especialidade do aparelho sexual masculino, não tiveram grande êxito na época (MOSCUCCI, 1996, p. 31-33 *apud* ROHDEN, 2002, p. 120 – grifos nossos).

De modo semelhante, Londa Schiebinger (2001, p. 217) afirma, sobre o tratamento da medicina ao corpo feminino:

> Hoje, no calor do movimento pela saúde da mulher, sérias considerações foram feitas sobre o conhecimento inadequado do corpo feminino. Contrariamente à crença popular, entretanto, a cultura ocidental confiou enormes recursos à ciência da mulher, estudando o caráter físico, moral e intelectual de "o sexo", como as mulheres já foram chamadas. Mas muito desta pesquisa não pretendia contribuir para a saúde e bem-estar da mulher. A "ciência-sexual" – o exame minucioso da diferença sexual – desempenhou um importante papel nas tentativas de resolver debates acerca do papel adequado das mulheres na sociedade e nas profissões.

O homem tornou-se objeto de estudo da medicina bem mais tarde, por volta do final do século XIX e início do XX. No Brasil, foi somente nos anos 1930 e 1940 que a captura do corpo masculino pela medicina se deu de forma expressiva e singular, sob uma motivação patológica: as epidemias de sífilis nesse período (ROHDEN, 2012). Os mecanismos de governo do biopoder em relação à sexualidade e à reprodução, visando um bem coletivo à nação, estão presentes nessa história, relacionados à construção de uma moral sexual científica com ênfase no autocontrole masculino a fim de garantir a reprodução (Ibid.). É a perda da sexualidade pelo homem – até, então, intocável –, de seu controle individual para o controle social, ao qual a mulher já havia sido submetida há muito tempo: "neste momento, o corpo dos homens, até então mais indevassável que os corpos das mulheres, crianças e perversos sexuais, finalmente se rendia à medicalização" (Ibid., p. 2647). E é a partir disso que nasce uma ciência do corpo masculino, a qual, posteriormente, direcionará suas preocupações à promoção da saúde e do prolongamento de uma vida sexual saudável (Ibid.)[31].

31 Sobre o desenvolvimento da andrologia e da urologia, que ocorreu em períodos históricos distintos, e sobre a preocupação contemporânea sobre a sexualidade masculina e a promoção da saúde sexual do homem, ver

Portanto, trata-se de pensar as relações de gênero como constitutivas do conhecimento científico, tanto no que concerne à cultura científica de uma determinada comunidade acadêmica quanto a seus conteúdos produzidos, como assinala SCHIEBINGER (2001). Em uma sociedade que excluiu – e ainda exclui – as mulheres do meio científico, tanto como sujeito quanto como objeto da pesquisa[32], algumas vezes, é evidente que a construção do conhecimento passa pelas relações de gênero.

Ao longo da pesquisa desta tese, ficou evidente, portanto, que era a partir da história e da perspectiva de gênero que o estudo sobre a atenção ao parto, bem como as análises das exposições, objetos dessa pesquisa, deveriam se dar. Ou, como afirma Thébaud (2002, p.426), "uma abordagem de gênero, centralizada nas mulheres e nas relações de sexo, permite outra leitura, mais próxima do cotidiano dos contemporâneos que não conheciam o futuro. Observar as múltiplas facetas, as conseqüências e os limites da 'medicalização' do parto inscreve-se nesse renascimento historiográfico".

É, portanto, a partir dessas perspectivas e de autores que se constituíram como os referenciais teóricos, que tratamos os dados analisados, bem como historiografias que deram suporte para construir a narrativa deste trabalho. Consequentemente, entendemos que a narrativa aqui apresentada também tem seus contornos e suas limitações, não se pretendendo nem como a única possível, nem como representação fiel a "fatos" encontrados ao longo da pesquisa. Estamos, obviamente, enquanto pesquisadores, filiados a determinadas formações discursivas. Quando iluminamos determinados aspectos, obscurecemos outros; quando vemos algo, passamos a não ver também. Daí a finitude, a impossibilidade de dar conta de uma problemática, mas também a possibilidade de oferecer entendimentos para se pensar sobre ela.

Rhoden (2012 e 2013).

32 SCHIEBINGER (2001, p. 216-225) destaca a exclusão das mulheres também como objeto em pesquisas médicas nos Estados Unidos (EUA). Para ilustrar, cita como exemplo as pesquisas e testes com novas drogas medicinais que, até 1988, eram conduzidas pela Food and Drug Administration (FDA) apenas com homens em suas amostragens, mesmo que esses medicamentos fossem servir para ambos os públicos, masculino e feminino. O estudo realizado sobre a relação entre a Aspirina e a Doença Cardiovascular, executado em 22.701 homens e 0 (zero) mulheres, é apenas um dos exemplos. No entanto, a prescrição de Aspirina para prevenir a doença era generalizada nos consultórios médicos e hospitais também para as mulheres, sem que houvesse nenhum conhecimento acerca de seus efeitos nos corpos femininos. Este cenário começou a mudar após uma reforma feminista nas pesquisas biomédicas financiadas pelo governo americano nas décadas de 1980 e 1990. Em 1986, o National Institute of Health (NIH) exigiu que fossem incluídas mulheres nos experimentos científicos, mas apenas em 1990 essas diretrizes foram consideradas a partir de um mandato lançado por este órgão. Em 1993, o Congresso reconhece e lança um mandato para que fossem incluídas mulheres e minorias nas pesquisas médicas.

Capítulo 2: História da atenção ao parto e nascimento: do século XVII ao momento contemporâneo

Porque é que ninguém me tinha dito que o meu corpo se tornaria um campo de batalha, um sacrifício, um teste? Porque é que eu não sabia que dar à luz é o pináculo onde as mulheres descobrem a coragem de se tornarem mães? Mas é claro que não há maneira de dizer isto, ou de o ouvir. Até se ser a mulher nos tijolos, não se tem idéia de como a morte está no canto da sala pronta para cumprir o seu papel. Até se ser a mulher nos tijolos, não se sabe o poder que se levanta das outras mulheres - mesmo desconhecidas que falam numa língua desconhecida, invocando nomes de deusas que não nos são familiares.

A Tenda Vermelha, de Anita Diamond.

2.1. A ENTRADA DOS HOMENS NA CENA DO PARTO: CIRURGIÕES-BARBEIROS E MÉDICOS-PARTEIROS

A medicalização da assistência ao parto e ao nascimento tem início no século XVII em países europeus como França e Inglaterra, estabelecendo-se de fato no século XX após haver passado por diversas fases e em meio a contextos complexos, como o período pós II Guerra Mundial (THÉBAUD, 2002) e a própria profissionalização da ciência e da medicina. Este advento não se deu sem conflitos, colocando em cena relações de gênero entre médicos e parteiras, entre o conhecimento institucionalizado masculino e o saber tácito feminino, e entre o médico, homem, e a parturiente, mulher.

O parto, até então, não era considerado um ato médico e ficava a cargo das parteiras, pertencendo ao domínio privado – o ambiente doméstico, íntimo e composto por mulheres com outras mulheres. O termo em inglês para parteira, *midwife,* quer dizer *with-wife,* "com mulher" (ARNEY, 1982, p. 21). A presença masculina não era bem-vinda pelos pudores morais da época. A atenção ao parto dentro dessa rede, que se limitava ao universo feminino, era entendida mais como uma "solidariedade" entre mulheres, extensão do ambiente doméstico, do que como uma profissão (NUNES e MOURA, 2004). E quando se tornava profissão, o ofício de parteira era desempenhado, quase sempre, por mulheres que necessitavam garantir o sustento da família ou que não eram casadas.

No geral, o ofício do partejar era adquirido dentro do círculo feminino da família ou de mulheres próximas dentro da comunidade, no início pela observação e, depois, pela experiência. Filhas, netas, sobrinhas acompanhando suas mães, avós ou tias, essa era a cena mais comum do aprendizado de ser parteira até que o parto fosse capturado pela curiosidade médica.

O parto era envolvido por um imaginário de mistério, que fazia parte das qualidades atribuídas à figura feminina (JORDANOVA, 1999)[33] e, portanto, cabia às mulheres o ofício de realizá-lo. Mas também era envolto por uma aura de medo, já que o risco de complicações e morte era uma possibilidade real. A figura masculina era chamada para entrar na cena do parto quando este se tornava complicado e sua condução estava fora das possibilidades de cuidado da parteira e haveria de se optar entre salvar a vida do bebê, com a grande possibilidade de morte materna, ou realizar embriotomia, que consistia em seccionar o feto para salvar a vida da mãe. Assim, a associação entre parteiros e morte fazia parte do imaginário cultural dessa época. Havia na presença masculina um significado trágico, já que a expectativa de morte[34] era certa: "Quando o homem chega, um ou ambos necessariamente vai morrer", segundo ARNEY (1982, p. 33) era o pensamento corrente.

A prática médica europeia, até o século XVIII, era composta por uma estrutura

33 Jordanova (1999) nos mostra o quanto o significado da mulher, em meados do século XIX e XX, em comparação ao significado de "natureza", passa por desqualificações, mas não apenas, passando também por ambiguidades, especialmente quando há uma mulher "renomada", A Mulher – A Natureza, na tentativa de tornar evidentes as fronteiras entre esse ser superior e a figura do papel frágil e imprevisível do gênero – as mulheres; os seres mundanos, frágeis, instáveis, voluptuosos, passíveis de intempéries tal qual a natureza.

34 É preciso dizer também que o significado da morte passou por diversas mudanças ao longo da história, segundo alguns autores. Durante muitos séculos, por toda a Idade Média europeia, a morte era vista com naturalidade, fazendo parte do ambiente doméstico, onde morte e vida compartilhavam, inclusive, os mesmos espaços – os cemitérios eram nos centros das cidades, e mesmo assim, eram geralmente destinados às famílias mais abastadas, sendo que as pessoas das classes baixas enterravam seus entes em terrenos próximos as suas moradias (COMBINATO e QUEIROZ, 2006); os velórios aconteciam em casa até bem pouco tempo atrás, inclusive, sendo encontrado ainda hoje em algumas regionalidades. Com base nos estudos de Ariès, Ivan Illich (1975 *apud* CORREA, 2011) identifica cinco estágios distintos sobre os significados da morte: "a Dança dos Mortos, no século XIV; a Dança Macabra, na Renascença; a morte burguesa no Ancien Regime; a batalha médica contra a fome e a peste do século XIX; a ascensão da medicina, que passou a mediar a relação do homem com a morte, na segunda metade do século XX, e, finalmente, a morte sob tratamento médico-hospitalar intensivo" (CORREA, 2011, p. 40). A ciência médica passa também por uma mudança, de um ofício cuja missão era preservar a saúde e curar doenças, para o domínio sobre a morte, alcançando, segundo a autora, uma terceira missão que teria sido anunciada por Francis Bacon, ainda no século XVII: a de prolongar a vida (Ibid.). Portanto, é preciso pensar que a morte, também relacionada ao parto, era entendida com naturalidade e, ainda que tenha passado por mudanças simbólicas desde muito antes na história, mesmo nos séculos XVIII e XIX não tinha o mesmo significado que tem na contemporaneidade, dados os recursos médicos atualmente e uma ciência cada vez mais preocupada em protelar a morte e evitá-la a qualquer preço. Portanto, mesmo sobre essa leitura "trágica", é possível dizer que a morte era mais esperada nos partos e entendida com mais naturalidade do que hoje, em nosso tempo.

tripartite e hierárquica, em que os médicos (*physicians*, em inglês), mais teóricos, ocupavam o topo da cadeia e ganhavam grandes quantias, principalmente se fizessem parte da corte; os cirurgiões, também chamados de "cirurgiões-barbeiros", com *status* inferior ao dos médicos, se encarregavam das sangrias, cirurgias, purgas e aplicações de loções e emplastros; por último, nesta hierarquia estavam os boticários, que fabricavam e comercializavam os medicamentos (MAIA, 2001).

Os cirurgiões-barbeiros, chamados para intervir nos partos difíceis, não eram, portanto, médicos. A formação médica nessa época é uma formação teórica, "os médicos emergiam com um diploma e a cabeça cheia de teorias antiquadas, a maioria deles nunca tinha visto um paciente"[35]. Eram os cirurgiões que exerciam a *prática* dos cuidados médicos, lidando diretamente com os corpos e suas doenças nos hospitais e domicílios. Claro que havia também médicos que se propunham a realizar procedimentos práticos. E vale assinalar que, até meados do século XX, a profissão de médico não possuía o *status* que tem hoje em dia. A prática de atendimento aos partos era um modo eficaz de a medicina entrar nas famílias aristocratas, além de ser uma atividade muito lucrativa se comparada com outros campos da profissão médica (ARNEY, 1982).

As dificuldades morais dos médicos que se empreitavam a atuar neste campo, contudo, eram enormes. O moralismo e o pudor que envolviam a intervenção no corpo feminino por uma figura masculina tiveram que ser desmantelados pelos médicos que se meteram a fazer partos. Na França, a novidade começou a ser mais bem aceita do que na Inglaterra, que rejeitava o homem parteiro inclusive pelos conflitos culturais e políticos existentens entre os dois países; o homem na cena do parto nesse país era desqualificado e visto como tendo aderido a uma moda francesa. Sobre isso, Arney (1982, p. 4), comentando a obra de Theodore Cianfrani, *A short History of Obstetrics and Gynecology*[36], afirma que o autor:

> faz menção ao desaparecimento das parteiras, mas está mais interessado em questionar como os homens puderam contribuir tanto para a obstetrícia e a ginecologia diante do constrangimento e da ridicularização de seus colegas e do público por sua participação nesses campos, do que em discutir o significado da tomada da profissão pelos homens (ARNEY, 1982, p. 4 – tradução livre).

35 Nossa Capa**, Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial,** 2006, vol.42, n.5, p. 0-0.
36 CIANFRANI, Theodor. **A Short History of Obstetrics and Gynecology.** Springfield, III: Charles C. Thomas, 1960.

A entrada dos homens no campo do partejar necessitou, portanto, de uma mudança na ordem simbólica, além de mudanças nos aspectos materiais da sociedade. Uma cultura de sucesso do parto por meio da intervenção médica foi se constituindo ao lado de políticas que evidenciavam uma disputa de poder de mercado, até então compartilhado harmonicamente entre cirurgiões e parteiras, já que cada um exercia o seu papel em momentos diferentes. Mas, para isso, foi preciso que o significado do parto e do nascimento se transformasse para justificar a atuação dos médicos e, inversamente, os médicos deveriam ser hábeis para atender a esse novo significado. "No caso do nascimento, os homens tiveram que reconceitualizar o fenômeno do nascimento e trazer para ele um significado diferente daquele que ele tinha nas mãos das parteiras. Então, eles tinham que ser capazes de atuar naquele novo significado" (ARNEY, 1982, p. 21).

O instrumental tecnológico que começava a ser desenvolvido, e que pertencia exclusivamente ao domínio do cirurgião, conferia a fama de eficácia e domínio pelos homens sobre um evento do campo feminino. O fórceps, por exemplo, tem um papel histórico fundamental para a aceitação do homem na cena do parto e para a marginalização da prática das parteiras. O uso desse instrumental técnico, que garantia um maior "sucesso" nos partos difíceis, contribuiu para a ideia do cirurgião como tendo maior controle sobre o parto, reforçada pela resistência das parteiras em relação ao uso do instrumento (NUNES e MOURA, 2004). Mesmo aquelas que tentavam se apropriar dessa tecnologia, sofriam medidas para a limitação de seu exercício, como a lei criada na França, em 30 de novembro de 1892, que proibia às parteiras o uso de instrumental técnico e a prescrição de medicamentos (THÉBAUD, 2002), marginalizando o exercício dessas mulheres.

A aceitação do médico-parteiro, portanto, se inicia entre famílias de mulheres de origem abastada, mas mesmo entre elas a resistência ao atendimento por um homem perdurou por longo tempo. A atenção às mulheres de classes pobres continuou sendo realizada por parteiras até meados dos séculos XIX, quando as reformas higienistas e sanitaristas tornaram mais intenso o movimento para os hospitais. Mas, ainda assim, o risco que o ambiente hospitalar oferecia era muito grande. A infecção puerperal, nesse período, era o grande obstáculo da medicina.

Até o século XIX, há também outro componente que se diferencia do que ocorrerá posteriormente na história da atenção ao parto e nascimento: "a norma era salvar a vida da

mãe, que era considerada mais importante do que a do filho", e uma série de instrumentos começam a ser inventados para a extração do feto em pedaços para salvar a mulher no parto (MOTT, 2002, p. 198).

Ainda sem a existência conhecida de anestésicos, a cirurgia cesareana era realizada apenas como prática de estudos e experimentação em mulheres mortas e indigentes, e não se conhecia ainda o papel dos microrganismos nas infecções. Em 1847, Sir James Simpson introduziu o uso de éter e clorofórmio em seu trabalho obstétrico na Inglaterra, e o Dr. Walter Channing inseriu o clorofórmio nos Estados Unidos (ARNEY e NEILL, 1982). E, em 1926, o *Williams Obstetrics*[37] declarava que "todas as mulheres inteligentes no presente demandam serem poupadas tanto quanto possível do sofrimento para a realização do parto normal" (ARNEY e NEILL, 1982, p. 4), anunciando uma mudança operacional que acarretaria, mais tarde, uma mudança simbólica sobre a dor no parto.

2.2. O ESTABELECIMENTO DA MEDICALIZAÇÃO DO PARTO: O CENÁRIO BRASILEIRO NOS SÉCULOS XIX E XX

Arney (1982) afirma discordar de algumas pesquisas históricas da obstetrícia, que apontam uma continuidade no estabelecimento da profissão da obstetrícia médica e da perda de protagonismo das parteiras. Para o autor, essa continuidade presente nas histórias sobre a captura da obstetrícia pela medicina e, mais do que isso, sobre a aceitação do homem na cena do parto, é falsa. Autores como Arney (1982) e Thébaud (2002), entre outros, apontam dois momentos cruciais de transformação da obstetrícia no continente europeu. O primeiro deles ocorreu, como já dissemos, quando da entrada dos homens na profissão, mais intensamente entre os séculos XVIII e XIX, quando houve mudança no significado do parto. Ainda assim, as parteiras continuaram atuando por muito tempo, porque eram mais confiáveis quanto à habilidade de partejar, por questões morais que impediam a aceitação da figura masculina no parto, por razões estruturais, já que as famílias mais abastadas constituíram o público dos médicos parteiros por um longo tempo, e os hospitais e maternidades eram ainda poucos nesse período (ARNEY, 1982; THÉBAUD, 2002).

37 *Williams Obstetrics* é um manual de obstetrícia, escrito por John Whitridge Williams, obstetra norte-americano pioneiro neste ofício nos EUA no século XIX. O manual é referência até hoje no ensino dessa disciplina, já foi reescrito por outros autores, e está em sua 24ª edição.

O segundo momento de transformação da profissão, para os autores citados, se deu no século XX, no período entre as duas guerras, quando se intensificou a criação de hospitais e leitos, não apenas como investimento na obstetrícia, mas no campo da saúde em geral, do higienismo e, especialmente, para atender aos feridos de guerra. No pós II Guerra Mundial, intensifica-se uma transformação de natureza qualitativa no modo de controle social e político sobre a população, já iniciada no século XIX, quando o corpo feminino, sua sexualidade, a gravidez e o parto são capturados pelas ciências biomédicas (THÉBAUD, 2002). Na Europa, especialmente na França, o movimento de transferência das parturientes para as maternidades se intensificou após 1945, assim como ocorreram transformações na profissão de parteira relacionadas às condições salariais e à diminuição do número de profissionais. O discurso da Protection Maternelle et Infantile (PMI – Proteção Materna e Infantil) associou os sucessos da melhoria geral das condições de vida para vencer a morte das parturientes e dos bebês aos progressos da medicina (THÉBAUD, 2002).

A medicina, no entanto, teve grandes dificuldades quanto à adesão das mulheres para que o parto se desse no ambiente hospitalar, como já referido anteriormente. O atendimento ao parto no ambiente doméstico, por parteiras, continuou a ser a prática dominante não apenas pelas questões morais já descritas, mas também porque a medicina ainda não oferecia uma alternativa que convencesse as mulheres a terem seus partos feitos por um médico. A figura masculina e o imaginário do médico associado à morte era, ainda, muito expressivo. Nas classes mais abastadas, os médicos-parteiros mais famosos e que tinham relações próximas com a aristocracia eram chamados para atender o parto, mas ainda na esfera privada. Nas classes mais baixas o parto era atendido exclusivamente por parteiras.

No Brasil não foi diferente. A ausência de maternidades, que são criadas apenas a partir do início do século XX, também foi outro fator que impedia as mulheres de ceder à ideia de parir em um ambiente público, cheio de doenças, como o hospital. Nem sempre havia profissionais da obstetrícia no atendimento aos partos em hospitais e nem enfermarias isoladas para parturientes. A morte e as infecções eram frequentes e doentes de todos os tipos se misturavam a mães e recém-nascidos:

> Dar a luz fora de casa era uma situação anormal, apavorante e procurada apenas em casos extremos, sobretudo por pessoas tidas como desclassificadas socialmente. Nos casos dos partos complicados, apenas as mulheres mais pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras recorriam às Santas Casas, mantidas por caridade e benemerência (MOTT, 2002, p. 198).

No Brasil, as parteiras, também denominadas *comadres*, *aparadeiras*, *parteiras curiosas* ou *parteiras-leigas* (BRENES, 1991), atuaram livremente até fins do século XIX, quando, então, passaram a sofrer medidas proibitivas para restrição de suas atuações (NUNENS e MOURA, 2004). A medicina, enquanto instituição, incorporou esta prática como um de seus domínios, intitulando-a *Arte Obstétrica* e denominou de *parteiro ou médico-parteiro* os profissionais por ela formados apenas a partir dos primeiros cursos de obstetrícia que surgiram com as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro (Id.).

Os cursos de obstetrícia eram, contudo, ainda estritamente teóricos. No Brasil, onde as primeiras Faculdades de Medicina foram criadas em 1808, no Rio de Janeiro e na Bahia, essa formação estritamente teórica está presente desde a sua origem até a segunda metade do século XIX. Vários professores dessas Faculdades de Medicina, como Domingos Marinho de Azevedo Americano, no Rio de Janeiro, e Francisco Rodrigues da Silva, na Bahia, denunciavam o caráter teórico da disciplina de obstetrícia, reclamando a necessidade da abertura de maternidades para que os alunos pudessem praticar a clínica de partos (MOTT, 2002).

Nos anos 1850, houve uma tentativa de reforma nas Faculdades de Medicina para a inserção de disciplinas práticas que falhou e, em 1874 e em 1882, o governo Imperial enviou comissões de médicos à Europa para que eles se familiarizassem com o ensino prático. Em 1884, a reforma dos cursos de Medicina finalmente incorpora tais "novidades" (DANTES et al., 2011). Antes disso, hospitais, como a Santa Casa, no Rio de Janeiro, se recusavam a ceder seu espaço para o atendimento de partos dos cursos de medicina por razões morais, acreditando que o serviço seria utilizado apenas por prostitutas. Em 1884, finalmente a enfermaria foi autorizada a ser instalada para início dos cursos práticos nesta instituição, mas ainda com grandes dificuldades de infraestrutura básica, como roupas de cama e higienização adequada – um desleixo sugerido por médicos como diretamente relacionado à resistência das freiras sobre o público atendido (MOTT, 2002).

Neste período, muitas parteiras, inclusive estrangeiras que emigraram para o Brasil no início do século, atendiam em suas casas e em locais denominados "casas de maternidade". Escravas, negras livres e outras mulheres que, por alguma razão, estavam impedidas de parir nas casas onde moravam – mulheres vindas do interior, mães solteiras e viúvas – eram atendidas nessas casas. No entanto, a desqualificação desses locais pelos

médicos, por serem considerados "suspeitos", onde também se praticava o aborto e cujas mulheres atendidas tinham má reputação, culminaram no fechamento e proibição deles em muitas cidades[38].

Há, portanto, um movimento de abertura de maternidades e extinção dos locais "clandestinos" desde o século XIX, mas é no século XX que a institucionalização do parto nos hospitais e maternidades começa a se estabelecer. Isso graças à confluência entre os discursos da agenda higienista – iniciada na Europa desde o século XIX e que viria ao Brasil na transição para o século XX – e os discursos da classe médica, que não sabia mais o que fazer para atrair a mulher para o espaço médico e possibilitar a prática do cuidado ao parto.

O discurso do início da medicalização do parto, tanto na Europa quanto no Brasil, é um discurso civilizatório. Os problemas nas grandes cidades brasileiras, como Rio de Janeiro e Salvador, são semelhantes. As camadas mais baixas ocupam os centros das cidades, com seus casebres e cortiços, na tentativa de garantir seu custeio, já que ou trabalham nos grandes casarões dos senhores ou no comércio de rua. As mulheres das classes mais baixas eram estigmatizadas e desqualificadas e representavam um problema social, pois estavam distantes de manter os padrões higienistas e morais ditados pela nova ordem social. Eram em sua maioria negras, solteiras, chefes de família e, portanto, necessitavam trabalhar também fora de casa, carregando seus filhos muitas vezes com elas e, por esse motivo, se distanciavam do padrão social da mulher que deveria ser casada e pertencer exclusivamente ao ambiente doméstico da família (AMARAL, 2008).

A criação das maternidades, aliadas aos projetos sanitaristas, tinha como argumento preferencialmente o atendimento das mulheres pobres[39] para que se pudesse "civilizar" o parto, massificá-lo nos hospitais – o que garantia o êxito da obstetrícia – e mostrá-lo como prática confiável para, inclusive, convencer as mulheres de famílias abastadas. A persuasão das classes mais altas por meio do aperfeiçoamento da obstetrícia claramente faz parte dos anseios dos obstetras da época para o estabelecimento da medicalização do parto e nascimento, como mostra a pesquisa de Amaral (2008). E tal

38 Em 1876, no Rio de Janeiro, passou a ser obrigatório, tanto nas casas já estabelecidas, quanto nas novas que se abrissem, que a direção dessas casas se dessem por um médico, a quem as parteiras ficariam submetidas (MOTT, 2002). Em São Paulo, as parteiras foram proibidas de atuarem em suas casas ou em qualquer lugar de natureza de enfermaria ou maternidade em 1908.

39 A Maternidade de São Paulo é outro exemplo de criação sob esse argumento, do atendimento às mulheres de baixa renda, criada em 1894, antes mesmo da criação da Faculdade de Medicina que veio a acontecer vinte anos mais tarde (MOTT, 2002).

aperfeiçoamento era propiciado pelo exercício prático de atenção ao parto graças ao atendimento àquelas mulheres marginalizadas socialmente (MOTT, 2002).

O papel da imprensa, e de outros campos como a literatura (JORDANOVA, 1999), foi decisivo e estratégico para a afirmação científica da medicina na Europa, no século XVIII. No Brasil, como afirma Amaral (2008, p. 928), no século XIX, "os periódicos médicos mantiveram as mesmas estratégias européias, dando visibilidade às ações dos médicos e convencendo o público leigo a respeito da medicina". Segundo o autor, a partir de sua pesquisa sobre o papel da imprensa na medicalização do parto na Bahia no início do século XX, os jornais tiveram um importante papel na divulgação da primeira maternidade criada em Salvador, a Climério de Oliveira, inaugurada em 1910[40]. O autor destaca a existência não apenas de publicações que apontavam tal Maternidade como exemplo de modernidade e civilidade, "um local moderno, civilizado, limpo e agradável para todos, independentemente da camada social". Independentemente da camada social porque havia um preconceito em relação às maternidades pelo atendimento às mulheres consideradas desqualificadas e, nesse sentido, a filantropia teve um papel importante também, não apenas economicamente, mas para o convencimento de que se tratava de um local adequado para o parto também para as classes mais altas. Havia publicações que continham relatos de agradecimento de maridos sobre o ótimo tratamento dado as suas mulheres, notas de agradecimento de doações que davam visibilidade pública aos mantenedores da instituição, além do apoio das "feministas baianas" – senhoras de famílias abastadas que manifestavam preocupações com a questão da mulher, mas, diferentemente das feministas europeias, nos moldes do assistencialismo e da filantropia (AMARAL, 2008, p. 929). De acordo com o autor, a imprensa baiana contribuiu também na construção da identidade da mulher baiana – sob o modelo cristão de ideal da mulher: branca, casada e religiosa – e de comportamentos higienistas que tinham no ideal da família seu investimento na ordem na social.

Na verdade, é possível perceber, no trabalho de Amaral (2008), que o público-alvo mesmo, no caso da Maternidade Climério de Oliveira, eram as mulheres das classes mais abastadas. Isso é possível de ser concluído pelas fotos e imagens publicitárias, por exemplo. Mulheres brancas e bem apresentadas são publicadas como propaganda da maternidade, ainda

40 A maternidade da Bahia foi um projeto defendido pelos obstetras baianos desde as últimas décadas do século XIX, principalmente por Climério de Oliveira. "Diante das dificuldades financeiras e da pouca participação do Estado nesse projeto, os médicos baianos movimentavam-se em busca de verbas que possibilitassem a construção da maternidade, pressionando o Senado Federal e promovendo campanhas junto a alguns segmentos da sociedade" (ADEODATO FILHO, 1967 *apud* AMARAL, 2008, p. 936).

que o perfil étnico e social das mulheres atendidas fosse outro. O autor chama a atenção para o quanto essas imagens acabavam por fazer parte de um projeto social de construção de um modelo étnico e social a ser seguido. É possível supor, também, que o anseio pelo aumento do atendimento das classes mais altas da sociedade – objetivo claro e que se concretiza anos depois de sua inauguração – se dava pela possibilidade de garantia de certo prestígio à Maternidade Climério de Oliveira e sua legitimação como espaço médico-científico.

Apesar de citar alguns programas de atendimento em domicílio, prestados por ações filantrópicas a mulheres de baixa renda e que pode ter aberto um canal de comunicação para convencer essas mulheres a parirem na maternidade, o autor conclui, no entanto, que a construção da identidade da maternidade pela imprensa certamente foi um dos principais fatores para o êxito da institucionalização do parto, retirando a medicalização do parto "do cenário de imposições dos médicos e subserviência das mães para posicioná-lo no campo da sedução e persuasão através de vários meios, sobressaindo dentre eles as páginas dos jornais diários" (AMARAL, 2008, p. 942).

Brenes (1991) nos mostra também, a partir de sua pesquisa sobre uma série de documentos escritos por médicos no Rio de Janeiro e na Bahia nos séculos XIX e XX, a dificuldade da classe quanto à aceitação social e a preocupação em aumentar a presença das mulheres nas clínicas e maternidades, já que para médicos e estudantes esta era a única forma de aprender e praticar a clínica obstétrica:

> Inúmeras foram as técnicas empregadas para atrair o público feminino aos locais de internamento. É difícil datarmos, através da leitura das teses, o momento em que esta atração passou a se efetuar de maneira satisfatória. O que podemos perceber é que, apesar de atenderem ao chamado médico, as mulheres viam a clínica como um local ao qual deveriam acorrer num momento de grande necessidade, desconsiderando, porém, a continuidade do tratamento. Isto em muito dificultou o trabalho médico, pois a eles interessava a permanência das mulheres na clínica para observação e testes (BRENES, 1991, p. 146).

Diante de tal dificuldade, os médicos tentaram conseguir apoio do governo no que concerne aos processos de internação, controle e cadastramento nas clínicas existentes, inclusive por meio de argumentos para a prevenção do aborto e infanticídio – praticado em todas as camadas sociais – e, quase sempre, com apoio de parteiras (BRENES, 1991).

Outras questões também estão presentes: além de assegurar o atendimento ao

parto, os médicos ainda indicavam a internação em períodos posteriores ao parto, para que as mulheres pobres pudessem se ausentar do trabalho e ter uma alimentação e cuidados adequados a ela e à criança. Uma série de discussões sobre questões trabalhistas foram levantadas nessa época pelos médicos no Brasil (MOTT, 2002).

Em alguns anos, novas faculdades de medicina em capitais brasileiras foram sendo criadas[41], a febre puerperal foi sendo controlada, de forma que, pouco a pouco, os estabelecimentos hospitalares, enfermarias e maternidades foram deixando de representar um local inseguro para o parto. Ao mesmo tempo, este passava a ser visto pela medicina como um evento médico e potencialmente perigoso, necessitando intervenções e desenvolvimento de novas técnicas para aumentar a sobrevivência de mães e crianças e diminuir o sofrimento no parto. As novas regras de assepsia, juntamente com as melhorias na estrutura urbana, como luz e água encanada, além dos aparatos, sala de cirurgia, instrumentos esterilizados e enfermagem especializada foram igualmente relevantes para que o hospital fosse recomendado como local do parto.

Nos anos 1920, o parto domiciliar ainda era muito praticado em todas as classes sociais, apesar de começar a ser visto como mais dispendioso pelos médicos contratados. Havia mulheres que eram atendidas por médicos em casa e com eles sempre havia ou uma enfermeira ou uma parteira, sendo esta última a preferência de muitos deles, como mostra o relato do Dr. Jorge Santana, que preferia uma parteira para "substituí-lo, auxiliá-lo e secundá-lo", pois havia partos:

> que decorrem em mais de 24 horas e não se pode exigir de um médico a presença constante ao lado da parturiente. Há além disso uma série de pequenas providências e cuidados, relativos à assistência ao parto, que uma mulher desempenha com mais propriedade que um homem (SANTANA e GONZAGA, 1931, P. 86 *apud* MOTT, 2002, p. 204).

Porém, com as novas condutas higiênicas e a preocupação com as infecções pelos médicos, o parto domiciliar exigia grande esforço: era preciso que a família providenciasse uma lista extensa de materiais, que continham desde os aventais médicos esterilizados até materiais de sutura, clorofórmio e Pituitrina[42]. Havia farmácias que vendiam o *kit* para o parto,

41 Entre os anos de 1898 e 1915, foram criadas faculdades no Rio Grande do Sul, Minas Gerais, A Escola de Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro (UNIRIO), as de São Paulo, Paraná, Pará e Recife. Sobre esse assunto, ver SARINHO, C. Travassos. Faculdades de Medicina no Brasil: (as dez mais antigas). Resumo Histórico. Natal, RN: Nordeste Gráfica, 1989.

42 Fármaco utilizado nesta época para acelerar as contrações do parto (MOTT, 2002).

assim como alguns hospitais. No entanto, era "trabalhoso" para os médicos, que preferiam o conforto do hospital e viam a resistência das mulheres à hospitalização – que ainda era grande entre as parturientes de partos saudáveis – como preconceito e atraso (MOTT, 2002).

No entanto, havia também muitos médicos que não concordavam com a recomendação de internação generalizada, mantendo a recomendação apenas para as mulheres pobres e indigentes, cujas instalações de moradia não forneciam condições ideais para o parto ou para que se alimentassem bem e tivessem melhores cuidados, assim como os bebês, ou, ainda, mulheres que queriam manter em segredo "seu estado" (MOTT, 2002, p. 205).

Houve muitas propostas, no início do século XIX e que se estenderam por algumas décadas, para atendimento pré-natal e obstétrico domiciliar destinado às mulheres pobres, mas muitas nunca chegaram a sair do papel. No Rio de Janeiro, em 1901, foi criado um serviço de parto em domicílio que funcionou por vinte anos, tendo registrado 429 partos, com ocorrência de 0,64% de morte materna, 2,56% de morte fetal e 1,2% de infecção puerperal (MOTT, 2002).

Em 1923, o Dr. Arnaldo Morais, no Centro de Saúde de Inhaúmas, Rio de Janeiro, criou um projeto piloto que envolvia exames pré-natal minuciosos para verificar se a parturiente tinha condições de parir em casa. Este projeto contava com o trabalho de parteiras leigas, que passavam antes por uma formação para poderem atuar[43]. Até 1936, vários programas semelhantes foram criados em vários bairros da cidade e nas décadas de 1930, 1940 e 1950, muitos médicos, em várias cidades brasileiras, ainda defendiam o serviço domiciliar público. Os argumentos discorriam desde a falta de leitos e a sobrecarga do orçamento para os hospitais até o conforto para a mãe por não ter que se ausentar de casa, já que tinha outros filhos para cuidar (MOTT, 2002).

Apesar de todos os argumentos, a hospitalização do parto era vista pela maioria dos médicos como um ideal a ser atingido. No entanto, apesar do discurso dos médicos, as condições para a prática obstétrica nos hospitais e maternidades em muitas capitais, como Rio de Janeiro, eram ainda, até a primeira metade do século XX, bastante precárias: falta de leitos e áreas isoladas em muitos hospitais; serviços precários de pré-natal; superlotação das maternidades e berçários; falta de médicos e enfermeiras; falta de recursos para atendimento de bebês prematuros; as *causa-mortis* não eram devidamente registradas e esclarecidas

43 Nesse período, no Rio de Janeiro, as parteiras leigas ou tradicionais estão proibidas de atuarem (MOTT, 2002).

(MOTT, 2002). Havia ainda um grande número de parteiras, leigas e formadas, atuando nesses espaços.

O deslocamento do parto para o hospital também foi proporcionado graças a outros interesses, como mostra Brenes (1991) sobre a história da parturição no Brasil. A luta pela prevenção e criminalização do aborto e do infanticídio, práticas que eram frequentes e, muitas vezes, especialmente nas famílias aristocratas, ajudadas pelas parteiras, fizeram parte dos argumentos pela hospitalização do parto. O discurso médico normativo, que dispunha tanto de argumentos científicos para a prática de atenção ao parto e à saúde da mulher, quanto para a necessidade de leis severas que punissem o aborto e o infanticídio, ganhou forte aliança com as tentativas de criminalização de tais práticas, antes mesmo da proclamação da República. Há uma confluência de fatores, como mostra a autora, dos interesses médicos em trazer as mulheres para os consultórios unidos aos interesses em controlar e criminalizar as práticas de aborto e infanticídio, o que, para médicos e autoridades, poderia ser evitado em um parto institucionalizado. Mas é a partir da segunda metade do século XX, entre os anos 1960 e 1970, que a medicalização do parto e nascimento no Brasil começa a se estabelecer de fato.

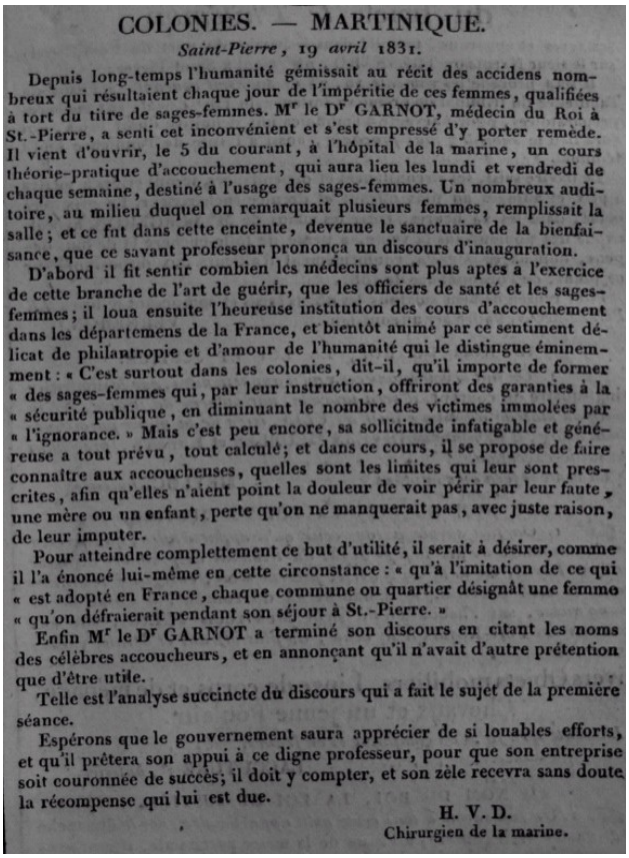
2.3. PARTEIRAS: CONTINUIDADES E DESCONTINUIDADES

Embora tenham sido consideradas por muito tempo como as especialistas no cuidado à saúde da mulher, as "mulheres sábias" do francês, *sage-femmes*, as parteiras foram sendo marginalizadas pelo discurso médico com a institucionalização da obstetrícia e os inventos tecnológicos no universo do nascimento.

Uma notícia do Journal Officiel de la Martinique, de 19 de abril de 1831, mostra o que os médicos franceses pensavam sobre as "sage-femmes" no século XIX[44] (Figura 1). O

44 A cópia deste artigo sobre o curso de parteiras publicado no Jornal da Martinica, de 19 de abril de 1831, nos foi enviada cordialmente pela pesquisadora da UNICAMP Leticia Gregorio Canelas, que o encontrou, em meio a sua pesquisa sobre a escravidão nas Antilhas Francesas, nos Archives Nationales d'Outre Mer (ANOM), em Aix-en-Provence, na França. A transcrição do texto pode ser lida, a seguir, na íntegra: "Depuis long-temps l'humanité gémissait au récit des accidens nombreux qui résultaient chaque jour de l'impéritie de ces femmes, qualifiées à tort du titre de sage-femmes. Mr. le Dr. Garnot, médecin du Roi à St.-Pierre, a senti cet inconvénient et s'est empressée d'y porter reméde. Il vient d'ouvrir, le 5 du courant, à l'hôpital de la marine, un cours théorie-pratique d'accouchement, qui aura lieu les lundi et vendredi de chaque semaine, destiné à l'usage de sage-femmes. Un nombreux auditoire, au milieu duquel on remarquait plusieurs femmes, remplissait la salle, et ce fat (*sic*) dans cette enceinte, devenue le sanctuaire de la bienfaisance, que ce savant professeur prononça un discours d'inauguration. D'abord il fit sentir combien les médecins sont plus apte a

cirurgião da marinha, identificado apenas pelas iniciais H.V.D., publica neste jornal um relato sobre a ida do médico francês Dr. Garnot à Martinica - colônia francesa até 1946 – naquele ano, para ministrar, em caráter beneficente, um curso para parteiras.



COLONIES. — MARTINIQUE.

Saint-Pierre, 19 *avril* 1831.

Depuis long-temps l'humanité gémissait au récit des accidens nombreux qui résultaient chaque jour de l'impéritie de ces femmes, qualifiées à tort du titre de sages-femmes. Mr le Dr GARNOT, médecin du Roi à St.-Pierre, a senti cet inconvénient et s'est empressé d'y porter remède. Il vient d'ouvrir, le 5 du courant, à l'hôpital de la marine, un cours théorie-pratique d'accouchement, qui aura lieu les lundi et vendredi de chaque semaine, destiné à l'usage des sages-femmes. Un nombreux auditoire, au milieu duquel on remarquait plusieurs femmes, remplissait la salle; et ce fut dans cette enceinte, devenue le sanctuaire de la bienfaisance, que ce savant professeur prononça un discours d'inauguration.

D'abord il fit sentir combien les médecins sont plus aptes à l'exercice de cette branche de l'art de guérir, que les officiers de santé et les sages-femmes; il loua ensuite l'heureuse institution des cours d'accouchement dans les départemens de la France, et bientôt animé par ce sentiment délicat de philantropie et d'amour de l'humanité qui le distingue éminemment: « C'est surtout dans les colonies, dit-il, qu'il importe de former « des sages-femmes qui, par leur instruction, offriront des garanties à la « sécurité publique, en diminuant le nombre des victimes immolées par « l'ignorance. » Mais c'est peu encore, sa sollicitude infatigable et généreuse a tout prévu, tout calculé; et dans ce cours, il se propose de faire connaître aux accoucheuses, quelles sont les limites qui leur sont prescrites, afin qu'elles n'aient point la douleur de voir périr par leur faute, une mère ou un enfant, perte qu'on ne manquerait pas, avec juste raison, de leur imputer.

Pour atteindre complettement ce but d'utilité, il serait à désirer, comme il l'a énoncé lui-même en cette circonstance: « qu'à l'imitation de ce qui « est adopté en France, chaque commune ou quartier désignât une femme « qu'on défraierait pendant son séjour à St.-Pierre. »

Enfin Mr le Dr GARNOT a terminé son discours en citant les noms des célèbres accoucheurs, et en annonçant qu'il n'avait d'autre prétention que d'être utile.

Telle est l'analyse succincte du discours qui a fait le sujet de la première séance.

Espérons que le gouvernement saura apprécier de si louables efforts, et qu'il prêtera son appui à ce digne professeur, pour que son entreprise soit couronnée de succès; il doit y compter, et son zèle recevra sans doute la récompense qui lui est due.

H. V. D.
Chirurgien de la marine.

Figura 1: Jornal da Martinica, 09 abril 1831.

O texto se inicia com a afirmação de que há muito tempo a humanidade lamentava a história dos muitos acidentes resultantes, a cada dia, "da incompetência dessas mulheres,

l'exercice de cette branche de l'art de guérir, que les officiers de santé et les sage-femmes; il loua ensuite l'heureuse institution des cours d'accouchement dans les départemens de la France, et bientôt animé par ce sentiment délicat de philantropie et d'amour de l'humanité qui le distingue éminemment: "C'est surtout dans les colonies, dit-il, qu'il le importe de former des sage-femmes qui, par leur instruction, offriront des garanties à la sécurité publique, em diminuant le nombre des victimes immolées par l'ignorance." Mais c'est peu encore, sa sollicitude infatigable et généreuse a tout prévu, tout calculé; et dans ce cours, il se propose de faire connaître aux accoucheuses, quelles sont les limites qui leur sont prescrites, afin qu'elles n'aient point la douleur de voir périr par leur faute, une mère ou un enfant, perte qu'on ne manquerait pas, avec just raison, de leur imputer. Pour atteindre complettement ce but d'ultilité, il serait à désirer, comme il l'a énoncé lui-même en cette circonstance: 'qu'à l'imitation de ce qui est adoté en France, chaque commune ou quartier désignât une femme qu'on défraierait pendant son séjour à St.-Pierre.' Enfin Mr. le Dr. Garnot a terminé son discours en citant les noms des célèbres accoucheurs, et an annonçant qu'il n'avait d'autre prétention que d'être utile. Telle est l'analyse succincte du discours qui a fait le sujet de la première séance. Esperóns que le gouvernement saura apprécier de si louables efforts, et qu'il prêtera son appui à ce digne professeur, pour que son entreprise soit couronné de succès; il doit y compter, et son zèle recevra sans doute la récompense qui lui est due. H.V.D. Chirurgien de la marine."

equivocadamente qualificadas pelo título de mulheres sábias [ou parteiras]" (tradução livre). De acordo com o autor do texto, Dr. Garnot, "animado pelo sentimento diplomático de filantropia e amor pela humanidade", teria afirmado que era importante, especialmente nas colônias, formar parteiras para que, por meio de sua instrução, se pudesse oferecer garantias à segurança pública, "diminuindo o número de vítimas sacrificadas pela ignorância" (tradução livre).

O discurso médico hegemônico, até os dias de hoje, parte desses princípios com sinônimo de "progresso" e de diminuição da "ignorância" das parteiras. A história dessas mulheres é frequentemente apresentada como uma história menor, como protagonistas de uma prática ignorante, superada pelo tempo e completamente substituída pela prática médica, o que, no entanto, não corresponde à realidade. As parteiras jamais desapareceram por completo, estando presentes na atenção ao parto até os dias de hoje, e a história do exercício deste ofício, bem como de sua marginazalição, mostra que ele passou por diferentes contextos de continuidades e descontinuidades da profissão.

Como afirmam Riesco et al. (2011):

> Estas trabalhadoras da Saúde tiveram participação ativa na vida social brasileira, sobretudo nas cidades desde o século XIX. A análise das matérias e anúncios de jornais e almanaques informa que, diferentemente da associação à falta de qualidade, ignorância e conservadorismo, largamente difundidos pela literatura médica brasileira, as parteiras diplomadas rapidamente incorporaram inovações, foram agentes de civilização e de modernidade.

Como vimos, no início do século XX, no Brasil, a presença do médico está mais forte na cena do parto, mas este ainda é preferencialmente realizado em casa e o trabalho em conjunto com as parteiras é muito frequente, a elas cabendo a realização da maioria dos partos, ficando o médico de plantão para alguma complicação[45]. Na Maternidade de São Paulo, criada em 1894, os partos complicados eram feitos por médicos e por uma médica, Dra. Maria Rennotte[46], mas os partos normais eram realizados por parteiras (MOTT, 2002, p.

45 Dados sobre partos realizados pelos Centros de Saúde do Rio de Janeiro, entre 1936 e 1938, muitos em domicílio, mostram que dos 8.316 partos totais, 7.037 foram realizados por parteiras e apenas 1.271 por médicos (MOTT, 2002).

46 Maria Rennotte, de origem belga, que em 1878 mudou-se para o Brasil, foi uma das primeiras médicas a exercer a profissão na cidade de São Paulo. Além de atuar na Maternidade de São Paulo e na Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Misericordia, foi a primeira mulher a fazer parte do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo, eleita em 1901, e, em 1912, fundou uma filial da Cruz Vermelha na capital paulista. Maria Rennotte lutou pelos direitos das mulheres a uma melhor educação, ao acesso a diferentes tipos de trabalho, à obtenção de um corpo mais saudável, à cidadania política e à participação das mulheres em entidades assistenciais. Para melhor conhecimento de Maria Rennote, ver a excelente pesquisa biográfica sobre a médica realizada por Maria Lúcia Mott: Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as

201).

O que mudou no cenário da atenção o parto até esse período é que a figura do homem tinha melhor aceitação. Mas o parto continuou sendo, especialmente nas famílias mais abastadas – que tinham melhores condições para o pagamento de um médico no parto –, um evento domiciliar e relacionado ao universo feminino, demandando mulheres em cuidado umas com as outras, pois a resistência ao parto hospitalar ainda é muito grande. O número de hospitais e leitos é pouco diante da demanda de nascimentos[47]. O trabalho da parteira é ainda muito demandado, inclusive pelos médicos, e cada um, médico e parteira, possuem papéis distintos – a habilidade da espera no trabalho de parto e os cuidados com a mulher durante e após o parto pertencem à parteira – e, pelo saber que ela possui, é ela quem continua a realizar os partos de baixo risco. É claro que esse saber, agora, se encontra revestido por uma formação complementar que era muitas vezes exigida pelos médicos. Sobre esse cenário na Bahia, Amaral (2008, p. 933) afirma:

> Nos mais variados veículos formadores de opinião na época, inclusive nos periódicos médicos e nas teses da Faculdade de Medicina, era muito comuns críticas duras às parteiras, interpretando-se suas ações como imorais e promotoras do atraso brasileiro. Entretanto, no início do século XX, essa situação começou a mudar com o advento da Maternidade Climério de Oliveira, pois a presença da parteira no interior das salas de parto e mesmo em enfermarias passou a ser constante, diminuindo a distância entre médicos e parteiras na atividade da obstetrícia.

Existiram também iniciativas de formação de parteiras por outras parteiras, antes mesmo que os médicos se interessassem por essa prática. Muitas parteiras brasileiras e estrangeiras tiveram credibilidade social, carreiras sólidas, sucesso profissional, permanecendo na profissão e prestando importantes serviços para a população das diferentes camadas sociais (RIESCO et al., 2011). Em um momento em que a mulher ainda não acessava a educação em nível superior e profissionalizante, foi o primeiro grupo profissional feminino a receber educação formal. As primeiras escolas de parteiras no Brasil foram criadas no Rio de Janeiro e na Bahia, em 1832, e em São Paulo

No Brasil, em várias capitais no início do século XX, foram criados cursos para

mulheres na construção da nação. **Cadernos Pagu** [online], n.24, p. 41-67, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332005000100004&script=sci_arttext> Acesso em 20 maio 2015.

47 Em 1925, em São Paulo, para uma população de 650 mil habitantes, havia 60 leitos para indigentes; entre 1935 e 1936, o censo hospitalar identificou que havia na capital 323 leitos para 29.859 nascimentos; e no interior, 387 leitos para 183.350 nascimentos.

parteiras com o intuito de suprir uma demanda necessária nas maternidades e hospitais. Muitos deles foram criados como cursos independentes em São Paulo, em 1912, e no Rio de Janeiro e Bahia, em 1832, destinados apenas a mulheres como público-alvo. Havia, inclusive, a questão moral em torno da ingressante ao curso de parteira, que deveria "ter bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguesia respectiva"[48]. Nesses cursos, era exigido, entre outros requisitos, que a aluna candidata ao curso para se formar parteira tivesse bons precedentes: ter bom caráter e ser religiosa. Na Inglaterra, não foi diferente, como mostra Arney (1982): afinal, uma parteira tinha que estar apta a batizar uma criança ao nascer, caso ela não pudesse ser batizada por um padre. Além disso, atender ao parto e nascimento conferia à mulher o direito de ter acesso aos materiais utilizados pelas "bruxas", assim chamadas pela Igreja europeia. No século XVI já havia um forte controle da Igreja sobre a prática das parteiras na Inglaterra.

Em São Paulo, a Escola de Parteiras de São Paulo teve várias denominações desde sua criação em 1912. Funcionou dessa maneira até 1930, torando-se depois Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada de São Paulo (1931-1936), Escola de Obstetrícia e Enfermagem Obstétrica de São Paulo (1937-1939), Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica e Puericultura Neo-Natal da FMUSP (1939-1952), Escola de Obstetrizes anexa à Clínica Obstétrica e Puericultura Neo-Natal da FMUSP – Curso de Enfermagem Obstétrica (1953-1961), Escola de Obstetrícia anexa ao Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP – Curso de Obstetrícia (1962-1970) (Riesco et al., 2011).

Todos esses cursos acabaram sofrendo modificações e sendo anexados à cadeira de clínica obstétrica das faculdades de medicina, deixando, em 1931, de serem cursos em paralelo aos de medicina e farmácia para serem reduzidos a um curso subordinado a uma área da medicina (MOTT, 1999).

Algumas escolas de enfermagem criaram seus próprios cursos de especialização, mas como não eram oferecidos com regularidade, quase todos foram encerrados. O Curso de Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, criado em 1939, desde o início foi vinculado à legislação da medicina e, após dois anos e meio de experiência,

48 Lei de 03 de outubro de 1832. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1832, Página 87 Vol. 1 pt. I (Publicação Original). Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html> Acesso em 26 novembro 2013.

chegou-se à conclusão de que a pouca base das alunas – curso primário – não correspondia ao esforço dispendido (MOTT, 1999). Em 1943, passou-se a exigir o diploma de enfermeira, convertendo-se, em 1949, em curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, seguindo, exclusivamente, a legislação do ensino da enfermagem, tornando-se paradigma para outros cursos criados no Brasil com a mesma finalidade.

A diminuição do número de parteiras em ofício é identificada por alguns autores como tendo gerado consequências para além da atenção ao parto, comprometendo outras esferas, como o controle da fertilidade e os cuidados no período puerperal, que também faziam parte do repertório de atenção à saúde da mulher dentro das comunidades (SCHIEBINGER, 2001; OSAWA et al., 2006). Muitas parteiras passavam dias após o parto e seu cuidado se estendia aos recém-nascidos, sendo elas, muitas vezes, quem também os batizavam. Também tiveram um importante papel na disseminação da adesão às vacinas. Sobre isso, Schiebinger (2001, p. 209-210) comenta a respeito:

> Sem romantizar as parteiras, é possível ressaltar certas diferenças entre suas práticas e aquelas dos homens parteiros e seus sucessores, os obstetras. Enquanto, por exemplo, as primeiras parteiras modernas haviam prestado assistência às mães, não apenas em relação ao nascimento, mas também a outros aspectos de sua vida diária (por exemplo, cozinhando e cuidando das outras crianças enquanto a mãe se recuperava), os homens parteiros davam assistência à mãe apenas durante as horas do parto, e finalmente exigiram que as mulheres dessem à luz em hospitais - um processo que afastou as mulheres de seus sistemas de apoio.
>
> (…) O desaparecimento das parteiras tradicionais no começo da Europa moderna teve outras conseqüências para a saúde e bem-estar das mulheres. É digno de nota que as mulheres perderam o controle sobre sua fertilidade. Já em 1600 as mulheres, em algumas partes da Europa, comumente tinham acesso a cerca de 200 contraceptivos e produtos abortivos, tanto de natureza vegetal quanto mecânica. Dentro da Europa, o declínio do trabalho das parteiras solapou o conhecimento tradicional da contracepção - um conhecimento que passava através da rede de relações entre as mulheres, de mãe para filha e de parteira para vizinha. Como resultado, as mulheres européias do século dezenove tiveram mais filhos que suas avós e entendiam menos acerca de seus corpos.

Em alguns países, o atendimento obstétrico por parteiras, geralmente enfermeiras obstétricas e obstetrizes, faz parte do sistema público de saúde, como na Inglaterra, e o parto domiciliar é uma opção oferecida pelo Estado. Nos Estados Unidos, onde no século XIX uma forte campanha contra o ofício das parteiras foi desenvolvida (OSAWA et al., 2006), há, atualmente, uma composição política complexa entre elas, como mostram Davis-Floyd e

Johnson (2006) no livro *Mainstreaming midwives: the politics of change*[49]. São três configurações diferentes da profissão, representadas por três diferentes instituições de certificação: as *nurse-midwives*, que seriam as parteiras formadas em enfermagem obstétrica ou obstetrícia; as *non-nurse midwives* ou *direct-entry midwives*, sendo que, entre essas, estariam as parteiras "leigas", que se apoiam em conhecimentos não-medicalizados; e as parteiras formadas em cursos não universitários, geralmente oferecidos por escolas e entidades diversas – "multiple routes of entry" (p. 5). Entre elas, há muitas divergências políticas, principalmente no que se refere à necessidade ou não de formação e qual a natureza dessa formação. Mas há também uma pauta comum diante do modelo obstétrico hegemônico, no sentido de se organizarem em seu ativismo pela manutenção da profissão e do empoderamento das mulheres no parto e nascimento.

No Brasil, essa atuação é vista pelo imaginário do senso comum como exceção ou falta de acesso ao atendimento médico, o que não corresponde à realidade. Desde os anos 1990, tem havido um movimento crescente para a "volta" da parteira no atendimento ao parto, e a tentativa de torná-lo novamente um evento do campo do cuidado feminino ou de uma prática de atenção que pode contar com a competência de outros profissionais que não os médicos, nos casos dos partos de baixo risco. A criação do curso de Obstetrícia da USP, como curso independente dos de Medicina e Enfermagem, e a atuação cada vez mais crescente de enfermeiras obstétricas e obstetrizes em partos domiciliares e nos Centros de Parto Normal são ações nessa direção[50].

Avaliações internacionais de modelos de cuidado à saúde mostram que países que possuem modelos de atenção ao parto centrados em parteiras e enfermeiras obstetras têm conseguido manter níveis baixos de indicadores de morbidade materna e fetal/neonatal, bem como as taxas de intervenção, cirurgia cesareana, episiotomia, entre outros (RATTNER, 2009a).

---

49 Trata-se de uma obra relevante, que conta com vários colaboradores e aborda desde o quase desaparecimento das parteiras devido às fortes campanhas pela medicalização do parto nos EUA, nos anos 1960, até a transformação de ses protagonismos, suas lutas e conquistas nas últimas décadas. Ver DAVIS-FLOYD, Robbie; JOHNSON, Christine Barbara (Eds.). **Mainstreaming midwives: the politics of change.** New York: Taylor and Francis Group, 2006, 559 p.

50 Sobre a história dos cursos de formação de parteiras no Brasil e suas relações com as questões atuais, ver os trabalhos de RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. Do orgulho à resignação: educação e atuação profissional de obstetrizes formadas pela Universidade de São Paulo. **Cadernos de História da Ciência,** São Paulo, v. 7, n. 2, 2011; OSAWA, Ruth Hitomi; RIESCO, Maria Luiza Gonzales; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 59, n. 5, p. 699-702, set-out 2006. _____ O curso de partos: deve ou não haver parteiras? **Cadernos de Pesquisa**, n. 108, p. 133-160, nov 1999.

Uma pesquisa holandesa publicada recentemente (JONGE et al., 2013) e que tem causado muita repercussão, mostra que o parto domiciliar planejado é tão seguro para a saúde materno-infantil do que o parto hospitalar, mantendo índices de mortalidade e intercorrências nos mesmos níveis ou menores. Em contraste, o Conselho Federal de Medicina (CFM) criou alarme quanto à realização de partos domiciliares no Brasil, especialmente no ano de 2012, ameaçando a cassação do diploma do médico Jorge Kuhn, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conhecido por realizar partos domiciliares e um dos maiores expoentes do ativismo pelo parto em casa e pela humanização do atendimento ao parto e nascimento.

Além das parteiras formadas, as parteiras tradicionais também se encontram ainda muito atuantes em todo o território brasileiro. Apesar do discurso médico dominate tratar a atuação de parteiras tradicionais como uma prática associada às idéias da falta de higiene, da ignorância e do subdesenvolvimento, na prática da parteira tradicional estão presentes vários dos princípios atualmente preconizados para a humanização do parto e do nascimento: a formação de vínculos solidários, o apoio emocional, práticas não intervencionistas, o respeito à mulher e à fisiologia do parto; “Esse pensamento só legitima o conhecimento produzido de acordo com a racionalidade científica, desvalorizando o conhecimento tradicional” (ABREU, 2005).

Nos últimos anos, a organização de parteiras tradicionais ativas tem ocorrido em alguns estados, como Pernambuco (PE), onde elas são referência tanto para a pesquisa sobre o panorama do exercício de parteiras tradicionais no Brasil quanto para outras parteiras atuantes em outros estados. Há municípios nesse estado, como Tiradentes, em que a assistência ao parto por parteiras tradicionais teve apoio institucional e muitas delas passaram a atuar dentro das Unidades de Saúde[51].

Há algumas iniciativas recentes e atuais do governo federal, como o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, do Ministério da Saúde. Esse programa, desenvolvido em parceria com instituições governamentais de todos os âmbitos – municipal, estadual e federal –, com várias ONGs regionais e nacionais, centros específicos de

51 Em alguns municípios do estado de Pernambuco, a maioria em zonas rurais, as parteiras foram convidadas a se cadastrarem pelas Secretarias de Saúde, em parceria com Organizações Não-Governamentais (ONGs), o que proporcionou um conhecimento concreto sobre o número de parteiras tradicionais atuantes nesses municípios e, inclusive, que elas se conhecessem e se organizassem. Há parteiras que são Agentes de Saúde nas unidades de saúde municipais. Para um estudo mais aprofundado sobre as parteiras tradicionais em Pernambuco, ver as publicações do Projeto ‘Saberes e Práticas das Pateiras Tradicionais de Pernambuco’, do Instituto Nômades, acessível em http://www.institutonomades.org.br/parteiras Acesso em 28/01/2015.

humanização do parto em maternidades e hospitais, e muitos outros, objetiva a instrumentalização e formação de parteiras tradicionais em exercício, "inserindo-o entre as estratégias para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e para a qualificação e humanização da assistência obstétrica e neonatal" (BRASIL, 2010). Trata-se, portanto, de atender às especificidades culturais e socioeconômicas das diversas realidades, na tentativa de criar condições de equidade no cenário do parto e nascimento brasileiro, no lugar de ignorar e desqualificar as condições que não se encaixem no modelo hegemônico padrão do parto medicalizado e hospitalizado:

> Ressalte-se que, com relação ao local do parto, ocorrendo este no hospital ou no domicílio, o importante é assegurar que se crie um ambiente seguro e favorável à evolução fisiológica do parto, com a garantia de privacidade, de apoio emocional à mulher e da presença de acompanhantes da sua escolha. O ambiente também deve ser propício para que a mulher possa vivenciar plenamente este momento, com autonomia e protagonismo, mediante a garantia do seu bem-estar físico e emocional, com o mínimo de intervenções e uma atenta observação e acompanhamento.
> Faz-se necessário, portanto, que os gestores federais, estaduais e municipais efetivem a articulação entre o trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais e o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo diretrizes para o apoio e a qualificação do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, que promovam a superação do atual panorama de isolamento, exclusão, desigualdades e injustiças que envolvem mulheres e bebês assistidos por parteiras (BRASIL, 2010).

Analisando o processo histórico de medicalização do parto e da marginalização das parteiras, como afirmam Osawa et al. (2006), é justo supor que a prática exercida pelas parteiras comportasse riscos reais à mãe e à criança; assim como, é fato que os recursos para lidar com uma complicação no parto fossem limitados. Os avanços científicos da medicina no desenvolvimento da assepsia, da analgesia e da possibilidade de uma cirurgia para retirada do bebê em partos de risco e com complicações contribuíram, sem dúvida, para salvar vidas no parto e nascimento. Mas não foi por esse motivo que a medicina entrou e se estabeleceu no parto. Como afirmam as autoras, os riscos oferecidos pelas parteiras "não eram maiores do que os oferecidos pelos médicos. Em 1878, estimou-se que a mulher inglesa aumentava em seis vezes as suas chances de morrer ao dar entrada nas maternidades daquele país" (OSAWA, 2006, p. 700).

Que motivações existiram, portanto, para que o parto fosse medicalizado e se transfomasse em um evento hospitalar, para além do discurso do progresso dos avanços tecno-científicos da medicina? Alguns estudos, que apresentamos a seguir, foram de grande relevância para traçarmos um entendimento sobre o processo histórico da medicalização do

parto e nascimento, bem como do momento atual na assistência obstétrica no Brasil.

2.4. O DISCURSO MÉDICO E A MEDICINA DA MULHER: BIOPOLÍTICA E TRANSFORMAÇÕES NO CONHECIMENTO CIENTÍFICO DO SÉCULO XIX

O estabelecimento da medicalização do parto e nascimento, inicialmente, por meio do atendimento a escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres, no geral, tiveram algumas motivações. Primeiramente, uma motivação que poderíamos chamar de *utilitarista*, no sentido de que essa parcela de mulheres serviu de cobaia aos praticantes dos cursos de medicina, contribuindo assim para o êxito da prática obstétrica, até, então, escassa, como vimos, por serem os cursos estritamente teóricos. Havia também uma motivação dada por sentimentos humanistas de filantropia e caridade no cuidado à saúde dos pobres. Mas, principalmente, como afirma Mott (2002), havia uma motivação ligada à nova ordem social, que via na garantia do aumento populacional a possibilidade de concretização da riqueza e do poder do país: "Assim, a saúde das mulheres passava a interessar aos médicos, legisladores e governantes, por sua capacidade de reproduzir filhos vivos e saudáveis" (MOTT, 2002, p. 201).

Esse novo tipo de governo dos corpos e da população é o que Foucault (2003a, p. 131-132) denominou "biopoder", e que teve a mulher como alvo central: a medicalização progressiva do corpo das mulheres, especialmente de seu sexo, em função de seu papel fundamental na gestação e cuidado com a saúde dos filhos, na preservação da família e da sociedade, que agora se faz por meio do controle desse corpo reprodutivo que deve estar a serviço da população, da natalidade.

Ao longo do século XVIII, Foucault identificou nas sociedades europeias ocidentais o que ele chamou de poder disciplinar (2003a; 2003b), que tinha como objetivo a regulação da vida por meio da adestração e docilização dos corpos para deles extrair força produtiva. O interesse da medicina pelo corpo da mulher e, especificamente, pelo parto tem aqui o seu início mais expressivo. Era preciso dominar este corpo selvagem, imprevisível e assustador, como vimos em Arney (1982), para transformá-lo em corpo dócil a fim de

controlar o fenômeno do parto e dele extrair conhecimento.

Na virada do século XVIII para o XIX, Foucault (2003a) identifica um deslocamento do foco de ação do poder, do corpo individual, da disciplina individual, para o corpo populacional. E é, segundo ele, por meio do sexo e da reprodução que vai se estabelecer essa nova forma de poder, que se dirige não mais à garantia e controle da vida individual, mas da população, da espécie. O biopoder é o aperfeiçoamento do poder disciplinar, agora com novas preocupações. Seus mecanismos associam as práticas disciplinares, por meio de técnicas de individuação, de comportamentos e condutas, mas também se associam a uma série de novos saberes que têm por objetivo uma política sobre a vida populacional: os dados epidemiológicos, demográficos, estatísticos e toda uma série de conhecimentos que fazem com que "a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos" (FOUCAULT, 2003a, p. 134). Com o crescimento populacional e o aumento das epidemias, o saber médico-social vai criar uma série de discursos normativos do comportamento humano e de estratégias políticas de saúde para garantir a higiene. A medicalização do parto e seu estabelecimento no espaço médico – maternidades, hospitais – é uma delas.

São "dois pólos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações" que caracterizam o biopoder, sendo que o primeiro pólo se dedicou ao corpo como máquina:

> no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as *disciplinas: anátomo-políticas do corpo humano* (FOUCAULT, 2003a, p. 131).

O segundo pólo, que teria se formado mais para o final do século XVIII, centrou-se no "corpo-espécie": a proliferação enquanto ser vivo, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a longevidade, processos assumidos "mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população"* (FOUCAULT, 2003a, p. 131 – grifos do autor). Para a instalação dessa tecnologia de gestão da vida, voltada para o desempenho dos corpos e de manutenção da vida, uma série de dispositivos e campos de saber se aperfeiçoam para garantir o controle da vida, entre eles a saúde pública, a demografia, a medicina, etc.:

> Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população ao processo econômico. (…) O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento (FOUCAULT, 2003a, p. 132).

O crescimento populacional, as maneiras de alimentação e moradia, os cuidados com a saúde e com a educação e higiene das crianças, todas essas condições da existência básica e uma preocupação extrema com a natalidade tornaram-se os objetivos do poder político que teria a medicina social como sua grande aliada.

Vários autores, em diferentes trabalhos, identificam o saber médico, com seu vocabulário e sua perspectiva anatomo-patológica, como um discurso dominante, inclusive com influências na literatura, e que se estabelece como perspectiva de abordagem e construção dessas novas subjetividades, em especial a da mulher, personagem fundamental na produção e manutenção da vida dos futuros cidadãos (FOUCAULT, 1977, 2003a; JORDANOVA, 1999; SCHIEBINGER, 2001).

A biopolítica da população, que tem como tema central o conceito de saúde e de qualidade de vida, foi possível graças ao investimento na disciplina dos corpos (FOCAULT, 2003a), no século XVIII, por meio de um discurso centrado na responsabilidade individual, da saúde em termos da individualidade – *selfhood* – cuja condição precisa ser cuidada porque exerce efeitos nos outros (JORDANOVA, 1999, p. 104). Por isso, Jordanova, ao analisar a produção de textos populares sobre temas da saúde nesse período na Inglaterra, identifica um "didatismo", que ela explica exatamente por esse poder centrado na individualidade: o discurso da prevenção e da autoajuda toma um lugar proeminente, que dá espaço também para os discursos endêmicos e epidêmicos que vão reger a divulgação de saberes, de forma bastante didática, e endereçada a públicos específicos, como mulheres, mães, famílias (JORDANOVA, 1999, p. 104).

O investimento social na figura feminina, na definição de seus papéis enquanto mãe, esposa, administradora do lar e da família, e de suas responsabilidades principalmente com a procriação e criação dos filhos, se deu a partir da preocupação e da descrição precisa do que era a sua sexualidade e do que ela deveria ser. É neste campo, da sexualidade, que a mulher se torna objeto da medicina, seja para descrição de suas doenças e defeitos, biológica e moralmente, seja para apropriação do corpo feminino para tornar possível a prática médica.

A respeito do discurso médico na construção da subjetividade feminina no Brasil Imperial, Brenes (1991, p. 145) afirma:

> (…) o discurso médico criou como que um "jogo" com a população feminina do Brasil Império. Jogo, porque, por um lado, o discurso médico, em harmonia com os demais discursos presentes no momento, utilizando as estratégias que lhe eram permitidas pelas circunstâncias, forjou para a mulher uma nova subjetividade, que, entre as alterações imediatas que possibilitou à [*sic*] esta, garantiu-lhe um novo papel na sociedade, abrindo-lhe as portas para uma vida social mais intensa, esboçando-lhe nova configuração dentro do lar, da família, tornando-a, enfim, um ser bem mais vivo que a mulher da sociedade patriarcal da colônia. Porém, o ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Deste "jogo" surgiram "o mito do amor materno", a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX.

O saber médico se constitui, portanto, como o saber privilegiado para falar da mulher: de seu corpo, de seu funcionamento psíquico, de suas emoções, além, é claro, de sua sexualidade, que se configurou como o maior de seus investimentos, posto que se tratava do aspecto mais forte e perigoso da mulher para a medicina (ROHDEN, 2000). A obstetrícia não se tornou possível porque olhou melhor e mais de perto o parto, mas porque um novo campo de visibilidade para a prática e o saber médico se constituiu em toda sua espessura.

Essa preocupação extrema com as partes “potencialmente perigosas” da mulher é identificada também por Foucault (2003a, p. 99) como um dos grandes dispositivos, já a partir do século XVIII, para criar mecanismos específicos de saber e poder a respeito do sexo e da identidade da mulher: a “histerização” do corpo feminino:

> (…) tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização.

Podemos identificar esse biopoder, esse poder centrado na vida, como um dos principais elementos para o estabelecimento do discurso médico e de seus procedimentos

sobre o cuidado ao parto. Era preciso que a ignorância das parteiras e suas condutas inseguras e sujas desse lugar à ciência dos partos, segura e higiênica, para melhor garantir o controle da vida daqueles que estavam por nascer. Se antes a norma era salvar a vida da mãe, agora, por meio dos discursos epidemiológicos e higienistas, o foco da atenção se desloca da mãe para o feto (MARTIN, 2006; SCHIEBINGER, 2001[52]; MOTT, 2002).

À mulher, na sociedade ocidental, se investiu um interesse especulativo desde muito antes. Mas é nessa nova configuração do saber e de uma cena política onde as mulheres começavam a reivindicar outros papeis na modernidade, precisando ser contidas para que "o mundo estável das relações 'naturais' entre os sexos" não se perdesse, que esse investimento vai se dar de forma expressiva, especialmente nas últimas décadas do século XIX: médicos, filósofos, pintores, escritores e poetas superpõem discursos ao se envolverem com "a questão da mulher" (MARTINS, 2000, p. 3). Os diferentes discursos masculinos sobre a mulher produzidos ao longo do século XIX constituíram um complexo e heterogêneo campo de saberes a respeito de sua natureza.

No entanto, é o discurso médico que vai se configurar como autoridade no conhecimento sobre a mulher; é ele quem conhece sua fisiologia, sua capacidade reprodutiva, sua natureza e é por meio dele também que se definem seus papeis sociais. Jordanova (1999) identifica a linguagem médica, no século XIX, como um fenômeno histórico significante. O vocabulário médico e seus saberes penetram na linguagem de outros campos, como a literatura e a filosofia, na forma de uma autoridade da natureza, das leis naturais. O fenômeno corpo é construído a partir do discurso médico, ele "ocorre textualmente", e a prática clínica é onde as negociações sociais necessariamente se dão (JORDANOVA, 1999, p. 101).

Mas a medicina enquanto ciência necessitou também da reorganização do conhecimento científico que se deu do século XVIII para o XIX, que passou de um saber especulativo para um saber formal (MARTINS, 2000). A história natural tem como base buscar o que é visível; o olhar é o sentido que está acima de qualquer outro e este saber vai se centrar na relação entre o visível e o enunciável (FOUCAULT, 2000), na relação de autoridade que se constitui por enunciados que têm o poder de dizer a verdade sobre a natureza.

52 Schiebinger (2001, p. 219) atenta para o fato histórico de que a obstetrícia e a ginecologia passaram a fazer parte do National Institute of Child Health and Human Development [Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano], nos Estados Unidos, destacando que houve mudança de foco para a saúde de bebês e crianças, "e não das mulheres que deram à luz a elas" (tradução livre).

Para Foucault (1977), o saber das ciências biomédicas, como herança da história natural, vai se centrar nessa relação, transformando o corpo em um objeto material, passível de visibilidade e de ser enunciado: é o nascimento da *clínica* na sua relação com as ciências biológicas, onde o olhar minucioso sobre a patologia e a possibilidade de enunciá-lo compõem a estrutura epistemológica da medicina moderna do século XIX.

Porém, a primazia do olhar trouxe também, segundo Foucault (2000, p. 180-181), uma série de perdas:

> A observação, a partir do século XVII, é um conhecimento sensível combinado com condições sistematicamente negativas. Exclusão, sem dúvida, de ouvir-dizer; mas exclusão também do gosto e do sabor, porque com sua incerteza, com sua variabilidade, não permitem uma análise em elementos distintos que seja universalmente aceitável. Limitação muito estreita do tato na designação de algumas oposições bastante evidentes (como as do liso e do rugoso); privilégio quase exclusivo da vista, que é o sentido da evidência e da extensão, e, por conseqüência, de uma análise partes extra partes admitida por todo o mundo: o cego do século XVIII pode perfeitamente ser geômetra, não será naturalista. E, ainda, nem tudo o que se oferece ao olhar é utilizável: as cores, em particular, quase não podem fundar comparações úteis.

O campo de visibilidade, onde a observação vai assumir essa hierarquia, passa por essas exclusões: "uma visibilidade que, além de liberada de qualquer outra carga sensível, é parda. Esse campo, muito mais que o acolhimento enfim atento às próprias coisas, define a condição de possibilidade da história natural e do aparecimento de seus objetos filtrados: linhas, superfícies, formas, relevos" (FOUCAULT, 2000, p. 181). O objeto da história natural, portanto, é dado "por superfícies e linhas, não por funcionamentos e invisíveis tecidos" (Ibid.). Isso explicaria, segundo o autor, a supremacia epistemológica da botânica:

> é que o espaço comum às palavras e às coisas constituía para as plantas uma grade muito mais acolhedora, muito menos 'negra' que para os animais; na medida em que muitos órgãos constitutivos são visíveis na planta e não o são nos animais; o conhecimento taxinômico a partir de variáveis imediatamente perceptíveis foi mais rico e mais coerente na ordem botânica que na ordem zoológica. (…) não é porque nos séculos XVII e XVIII houve interesse pela botânica que se conduziu o exame para os métodos de classificação. Mas porque não se podia saber e dizer senão num espaço taxinômico de visibilidade é que o conhecimento das plantas devia realmente ter primazia sobre o dos animais (FOUCAULT, 2000, p. 187-188).

Os jardins botânicos e os gabinetes de história natural, para o autor, foram as instituições necessárias desse recorte e sua importância na cultura clássica viria essencialmente não do que permitiam ver, mas do que escondiam e do que, por esse fazer

esconder, deixavam surgir:

> disfarçam a anatomia e o funcionamento, ocultam o organismo, para suscitar, ante os olhos que esperam sua verdade, o visível relevo das formas, com seus elementos, seu modo de dispersão e suas medidas. São o livro ordenado das estruturas, o espaço onde se combinam os caracteres e onde se desdobram as classificações (Foucault, 2000, p. 187).

Do século XVIII para o XIX, a classificação mediante o olhar das características externas visíveis, como acontecia na botânica, dará lugar à dissecação. O olhar necessitou investigar o interior dos animais, dissecar e não mais e apenas classificar: "Um dia, no final do século XVIII, Cuvier saqueará os frascos do Museu, quebrá-los-á e dissecará toda a grande conserva clássica da visibilidade animal" (FOUCAULT, 2000, p. 188). Com a dissecação, a identidade das espécies se dará não mais apenas pela descrição de suas características e sua classificação, mas por um jogo de diferenças baseado nas estruturas internas e seus modos de funcionamento:

> As leis internas do organismo tornar-se-ão, no lugar dos caracteres diferenciais, o objeto das ciências da natureza. A classificação, como problema fundamental e constitutivo da história natural, alojou-se, historicamente e de modo necessário, entre uma teoria da *marca* e uma teoria do *organismo* (Foucault, 2000, p. 199).

É o que permitirá, para ele, que a anatomia, que existia desde o século XV, se transforme na configuração que se encontra mais próxima do que ela é hoje, cuja expressividade teria sido reencontrada com Cuvier e a dissecação. A anatomia patológica terá grande papel na constituição da ciência médica e da medicina da mulher, pois conferirá o suporte necessário, por meio da dissecação, para que um novo campo visível emerja e, a partir dele, novos saberes sobre as patologias e novas práticas clínicas na obstetrícia.

É na prática cirúrgica que se dá o início da inserção da medicina na cena do parto. Como afirma Martins (2004, p. 40), "a obstetrícia tornou-se uma especialidade médica a partir da experiência dos cirurgiões em atender somente a partos complicados, o que explica o grande interesse pela patologia dos partos". Mas, à medida que a medicina foi se tornando mais científica, o cirurgião parteiro do século XVIII, munido de alguns instrumentos e pouco conhecimento sobre o corpo feminino, foi sendo definitivamente substituído pelo obstetra do século XIX, que reúne em torno de si a validade do conhecimento científico, um interesse incessante por conhecer o corpo feminino e a imagem de protetor da mulher disposto a salvar sua vida (MARTINS, 2005).

O uso de instrumental próprio associado a práticas cada vez mais intervencionistas é apontado por diversos autores como sendo elementos de grande aceitação do homem na atenção ao parto a partir de uma imagem de competência e superioridade deste em relação às parteiras – que faziam seus diagnósticos baseados na manipulação e apalpação, em saber empírico transmitido de uma geração para outra, envolto por crenças e superstições, e que passou a ser cada vez mais desqualificado pelo discurso médico, apoiado pelo Estado por meio de interdições (MARTINS, 2000, 2005; NUNES e MOURA, 2004; ROHDEN, 2000).

A tecnologia da obstetrícia, desde o seu início, era uma tecnologia de dominação e controle organizada a partir de uma concepção mecânica do corpo, e o nascimento era visto como um evento violento, "um aríete[53] contra uma saída resistente", conforme a descrição do obstetra Ralph Pomeroy, em artigo a favor do procedimento da episiotomia, em 1918; um processo em que "a cabeça fetal batia e moía o músculo tal qual uma carne atingida por um martelo" (DeLEE, 1920 *apud* ARNEY, 1982)[54]; ou um processo doloroso que deixava a mulher imprestável em uma cama ou perambulando pelo quarto. Esses autores atentavam para a noção de que o parto não podia ser visto como um evento natural ou, no mínimo, de que nesse ponto a natureza falhou com a mulher.

A obstetrícia uniu, portanto, a força e violência com que era visto o nascimento à força e violência da medicina científica, produzindo instrumentos e procedimentos técnicos que permitiram dominar o parto. Para Arney (1982), o parto foi transformado pela medicina em um evento unidimensional: um processo fisiológico delimitado no tempo. Por meio das tecnologias de controle, os obstetras despersonalizaram a mulher, transformando-a em simples veículo para o material obstétrico: a gestação do feto e sua maquinaria para trazê-lo ao mundo. A eliminação do componente subjetivo, emocional e existencial da mulher era necessária, já que tais elementos não poderiam ser controlados e poderiam interferir no trabalho obstétrico que se debruçava estritamente sobre o componente fisiológico do nascimento (ARNEY, 1982):

53 Máquina de guerra utilizada na Idade Antiga e Média para arrombar portões e muralhas de castelos, fortalezas e povoados fortificados.

54 A episiotomia é um procedimento cirúrgico de corte do períneo, que foi criado em 1741; apesar de existirem vários estudos recentes que apontam esta prática como um procedimento de risco, ela continua a fazer parte dos procedimentos técnicos de rotina no atendimento obstétrico em mais de 90% dos partos vaginais ocorridos no Brasil (SANTOS e SHIMO, 2008). O obstetra Ralph Pomeroy, no século XX, foi um dos incentivadores dessa prática, ao lado de DeLee (1920). POMEROY, Ralph H. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? **American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children,** v. 78, p. 211-220, 1918; DeLEE, Joseph B. The prophylactic forceps operation. **American Journal of Obstetrics and Gynecology,** v. 1, p. 34–44, 1920 *apud* ARNEY, 1982.

> O olhar informado da obstetrícia separou cuidadosamente o componente obstétrico das mulheres para um período muito curto e obstetricamente apropriado e submergiu todas as outras partes potencialmente perigosas das mulheres para debaixo de um véu pesado de anestesia ou sob as cortinas da mesa de parto e da contenção/ restrição/ limitação (ARNEY e NEILL, 1982, p. 4 – tradução livre).

A partir da história do nascimento da obstetrícia é possível, portanto, compreender as relações que estão na origem dessa cultura intervencionista, assim como das relações de desigualdade de gênero que constituem a base da atenção médica à mulher no parto atualmente. Tal cultura, alicerçada na crença da supremacia tecnológica que desconsidera a saúde física e psicológica da gestante e parturiente, contribuiu para um deslocamento no significado do parto e nascimento e para a marginalização da dimensão simbólica desses eventos, culminando, nos dias de hoje, na perda do protagonismo da mulher no parto.

2.5. MOMENTO ATUAL: A REIVINDICAÇÃO POR MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E POR OUTRAS SUBJETIVIDADES POSSÍVEIS NA CENA DO PARTO

O movimento pela humanização do parto no Brasil e as conquistas no âmbito das políticas públicas

Para entender o conceito de "humanização" na assistência ao parto e seus usos, nos apoiamos na pesquisa de Diniz (2005), que tenta recuperar as origens do termo e discutir seus diferentes sentidos atualmente. Segundo a autora, "a *humanização* da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no 'que fazer' diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento *da outra*, de uma mulher" (DINIZ, 2005, p. 628).

O uso do termo *humanização* tem início na obstetrícia do início do século XX, defendido por médicos como DeLee, para quem o parto é um fenômeno intrinsicamente violento, um mecanismo fisiológico falho, como vimos anteriormente. O pensamento obstétrico vigente nesse período, que, como vimos, tem origem em uma mudança profunda no significado do parto, que passa a ter um caráter de condição patológica que demanda controle, vai tentar buscar formas de amenizar o sofrimento humano da mulher e da criança por nascer,

contestando o modelo médico anterior, tutelado pela Igreja, que via a dor do parto como punição divina pelo pecado original e dificultava, ou mesmo ilegalizava, qualquer apoio para aliviar os riscos e a dor do parto (DINIZ, 2005). "Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto" (Id., p. 628.). É nesse período que são criados, ou aperfeiçoados e difundidos, a sedação no parto, bem como todo um arsenal cirúrgico-obstétrico, como o fórceps, o cranioclasto, o embriótomo. No Brasil, Fernando Magalhães é um dos expoentes dessa obstetrícia humanitária que busca contornar a violência "natural" do parto. Medidas de imobilização da mulher no parto, amarrando-a na cama, também se originam nesse período, especialmente pelos efeitos colaterais que provocavam alguns alucinógenos utilizados como sedação (Ibid.)

Na segunda metade do século XX, como vimos anteriormente neste Capítulo, esse modelo intervencionista, assim como o parto hospitalar, passou a ser o modelo dominante, transformando o parto em um processo estratificado em etapas – pré-parto, parto e pós-parto – e submetendo à mulher ao que se denominou "cascata de procedimentos"[55] (MOLD e STEIN, 1986 *apud* DINIZ, 2005, p. 629).

A partir dos anos 1980, intesifica-se um movimento internacional de questionamento a esse modelo, iniciado já nas décadas de 1950 e 1960 em alguns países, que faz criticas ao "uso irracional" da tecnologia e do "paradoxo" por ele criado: as dificuldades de redução, em muitos países, dos índices de morbimortalidade materna (DINIZ, 2005, p. 629). O movimento, que surge a partir de diferentes perspectivas e com um variedade de denominações pelo mundo[56], é chamado, no Brasil, de *movimento pela humanização do parto*.

Nos anos 1970 e 1980, já existiam várias iniciativas diferenciadas do modelo obstétrico hegemônico na atenção ao parto e nascimento no Brasil, como as de Galba de

55 O termo "cascata de procedimentos" refere-se à conduta de procedimentos inadequados e desnecessários, realizados sob princípios da padronização do tempo e da expectativa de resposta fisiológica do parto, que, uma vez não acontecendo da forma idealizada pelo modelo, levam à necessidade de uma nova intervenção que, uma vez não apresentando a resposta esperada, demandam outra intervenção, e assim sucessivamente, culminando nessa cascata de procedimentos que termina, muitas vezes, em sofrimento materno e/ou fetal e a necessidade de cirurgia cesareana para extração do feto.

56 Entre as perspectivas críticas ao modelo obstétrico hegemônico e suas denominações no cenário internacional estão: o movimento pelo parto sem dor na Europa, iniciado nos anos 1950; os ativistas do método DickRead e o parto sem medo; o método Lamaze e Leboyer; o parto natural do movimento hippie e da contracultura, "cuja maior expressão é a experiência da comunidade conhecida como The Farm nos EUA"; a abordagem psicossexual do parto de Sheila Kitzinger (1985); a redescrição da fisiologia do parto de Michel Odent (2000); e a proposta de parto ativo de Janet Balaskas (1996), entre outros (DINIZ, 2005, p. 629).

Araújo, no Ceará; de Moisés e Cláudio Paciornik, no Paraná; de José Hugo Sabatino, do Grupo de Parto Alternativo, na Universidade Estadual de Campinas, São Paulo; além de Caldeyro-Barcia no Centro Latino-Americano de Perinatologia, no Uruguai, que é uma das grandes influências no cenário obstétrico brasileiro (RATTNER, 2009b). Iniciativas isoladas de institucionalização da humanização na atenção ao parto e nascimento foram implementadas pelo Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, Minas Gerais; Hospital São Pio X, em Ceres, Goiás, entre outras (Ibid.).

Em 1990, o movimento pela humanização do parto, no Brasil, se concretiza e ganha mais visibilidade com a criação de uma rede, a Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa)[57]. Muitos encontros para discutir a questão obstétrica brasileira foram organizados por participantes dessa rede, tanto nacionais quanto locais, o que contribuiu para formar uma comunidade que se reune presencialmente várias vezes ao ano e, a partir do final da década de 1990, virtualmente através de listas eletrônicas (DINIZ, 2005). Desde então, uma série de outras redes se formaram, as pautas de reivindicação e os estudos para suportá-las se ampliaram, e o movimento pela humanização do parto alcançou, nos últimos anos, uma representatividade significativa, inclusive com o suporte do Estado brasileiro na conquista de direitos e estratégias para implementação do parto humanizado.

Em Campinas, SP, foi criado recentemente, o Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento de Campinas, composto de mães, pais, profissionais de saúde e diversas entidades. O Fórum, que teve início oficialmente em 2013, tem feito uma séries de ações no âmbito nacional e municipal, entre elas a organização de eventos de caráter científico[58] para a

57 A ReHuNa é uma rede articulada de pesquisadores, profissionais e ativistas da causa do parto humanizado no Brasil. A rede foi fundada, em 1993, em um dos primeiros encontros promovidos para debater a atenção obstétrica brasileira, que resultou no documento fundador da Rede, a Carta de Campinas, em alusão à cidade onde foi realizada, Campinas, São Paulo. Em 2000, foi concebida a Carta de Fortaleza, um documento cujo objetivo era estabelecer os princípios que nortearam a proposta da Rede com adeptos em todo território nacional. Configura-se atualmente como uma das maiores redes de ativismo social, no Brasil, promovendo debates e encontros temáticos. Entre os atores que fazem parte dessa rede estão médicos, enfermeiras, doulas e mulheres ativistas pela humanização do parto. O objetivo principal da ReHuNa é a "divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado 'humanização do parto/nascimento'. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação, baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. A ReHuNa apoia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade Mãe-Bebê e da medicina baseada em evidências científicas. Essa missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados à rede e preocupadas(os) com a melhoria da qualidade de vida, o bem-estar e bem nascer" (Fonte: http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos, acessado em 30/10/2014).

58 Entre os eventos realizados pelo Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento de Campinas está o *Encontro Regional pela Humanização do Parto e Nascimento em Campinas*, em 2013, que contou com a

discussão dos modelos brasileiros de assistência obstétrica e da violência contra a mulher; a participação na Defensoria Pública de São Paulo sobre a questão da violência obstétrica[59]; a construção do Fórum Perinatal de Campinas; bem como ações referentes a projetos de leis municipais nesta cidade. Em seu *blog* oficial, é evidente um objetivo de promover a informação, especialmente em relação às leis e direitos da gestante e da violência obstétrica. Na apresentação do coletivo, fica claro também o foco de trabalho centrado na ampliação da participação da sociedade sobre o tema, onde se afirma: "acreditamos que o cenário do parto deve ser cada vez mais tema de nossa sociedade, fortalecendo o controle social na assistência ao parto e nascimento"[60].

No Brasil, como política pública, a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro foi pioneira, em 1994, ao denominar Maternidade Leila Diniz a primeira maternidade definida como "humanizada", oferecendo novas práticas de atenção ao parto e nascimento no âmbito do sistema público de saúde (RATTNER, 2009b). Também no Rio de Janeiro, ocorre a publicação da Resolução SMS nº 667 de 20 de outubro de 1998, garantindo o direito de acompanhante da escolha da parturiente durante o trabalho de parto e o parto (Ibid.).

Em nível federal, desde o final dos anos 1990, o governo vem trabalhando na implementação da humanização do parto no Brasil. Entre essas ações, está a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. E, em 2011, foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil, no SUS, o Programa Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que se configura como:

> uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção

participação de importantes atores do cenário obstétrico brasileiro, entre eles Gislaine de Oliveira Nogueira, representante do Hospital Sofia Feldman, MG, e Esther Vilela, coordenadora geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde; e a realização de dois Fóruns pelo *Fórum Pensamento Estratégico (Penses)*, da Universidade Estadual de Campinas: o *I Fórum sobre Violência contra a Mulher: Múltiplos Olhares*, e o *II Fórum sobre Violência contra a Mulher: Múltiplos Atores*, ambos em 2014. Além da participação de importantes nomes da cena política e acadêmica sobre as questões da violência contra as mulheres, o Fórum teve um caráter transdisciplinar ao reunir temáticas diversas para discutir os tipos de violência contra as mulheres, entre eles a violência obstétrica, congregando pesquisadores e profissionais de diversos setores, como da área da Saúde, do Direito, representantes da Defensoria Pública, de coletivos organizados de mulheres, líderes de comunidades, assistente social, entre outros.

59 A violência obstétrica passou a fazer parte da Pasta de Violência contra a Mulher, em São Paulo, desde 2013, tornando real a possibilidade de encaminhamento de denúncias sobre as diversas formas de violência praticada nos serviços de atenção ao parto e nascimento e a abertura de processos pelo Ministério Público.

60 Blog oficial do Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento. Disponível em: <https://humanizacaodopartocampinas.milharal.org/> Acesso em 20/01/2015.

> humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional[61].

Uma das medidas importantes para orientar e regulamentar as transformações no cenário da atenção ao parto e nascimento no Brasil, segundo Riesco et al. (2009) foi também a inclusão do parto realizado pelo enfermeiro obstétrico na tabela de remuneração do SUS[62], que reconhece a importância desse profissional no atendimento ao parto de baixo risco[63], " visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal"[64]; e a proposta de criação dos Centros de Parto Normal (CPN)[65] para esse tipo de atendimento. O CPN é entendido como sendo "a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias[66]", que deve "estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde da área de sua abrangência", responsáveis por identificar e encaminhar os casos de gestação compatíveis com o atendimento nesses centros[67].

Riesco et al., no trabalho citado, realizam uma revisão da literatura sobre estudos que discutem os modelos de assistência praticado nos Centros de Parto Normal, no Brasil, afirmam que "o CPN representa um espaço privilegiado para desenvolver e fortalecer um modelo de cuidados próprio, tanto do ponto de vista conceitual, como na relação com a equipe de saúde e na aliança com as mulheres e sua família" (2005, p. 1301). Para as autoras, "como política pública, os CPN constituem um marco técnico e político na inserção da enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal e no estímulo ao parto fisiológico" (Ibid.). Na conclusão do artigo, as autoras defendem a existência dessas instituições "na medida em que desenvolvem ensino, pesquisa e assistência orientados pela

61 Fonte: Portal da Saúde SUS, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>, Acesso em 30 out 2014.

62 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.815, 29 de maio de 1998. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P2.815_98obst.doc>, Acesso em 18 maio 2015.

63 A regulamentação do profissional da enfermagem para prestar assistência ao parto normal sem distócia foi conferida pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que, no Art. 9°, incumbe profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetriz ou Enfermeira Obstétrica para o atendimento a esse tipo de parto.

64 Ibid.

65 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985, 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20985,%20de%2005ago99.pdf>, Acesso em 18 maio 2015.

66 Ibid.

67 Ibid.

concepção do parto como processo fisiológico e sócio-cultural" (Ibid.).

As pautas do movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil e as reivindicações por novas subjetividades no parto

É preciso dizer que o movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil é um movimento plural, cuja heterogeneidade tanto de atores quanto de ações para as mudanças na assistência obstétrica, enriquece a natureza do movimento, mas também aponta desafios. Nesse sentido, também o termo *humanização* refere-se a uma multiplicidade de interpretações e propostas de mudanças nas práticas obstétricas, não sem contradições e conflitos, de acordo com alguns autores (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009a). Considerando os desafios que estão presentes para as mudanças nos serviços de atenção ao parto, Diniz (2005) afirma ser *humanização* "também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional" (p. 635).

Desse modo, dado as diferentes manifestações e expressões desse movimento[68], distinguimos dois aspectos: o primeiro trata justamente da pluralidade de escolhas de pauta dentro dos diversos coletivos do movimento. Há diversas organizações civis ou não-governamentais, além de organizações sociais livres que atuam por meio do ciberativismo, militando e escrevendo sobre a questão do parto e nascimento no Brasil; e, ainda, mulheres que ou praticam, como doulas, parteiras, outras formas de atenção ao parto, ou estão buscando enquanto gestantes e mães outras práticas de assistência diferenciadas do modelo hegemônico e que também atuam pela causa. O segundo aspecto diz respeito às pautas da humanização no âmbito das pesquisas teóricas que analisam o movimento e das políticas públicas brasileiras, que visam a implementação da humanização do parto e nascimento.

Para tentar traçar o panorama geral de reivindicações de mudanças da prática obstétrica pelo movimento pela humanização do parto, em seus segmentos plurais, nos apoiaremos na compilação de Tornquist (2002, p. 484) – com algumas adaptações – acerca das mudanças no cenário obstétrico que propõe esse movimento, que, segundo a autora, tem

68 Sobre o movimento pela humanização do parto, ver o trabalho de Rosamaria Giatti Carneiro, que realizou uma pesquisa de cunho etnográfico bastante consistente sobre grupos de mulheres que optam por práticas diferenciadas de atenção, com foco em seus anseios, suas concepções do parto e de seus atributos, como a dor, o risco, sugerindo a leitura de novas subjetividades construídas na cena do parto: **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado** / Rosamaria Giatti Carneiro. Campinas, SP: [s. n.], 2011.

se apoiado nas preconizações da Organização Mundial da Saúde, de 1985 (WHO, 1985), quais sejam: incentivo ao parto vaginal; ao aleitamento materno no pós-parto imediato; ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido); à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo de atendimento à gestação e parto; à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos de baixo risco, assim como a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente; à modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas, como episiotomia, amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém que líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas desnecessárias e, muitas vezes, resultantes da cascata de intervenções.

Em linhas gerais, a centralidade da crítica que se faz ao modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento englobam as questões: da gestação e parto atendidos sob o enfoque patológico, eliminando-se as esferas sociais, culturais e existenciais; da perda do protagonismo da mulher nesses eventos; do abuso de procedimentos artificiais, entre eles o uso irracional da tecnologia como suporte, colocando em risco a saúde materno-infantil; e da destituição e/ou violação de direitos humanos e sexuais e reprodutivos das mulheres (DINIZ, 2009, 2006, 2001; TORQUINST, 2002).

Para Diniz (2005), a síntese das pautas de reivindicações das mudanças das práticas obstétricas no Brasil, desde o seu início, estaria: na priorização da tecnologia apropriada; da qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores; e da "des-incorporação" de tecnologia danosa.

É possível perceber que a tecnologia de atenção ao parto e o uso que se faz dela é entendida de forma ampla, ou seja, não se trata apenas do uso de aparelhos, mas de condutas tecnologizadas, que tem papel central nos questionamentos ao modelo obstétrico hegemônico, como afirma a autora:

> Pelo menos na interpretação dos ativistas, a humanização, no caso do parto, pressupõe que a técnica é política, e que inscritos nos procedimentos de rotina – na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo – estão "encarnadas" as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras.

Para Tornquist (2002, p. 484), desde seus primórdios, o movimento pela

humanização do parto no Brasil "tem buscado uma interlocução com órgãos públicos ou vinculados à saúde coletiva, o que lhe confere certas particularidades. Trata-se de grupos e redes que atuam em parceria com agências estatais em ações concretas, realizando ações que visam à modificação do atendimento ao parto na rede hospitalar ou fora dela". A autora afirma, ainda, que o movimento, que é tributário do ideário dos anos 1960, de ativismos que se iniciaram com foco na transformação do significado da dor no parto para uma experiência prazerosa, vem buscando cada vez mais a legitimidade científica e o suporte nas pesquisas baseadas em evidências como estratégia de ação para mudanças nas práticas de atenção obstétrica.

Compartilhamos a mesma observação: parece que os estudos baseados em evidências científicas tem sido um grande recurso do movimento pela humanização do parto e nascimento. Em uma sociedade em que o saber válido é o saber científico, e considerando que a medicina se tornou mais científica, intensamente a partir do século XIX, como vimos, o suporte das evidências científicas foi a forma de captura do discurso médico hegemônico pelo movimento da humanização do parto: a desconstrução desse discurso "por dentro dele", ou seja, por meio do que, supostamente, o validaria: o saber científico.

Pesquisas de autores como Aguiar (2010) e Diniz (2001) evidenciam o caráter cultural envolto em alguns dos procedimentos médicos, suportados em argumentos médicos de autoridade, que constroem-se, muitas vezes, mais por meio dos sistemas culturais da prática médica e de seu ensino, do que por evidências científicas. A prática da episiotomia tem sido, entre outros, um dos questionamentos de profissionais e pesquisadores como sendo uma prática rotineira e não baseada em evidências científicas, caracterizando-se como violência obstétrica. Por esse motivo, daremos uma atenção especial a essa questão para, inclusive, exemplificar o caráter cultural envolto em muitos procedimentos técnicos na assistência obstétrica, como tem sido denunciado por especialistas.

A episiotomia consiste no corte do períneo para ampliar o canal de parto, sendo uma prática introduzida historicamente no século XVIII como forma de facilitar a saída fetal em partos difíceis (ARNEY, 1982). No entanto, a utilização do procedimento não se deu de forma contínua até os dias de hoje: a episiotomia perdeu sua popularidade no século XIX em função das altas taxas de infecção que acarretava. Como prática no parto, voltou a ser realizada e incentivada somente no século XX, especialmente pela difusão dos obstetras

Pomeroy e DeLee[69], que investiram no imaginário sobre o parto como condição falha da natureza fisiológica da mulher, conforme vimos anteriormente. DeLee, na década de 1920, recomendava a prática sistemática da episiotomia e do fórceps de alívio (ARNEY, 1982), sob o argumento da necessidade de humanização no atendimento obstétrico quanto ao sofrimento das parturientes (DINIZ, 2005). A finalidade da episiotomia seria reduzir a possibilidade de lacerações perineais graves, enquanto o uso do fórceps reduziria o risco de trauma fetal. A partir do conceito do parto como um processo falho e patológico, que exigia intervenção médica, tais recomendações passaram a ser incorporadas pela prática obstétrica em todo o mundo (Id.).

Recentemente, contudo, a justificativa desse procedimento tem sido cada vez mais desbancanda por estudos científicos que mostram não haver evidências científicas que comprovem a necessidade dessa intervenção. Mais do que isso: essas pesquisas mostram que tal procedimento proporciona, inclusive, o aumento de riscos associados à saúde materna, segundo Santos e Shimo, 2008. A OMS (1996) e o Ministério da Saúde do Brasil (2001), segundo as autoras, não proibem, mas recomendam o uso restrito da episiotomia, classificando seu uso rotineiro como uma prática claramente prejudicial, que deve ser desestimulada, sendo indicada somente em cerca de 10% a 15% dos casos (Id.).

Desde os anos 1970, o questionamento à prática da episiotomia tem sido incorporado pelas pautas de reivindicações dos movimentos pela humanização do parto no Brasil e em vários países, especialmente nos EUA. No Brasil, a situação é apontada como crítica por alguns autores devido ao fato de o procedimento ter se tornado rotina, não sendo nem mesmo, muitas vezes, registrado nos prontuários médicos de assistência ao parto. O estudo de Santos e Shimo (2008), realizado em um Hospital-Escola, em Minas Gerais, identifica a episiotomia como prática rotineira, tanto no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes de obstetrícia quanto na assistência ao parto. Entretanto, não há dados registrados sobre a prevalência do procedimento na instituição. Isso torna evidente que, de tão banalizado, o procedimento se tornou invisível, não sendo sequer relatado nos prontuários.

Além das evidências físicas sobre a episiotomia, há ainda, uma outra discussão que merece atenção: trata-se de uma mutilação genital que tem sido associada ao reforço da construção cultural da imagem do corpo feminino como defeituoso e incapaz de parir sem a intervenção médica, com repercussões não apenas na mulher enquanto indivíduo, como

69 Op. Cit. (ver Referências).

também contribuindo negativamente para o protagonismo da mulher no parto (SANTOS e SHIMO, 2008)[70].

É possível perceber, portanto, que a medicina baseada em evidências tem sido buscada pelos movimentos que questionam o discurso obstétrico hegemônico na tentativa de desconstruir cientificamente procedimentos de rotina, suportados por argumentos de autoridade e sem bases teóricas, que são justificados pelo discurso hegemônico por uma suposta alta frequência clínica. No caso da episiotomia, sua prática rotineira é justificada pelos profissionais de saúde pela alta frequência de laceração irregular e grave do períneo. No entanto, vários estudos apontam que tal frequência não se realiza, não justificando, portanto, que esse procedimento se torne padrão no atendimento a todas as gestantes. Ou seja, é uma frequência construída por uma cultura médica que incorporou tal procedimento sem bases científicas concretas e atualizadas, transmitido de uma geração de formação a outra. Como afirmam as autoras Diniz e Chachan (2006) sobre o cenário brasileiro, referindo-se também às altas taxas de cesareanas, "quando não se corta por cima, se corta por baixo". Em sua tese de doutorado, Diniz (2001), que entrevistou médicos a respeito de suas práticas obstétricas, na intenção de investigar como se davam as implementações das propostas de humanização no atendimento obstétrico em maternidades de São Paulo, apresenta a fala de uma médica que diz: " Racionalmente, eu sei que não é pra fazer a episiotomia. Mas a minha mão vai sozinha" (p. 68).

Tais condutas configuram-se dentro do que identificou Davis-Floyd (1987) acerca da formação para a atenção obstétrica hospitalar como um evento ritualístico. A autora, que cunhou o termo "tecnocrático" para descrever o modelo obstétrico hegemônico (DAVIS-FLOYD, 1993, 2001), realizou uma pesquisa etnográfica nos hospitais e maternidades dos EUA, e nos apresenta seus resultados na obra *Birth as an American Rite of Passagem* (1987).

Para Davis-Floyd, o evento do parto, assim como a assistência ao parto, configuram-se como um ritual de passagem. Um ritual é definido, pela autora, como sendo

70 O estudo citado evidencia também que a maior parte das mulheres não recebe informações sobre o procedimento durante o pré-natal para que possam participar da decisão; no geral, a comunicação se dá já no momento expulsivo do parto, quando a parturiente não tem condições psicológicas de fazer uma decisão; não há informação sobre o que significa, para qual finalidade é realizada e, muito menos, sobre os riscos que oferece; há casos onde o procedimento é feito às pressas e sem o uso de anestesia, colocando a mulher em um sofrimento ainda maior; esse estudo revela uma relação de poder desigual, pautada na hierarquia na relação entre a equipe de saúde e a parturiente sobre as decisões de procedimentos em seu corpo e uma postura submissa das mulheres que, sem informações e tratadas de forma assimétrica, aceitam tal relação de dominação com normalidade (SANTOS e SHIMO, 2008).

uma encenação padronizada, repetitiva, simbólica e transformativa de uma crença ou valor cultural, cujo objetivo seria a correspondência entre o sistema de crenças do indivíduo e o da sociedade; por meio de uma série de rituais, um ritual de passagem envolve uma transformação no modo como a sociedade define o indivíduo, assim como na maneira como ele definiria a si mesmo; trata-se de um processo existencial e transformativo que envolve experiências não ordinárias, incluindo dificuldades e desafios físicos e mentais, e cujo enfrentamento promove a ruptura com o estado anterior e a abertura psicológica para novos papéis.

A partir dessa perspectiva etnográfica, a autora analisa a formação para a assistência ao parto hospitalar, nos EUA, em torno de seus sistemas de valores – especialmente a centralização na ciência e na tecnologia como lugares de autoridade – , os padrões repetitivos que acontecem, os procedimentos de rotina, a matriz cognitiva que controla a assistência médica, o caráter dramático atribuído ao parto, as contradições do sistema e seu simbolismo. Todo esse cenário envolvido, dos procedimentos técnicos aos comportamentos e subjetividades ocupadas pelas equipes de atendimento e pelas mulheres, configuraria, segundo a autora, um evento ritualístico no parto hospitalizado, que tem também sua carga cultural, além da científica.

É possível perceber, portanto, uma ambiguidade e uma polaridade nas práticas médicas hegemônicas que, se por um lado tem se apoiado em procedimentos relacionados a uma cultura prática mais do que científica em muitos procedimentos, como vimos; por outro, recorre à tecnologia como suporte privilegiado em detrimento da clínica, que acaba por configurar uma outra problemática que é a do uso que se faz da tecnologia, como questiona o movimento pela humanização do parto.

Como apontam alguns autores, como Mota e Schraiber (2014, p. 1089), a medicina, que nasce como corpo teórico e *arte* de curar, tem se transformado em uma prática cada vez mais técnica atualmente, deslocando-se do "resolver problemas" para o "aplicar a ciência" com o suporte indispensável das tecnologias. Contudo, como afirmam os autores, a prática médica é também uma prática social, ainda que os profissionais médicos muitas vezes não consigam identificar a historicidade da medicina, não reconhecendo que no âmbito de sua ação técnica reproduzem um corpo social; acabando por ficarem alienados de seu papel como agentes sociais, pensando uma prática revestida de caráter de neutralidade (Id.).

Haveria, segundo os autores, a noção de uma continuidade histórica que tem a medicina ao ver, em sua prática, um comprometimento apenas com o ideal de cura e do salvar vidas, restringindo sua preocupação aos meios que encontra para fazê-lo; como se sua historicidade fosse uma história dos meios apenas, já que seu fim é, desde o início, imutável, uma espécie de "a-historicidade" de seus fins. Do ponto de vista ideológico e "reforçando-se na circularidade dos argumentos", os profissionais de saúde se abstrairiam da socialidade de suas práticas, segundo os autores, postulando-as como neutras quanto aos valores que regem suas ações (Ibid.).

> Tal abstração está baseada na ausência de percepção de seu sentido histórico *como prática* e não apenas como uso de tecnologias ou instrumentos disponíveis, isto é, uma ausência de percepção de que o próprio uso das tecnologias é maior ou menor, e muda, ora mais, ora menos, em determinadas direções, a depender dos objetivos sociais que esse uso de tecnologias pretenda atingir, na reparação dos adoecimentos. (…) Na teia de significados simbólicos dessa construção ideológica, tal percepção a-histórica circularmente se reforça pelo fato de que esses profissionais não podem conceber essa historicidade senão examinando, para além do caráter técnico, o caráter social de suas ações. Assim, essa reconstrução conceitual é uma importante atribuição da História, que deverá apontar para as diferenças entre uma história e ainda uma memória das tecnologias como os meios de intervenção, e a historicidade da prática em medicina em que esses meios comparecem e para a qual são efetivamente criados, nos distintos momentos da vida social (Ibid.).

Poderíamos supor que é nesse "imutável" e "a-histórico" fim de salvar a vida de mãe e feto, atrelado a uma perspectiva patológica da gravidez e do parto, e na crença em uma tecnologia também a-histórica e vista apenas como meio, que estão muitos dos elementos para a compreensão do modelo obstétrico hegemônico e da postura de ignorar as críticas que recebe, bem como proposições sobre novas formas de atenção ao parto e nascimento. Os movimentos sociais por mudanças na assistência ao parto e nascimento esbarrariam já nessa primeira questão: a dificuldade de diálogo com a classe médica tradicional. Para o discurso hegemônico, a autoridade médica é inquestionável justamente porque ela não existe para essa cultura médica. Os argumentos médicos, embuídos de cientificidade, justificados pelo seu fim imutável de salvar mãe e feto e travestidos dessa roupagem neutra, não significam autoridade, mas, sim, *verdade*. Isso faz com que nem se discuta os procedimentos técnicos e as condutas comportamentais que são colocados em xeque. Todo esse discurso contrário, questionador e militante é desqualificado como "alternativo", "irresponsável", "crimisoso", "inconsequente", "romântico", "ultrapassado".

Nesse sentido, a formação médica tem se estabelecido mais como uma vocação de

intervir e prescrever do que de consultar e negociar. Os desejos e escolhas da mulher gestante não são respeitados e utiliza-se a autoridade científica, onde apenas o médico saberia o que é melhor, para justificar tais condutas. Muitas das vezes, o que ocorre, é o profissional médico informar a paciente sobre algum procedimento, como a episiotomia, por exemplo, mas no momento em que ele será imediatamente realizado, ou quando já está sendo realizado, ou, ainda, após sua realização (SANTOS e SHIMO, 2008); não sendo, portanto, uma consulta, pois nada se altera, a prescrição já está feita; o que acontece é uma comunicação, de forma precária, para se dissimular o atendimento a um protocolo que deve ser cumprido segundo a preconiza a OMS sobre a informação e decisão compartilhada (WHO, 1985).

Há, portanto, uma vontade de exclusão da mulher para que ela não participe das decisões sobre seu corpo porque parte-se do princípio que ela é um sujeito destituído dos saberes necessários para tal, tornando-a *objeto* de intervenções e prescrições e não *sujeito* ativo de seu processo de gravidez e parto (MATTAR e DINIZ, 2012). Com isso, ocorre uma alienação da mulher com o seu corpo, sua fisiologia e de sua relação com a gestação e o parto. Esse lugar de autoridade que tem a medicina sobre o governo dos corpos, transforma a mulher em refém de prescrições médicas, o que se reflete no processo do parto que, a partir de uma subjetividade que ocupa o lugar da incapacidade e da incompetência, contribui para um comportamento passivo, permeado pelo medo e pela crença de que ela não é o sujeito capaz de conduzir esse processo, entregando seu protagonismo nas mãos de quem, supostamente, tem o saber validado para tal.

Por outro lado, é também essa relação precária estabelecida entre um sujeito que sabe e outro que não sabe, uma relação baseada em uma lógica "colonialista", que tem contribuído, segundo alguns autores, como Pimentel et al. (2014), para o afastamento de muitas mulheres que desconfiam dessa autoridade contida no modelo vigente, que não enxergam nessa relação a possibilidade de terem seus corpos e suas escolhas respeitadas. O surgimento do movimento pela humanização do parto e do nascimento, que reivindica o reconhecimento do corpo feminino como capaz de gestar e parir, acaba por reforçar e dar visibilidade à autonomia da mulher quanto às escolhas na gestação e parto.

> Enquanto o modelo biomédico tradicional privilegia o conhecimento lógico-racional, intervencionista e tecnocrata, instaurador da padronização das ações e diluição das subjetividades; o modelo vislumbrado pelo movimento de humanização traz o questionamento da onipotência do obstetra, a revisão da forma de se relacionar com parturiente e família, a adoção de equipe interdisciplinar, o respeito a

> diferenças de crenças e valores e o fortalecimento da mulher em relação ao seu potencial de conduzir o parto. O primeiro se baseia na construção das noções de risco e patologia, o segundo preza pela autonomia da mulher, a partir da busca de de informações confiáveis e atualizadas baseadas num olhar sobre a gravidez com ênfase no fisiológico (PIMENTEL, 2014, p. 173).

Essa lógica racionalista e intervencionista da gestação e do parto tem levado alguns autores, como Emily Martin (2006) a aproximar esses eventos da lógica produtivista e tecnicista do capitalismo. Nesta publicação, a autora oferece a noção de linha de montagem, onde o parto é despersonalizado, padronizado e normativo quanto a seu tempo e seu espaço delimitados por uma lógica de produção de fábrica; o processo de *reprodução* se transforma, portanto, em um processo de *produção*; há um deslocamento no foco de atenção ao parto, da mulher para o feto, como produto final; o protagonismo na cena do parto se transfere para a equipe médica; e a mulher se reume a seu útero, inclusive nas representações visuais da gestação e do parto.

Martin oferece nesta publicação, cujo original data de 1987, uma análise sobre as metáforas médicas sobre o corpo da mulher, particularmente sobre a menstruação, a menopausa e o parto, ressaltando os pressupostos culturais que perfazem as ideias científicas sobre estes fenômenos, a partir de uma perspectiva marxista sobre gênero. A autora, então, identifica uma concepção de corpo como um pequeno negócio, que precisa economizar, gastar ou balancear suas contas, advinda do processo de industrialização. Nesse novo contexto, há uma objetificação do corpo pela prática médica obstétrica, cujo modelo foi se estruturando a partir de princípios do controle da fisiologia, da padronização do tempo fisiológico e dos procedimentos, e da tecnologização da gestação, parto e amamentação. A partir disso, a autora leva ao limite a ideia da alienação do corpo feminino e reivindica a restauração do contato das mulheres com seus próprios corpos. Para ela, a recusa à assistência médica no parto funcionaria como as greves dos trabalhadores, com a diferença de que as mulheres, neste caso, detêm os meios de produção – o corpo feminino. Martin procura, com isso, uma alternativa ao que ela caracteriza como sendo a ideologia científica dominante em nossa sociedade, e sugere a criação de um novo imaginário do parto, bem como a opção por outras práticas, como os partos em casa ou em clínicas diferenciadas.

No Brasil, a recusa pelo parto hospitalar tem sido um movimento crescente entre mulheres adeptas ao parto natural ou humanizado. Esse tipo de comportamento, sem dúvida, tem se configurado como uma estratégia de resistência ao modelo obstétrico hegemônico

(SANFELICE e SHIMO, 2014). No entanto, a maioria dos serviços de atendimento diferenciado no parto e nascimento, especialmente o parto domiciliar, são particulares, não sendo acessíveis a todas as mulheres e famílias e, portanto, apesar de fazer parte das pautas do movimento pela humanização do parto no Brasil, esse não tem sido o foco do movimento, que tem direcionado suas críticas, bem como suas conquistas políticas, no âmbito do serviço público de saúde.

Com isso, o cenário da atenção ao parto tem se configurado como um cenário político e de disputa territorial, envolvendo a questão dos saberes e das relações de poder em torno deles. O modelo hegemônico da obstetrícia, por exemplo, não necessitaria construir um discurso do risco no parto se não tivesse que enfrentar uma disputa com outros modelos de assistência que passaram a habitar o território obstétrico colocando em xeque seu *status* de autoridade quanto ao saber sobre a atenção ao parto. É pela construção do que está "no verdadeiro" (FOUCAULT, 2001) que ele tenta garantir a manutenção da dominação neste território, acionando o discurso do risco e colocando outros modelos de atenção como uma espécie de regressão cega a um passado ignorante, perigoso e há muito superado.

Um dos principais argumentos que tem sido investidos na crítica ao modelo obstétrico hegemônico é quanto a sua contribuição para uma subjetividade feminina destituída de poder de decisão sobre seu processo de gestação e parto: a perda do protagonismo pela mulher. Muitas mulheres adeptas, hoje, do movimento pela humanização do parto são mulheres que tiveram experiências traumáticas em partos anteriores, permeadas por desrespeito, maus tratos, atendimentos negligentes e consequências negativas no âmbito subjetivo e clínico.

Há também uma interface entre parto, sexualidade e prazer que tem sido bastante discutida recentemente por vários estudos, e compartilhada entre mulheres adeptas do parto natural, em blogs, grupos de discussão e rodas de conversa sobre o parto e a maternidade no Brasil (CARNEIRO, 2011; PIMENTEL et al., 2014). Vídeos de partos naturais de produção caseira tem sido amplamente compartilhados e divulgados por inúmeras redes sociais e a discussão sobre o parto tem, cada vez mais entrado na questão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Isso, tanto pela proximidade com a sexualidade que tem sido colocada com maior ênfase pela militância do parto, quanto pela visibilidade que vem ganhando a discussão política sobre a atenção obstétrica no campo dos direitos sexuais e

reprodutivos das mulheres.

Há, portanto, uma disputa de território que vem se travando na cena política do parto, na medida em que essa autoridade médica tem sido intensamente questionada nos últimos anos. Na verdade, podemos perceber, pelas historiografias que referenciam essa pesquisa, que a crescente predominância da medicalização se deu juntamente a questionamentos de diferentes ordens. Sempre houveram focos de resistência às práticas médicas, ao longo da história, dentro de cada período e em cada contexto, por motivações de diferentes naturezas, que configuraram a cena do parto no Brasil e no cenário mundial. Se, por um lado, a atenção ao parto pelas parteiras e sem a intervenção médica passou a ser um problema, especialmente no século XIX, para os médicos, por outro, parir com tantas intervenções criadas por uma medicina que emerge, desde o início, configurando um cenário de desigualdades de gênero e controle social do corpo feminino, constitui-se agora, desde as últimas décadas, como o problema atual.

Capítulo 3: O museu como espaço de comunicação e formação

É incrível que, num século no qual tudo aparece como inventado, o museu continue a não aparecer como tal.
(Elias Thomé Saliba, 1995)

3.1. Breve histórico dos museus de ciências

Nos últimos séculos, muitas foram as mudanças que sofreram os museus em todas as suas vertentes. Intensificadas na segunda metade do século XX, essas mudanças geraram transformações nos museus de ciências, especialmente, no que tange a sua função, com a ênfase crescente na função comunicacional e educacional. Até meados do século XVII, o museu era um espaço de caráter privado, cuja principal função era a de pesquisa (LOPES, 2003; LOPES e MURRIELLO, 2005; MURRIELLO, 2006; VALENTE, 2008) e cujas coleções, nem sempre abertas ao público, eram separadas em objetos estritamente destinados à pesquisa e objetos que compunham exibições públicas (LOPES e MURRIELLO, 2005). Hoje, os museus são, em sua maior parte, instituições públicas, cujos acervos são acessíveis e apresentados a partir de diversas possibilidades, e sua função foi ampliada, com forte ênfase à comunicação, à divulgação científica e à educação.

Esse caminho, percorrido em alguns séculos, com suas intensificações e suas descontinuidades, teve importante marcos sinalizados por vários autores. O trabalho de McManus (1992) é uma grande referência utilizada em muitas historiografias sobre os museus. A autora identifica três gerações de museus de ciências ao longo da história, não a partir de sua cronologia e de uma continuidade histórica, mas a partir de sua natureza temática e da forma de comunicação do conhecimento científico.

Os *Gabinetes de curiosidades* são considerados os ancestrais dos museus de ciências e remontam ao século XVII. Criados por pessoas ligadas à nobreza, caracterizavam-se pelo grande acúmulo de objetos diversos: fósseis, animais empalhados, moedas, instrumentos científicos, quadros, entre outros. Não eram abertos ao público, sendo acessíveis apenas a convidados selecionados. Alguns exemplos desses gabinetes de curiosidades são:

Ferrante Imperato, em Nápoles; Giganti, em Bolonha; e John Tradescant, em Oxford (CAZELLI et al., 2003).

No final do século XVII, essas coleções começam a ser organizadas e estruturadas de modo a permitir que fossem utilizadas para estudo e difusão do conhecimento científico. Existia, então, uma preocupação com a pesquisa científica e, nesse sentido, foram grandes as contribuições das coleções. No final do século XVII, portanto, dá-se o surgimento dos primeiros museus de *História Natural,* considerados os museus de primeira geração para McMannus (1992). São museus voltados para a pesquisa e o desenvolvimento da ciência tendo como suporte as coleções, que viriam, mais tarde, a serem abertas ao público em geral. Os primeiros a surgirem nessa geração foram: o *Ashmolean Museum* de Oxford, em 1683, a partir de coleções de acervo pessoal, mas com o caráter aberto ao público; em 1793, o *Jardin des Plantes*, em Paris, que passa do domínio privado e real para o domínio público e republicano, tornando-se o *Muséum National d'Histoire Naturelle;* nesse mesmo período, o *Palácio do Louvre* torna-se museu nacional e abre o acesso a suas coleções à exibição pública, ainda que com restrições de dias e horários da semana (LOPES, 2003; CURY, 2005).

A característica desses museus é sua relação estreita com a academia, com a pesquisa científica. Apesar da abertura ao público, essa era uma questão ainda não consensual entre os cientistas, porque muitos ainda acreditavam que o museu deveria se consolidar apenas enquanto instituição de pesquisa e o objetivo era o impulso ao conhecimento científico. Com relação à abordagem das exposições, essas eram compostas por uma saturação de objetos em vitrinas, mostrados repetidamente[71], e suas informações tinham uma linguagem acadêmica e autoritária (CAZELLI et al., 2003). A criação dos museus nos países sul-americanos, no século seguinte, terá como projeto esse caráter público e a dimensão educacional que passou a conduzir a experiência dos museus europeus (LOPES, 2003).

A abertura das portas do museu para o público e a responsabilidade de uma função educativa, no final do século XIX e início do XX, afetará também a escolha dos objetos para a composição de suas coleções. A exposição tratará da aproximação do museu com o público, mas o museu é também o lugar de estudo e a maior parte dos objetos de suas coleções deve atender a isso: alimentar o conhecimento científico. Entretanto, é preciso não esquecer de

71 Essa particularidade das coleções serem exaustivas está relacionada às características da História natural nesse período, de inspiração baconiana e empírica, para a qual uma lei natural deriva daquilo que é comum e pode ser extraído de um determinado conjunto de espécimes. Assim, grosso modo, quanto maior o número de espécimes, mais precisa a lei natural.

alimentar também o público. As coleções devem ser atrativas para que mais e mais pessoas queiram ir ao museu e, dessa maneira, possam adentrar o universo científico. Estamos em um período de popularização da ciência: "não é mais localmente, apenas no espaço dos laboratórios, que o segredo dos saberes (cientistas) e de sua validação é buscado, mas nas retomadas das traduções que operam no conjunto do corpo social" (PESTRE, 1996, p. 12). Há, para isso, um tratamento diferenciado quanto às coleções: as que atenderiam aos estudos científicos deveriam ser excessivamente numerosas, ao contrário daquelas selecionadas para exibição, que não poderiam cansar o visitante:

> (...) una esposición pública para ser instrutiva e interesante no debe jamás ser recargada. No hay verdaderamente razón para que asi sea. Tal esposición, hecha sobre pequeña o grande escala, no puede contener sino ejemplares elejidos, en vista de las necesidades de una clase especial personas que deben visitar las galerias, y el numero de piezas debe ser proporcionado al espacio disponible (FLOWER, 1890/1891, p. 16 *apud* LOPES e MURRIELLO, 2005, p. 26).

Era preciso, portanto, ter objetos para serem expostos, mas que nem sempre seriam os mesmos que atenderiam aos estudiosos. Essa divisão de funções é tão marcante ─ "un museo de esposición, al mismo tiempo que un establecimiento de estudio" (MORENO, 1890-1891, p. 39-31 *apud* LOPES e MURRIELLO, 2005, p. 25) ─, que é mesmo possível identificá-la fisicamente: salas de exposição e salas de estudo. A preocupação com a montagem de exposições para o público, portanto, passa a ser uma preocupação cada vez maior, intensificando-se no século XX. A função da pesquisa, porém, é ainda importante, mas não mais para ser exibida ao público (CAZELLI et al., 2003).

Na segunda geração de museus estariam os de ciência e tecnologia, especialmente de tecnologia industrial, e o objetivo dessas instituições é a promoção do mundo do trabalho e dos avanços científico-tecnológicos. O caráter educacional dessa geração tem uma preocupação mais utilitária e normativa, promovendo treinamentos públicos e conferências sobre diversos temas científicos: mineralogia, mecânica, química, matemática, arquitetura (CAZELLI et al., 2003). Nessa geração estão: o *Conservatoire des Arts et Métiers,* na França, criado em 1794, e o *Franklin Institute*, nos EUA, em 1824. Na segunda metade do século XIX, um evento se destaca: as chamadas Grandes Exposições Internacionais da Indústria, nas quais o Brasil teve algumas participações desde 1862 (CAZELLI et al., 2003). Os ideais de progresso e civilização marcam esse período centrado na crença dos avanços tecnológicos como meta a ser alcançada.

Outros estágios são classificados dentro da segunda geração e inclui museus que têm como característica a criação de exposições mais interativas, baseada na manipulação de manivelas e alavancas, e pensada como diminuição da distância entre o público e o museu, e como intenção de ensinar alguns princípios científicos (CAZELLI et al., 2003). Nesse sentido, têm destaque: o *Deutsches Museum,* na Alemanha; o *Museum of Science and Industry*, nos EUA; e o *Science Museum*, em Londres, Inglaterra.

A terceira geração surge no século XX e é marcada por museus que vão se diferenciar radicalmente das propostas museológicas até esse período: suas exposições não se baseiam nas coleções de objetos históricos, mas em ideias e conceitos científicos. Os primeiros museus considerados dessa geração são: o *Palais de La Découverte,* em Paris, França, em 1937; o *New York Hall of Science,* em Nova York, EUA, 1964. O argumento para esse novo conceito é que os museus não poderiam mais ser meros repositórios de objetos, mas instituições ativas, vivas e dinâmicas, segundo André Leveillé, que dirigiu o *Palais de La Découverte* de 1938 a 1950 (CAZELLI et al., 2003).

Na década de 1960, outras mudanças surgiriam por meio de um novo ideal para a comunicação científica: fazer com que o público pudesse experimentar o processo científico e as emoções proporcionadas por ele. A criação do *Exploratorium*, nos EUA, em 1969, marca essa nova fase de surgimento de novos modelos de exposições, em que a interatividade passará a ser cada vez mais o modelo e que culminará na criação de vários museus interativos pelo mundo. Essa nova abordagem, de experimentos criados para serem apertados, acionados, é denominada por alguns autores como um tipo de interatividade *push-bottom* (apertar botão) e vai gerar uma série de críticas para garantir que haja uma interatividade intelectual e cognitiva, além de apenas física.

Os museus de primeira e segunda geração foram, ao longo do tempo, passando por transformações em suas abordagens comunicacionais na tentativa de incorporar novas linguagens e tornar mais atraentes suas exposições (CAZELLI et al., 2003). Os focos, nesses museus, também mudam da organização taxonômica dos objetos para a apresentação interativa de conceitos científicos. Nesse sentido, alguns autores ressaltam que é possível encontrar hoje, em um mesmo museu, essas três abordagens expositivas ou duas delas, pelo menos (CAZELLI et al., 2003).

3.2. A DIMENSÃO EDUCACIONAL DOS MUSEUS DE CIÊNCIAS

A função educativa dos museus ganha destaque já no século XVII, a partir da transformação dos museus, antes espaços privados, em espaços públicos (LOPES, 2003), mas é no final do século XIX e início do XX que a função educativa do museu aparece mais fortemente no discurso da área, criando as raízes para a permanência dos debates sobre as funções sociais dos museus (MURRIELO, 2006)[72].

Neste sentido, tem destaque o discurso de William H. Flower, por ocasião de sua posse na presidência da *British Association for the Advancement of Science*, em 1889, a respeito dos papéis que cabiam aos museus de história natural para o século XX. Segundo Lopes e Murrielo (2005), Flower inicia seu discurso revisando a origem e evolução dessas instituições e assinalando a importância de que se tornassem espaços públicos vinculados ao Estado. Essa mudança conferiria aos museus um novo papel: colaborar com a educação e com a investigação científica. Para as autoras, apesar de não ser novidade o papel educacional dos museus desde o *Muséum d'Histoire Naturelle* de Paris, é bastante considerável o discurso de Flower e a influência que ele provoca na América Latina, especialmente na Argentina. O museu amplia seu público, estabelece um papel educativo e proporciona o confronto do público com o objeto. Peças anatômicas e esqueletos inteiros são a grande atração dos museus de ciências nessa época. Mas foi a partir da segunda metade do século XX que se intensificam as ações e discussões acerca da função educativa dos museus (LOPES, 2003; MURRIELLO, 2006; VALENTE, 2008).

Em 1945, é criada a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), logo após o fim da II Guerra Mundial, bem como o Conselho Internacional de Museus (ICOM), em 1946 (CURY, 2005), que passa a sistematizar diretrizes para os museus a partir de definições de seu papel e da natureza de sua relação com o público. Há uma mudança conceitual acerca do museu, que alimenta e, ao mesmo tempo, é alimentada pelas mudanças de configuração assinaladas anteriormente. Essas mudanças atravessam todas as categorias de museus, movendo discussões entre as pesquisas de diversas áreas, como a museologia, a educação, a história das ciências e as diversas disciplinas científicas.

72 Murriello (2006) cita a importância de dois trabalhos no cenário internacional: o de Gibson, em 1925, que investigou as visitas escolares ao *Cleveland Museum of Art*; e o do alemão Otto Neurath, sobre o *design* das exposições do *Social and Economic Museum* em função de seu papel comunicativo e educativo (Murriello, 2006, p. 54).

A partir dos anos 1970, outro acontecimento merece destaque: o surgimento intenso, em poucos anos e em nível mundial, de um grande número de museus de ciências e de centros de ciências, salientado por diversos autores na literatura e caracterizado como um movimento cultural efervescente (CURY, 2001, 2005; VALENTE, 2008, 2009):

> A disseminação dos museus de ciências e tecnologia no século XX vai se caracterizar por um '*boom* mundial', nas suas últimas décadas. Acompanhando a tendência, observa-se, no Brasil, um impulso desse tipo de instituição em diferentes estados do país. O fenômeno tem estimulado estudos sobre essa categoria de museus sob diferentes perspectivas, especialmente a partir da década de 1990, com antecedentes importantes nos anos de 1980 (Valente, 2008, p. 2)[73].

Na tentativa de entender esse *boom,* Maria Esther Valente (2008) buscou traçar a história desse movimento de criação de museus de ciências e tecnologia, não a partir da história das instituições, mas de documentos que pudessem fornecer subsídios para se pensar nas causas desse movimento. Um dos documentos analisados pela autora é a revista *Museum*, publicada pela Unesco, veículo de estreita ligação com o ICOM, presente no Brasil desde 1948 e considerada importante instrumento no campo da museologia nas primeiras décadas após a sua criação. Desta publicação, a autora destacará dois exemplares, um de 1959 e outro de 1973, que, segundo ela, marcam a condição dos museus brasileiros de ciências e tecnologia (VALENTE, 2009, p. 74):

> As duas revistas fazem referência à categoria de museus de ciências e tecnologia no continente latino-americano e à possibilidade dessas instituições contribuírem para impulsionar o setor de ciências e tecnologia, considerado como imprescindível para o desenvolvimento dos países. A estas duas edições juntam-se os relatórios da Unesco relativos a diagnósticos realizados sobre os museus brasileiros em 1958 (RIVIÈRE, 1960) e em 1972 (GABUS, 1972; FAVIÈRE, 1972).

Mas foi em 1972, em uma mesa-redonda realizada no Chile, promovida pela parceria entre UNESCO e ICOM, que a dimensão dos museus é marcada no sentido de que deveriam atender aos problemas sociais dos países da América Latina em suas bases formativas políticas, definindo o que deveria ser o papel dos museus no século XX. É na edição seguinte ao evento, da revista *Museum, vol. XXV, n. 3, 1973, intitulada Rôle du Mussée*

73 Sobre esse "*boom* mundial" no surgimento dos museus de ciências, a autora cita os seguintes estudos: SCHIELE, Bernard; KOSTER, Emlyn. **La Révolution de la Muséologie des Sciences.** Canada: Editions Multimondes, 1998. BALLÉ, Catherine; POULOT, Dominique. **Musées en Europe** – Une mutation inachevée. Paris: La documentation Française, 2004. PADILLA, Jorge G. C. Museos y Centros de Ciencia en México In: CRESTANA, Silvério (Coord.). **Curso para treinamento em Centros e Museus de Ciência.** São Paulo: Editora Livraria da Física Ltda, 2001.

dans l'Amérique latine d'aujourd'hui, citada por Grete Mostry Glasser do Museu de História Natural do Chile, que Valente (2009) busca alguns dos argumentos que circunstanciam a ocorrência do estímulo à criação de museus de ciência e tecnologia, na década de 1970, no Brasil. A expressão "reunião de família", usada na publicação *Museum*, procurava caracterizar a proposta da reunião que enfatizava a discussão em torno das questões do continente latino-americano e o clima "familiar" em que se desenrolou o evento (VALENTE, 2009).

A diferença, para a autora, entre os eventos de 1958, no Rio de Janeiro – *Museum*, 1959 – e de 1972, em Santiago – *Museum*, 1973 – é que o primeiro estava centrado na ideia do museu como aliado na educação escolar, e o segundo considera o museu como instrumento de transformação social – transformação essa em que o cientista tinha lugar de destaque para despertar vocações para a ciência na juventude, a "ciência para todos" com objetivos desenvolvimentistas. Para Valente (2009, p. 76), "o objetivo central da reunião de 1972 foi o de abrir o debate a partir de uma nova concepção de instituição museológica, o "museu integral", (...) o museu inserido na política econômica desenvolvimentista".

Houve também uma mudança na própria área da museologia. A proposta de discussão da mesa-redonda de Santiago deslocava o museólogo, o profissional de museu, do seu próprio nicho e o trazia para a cena da política econômica de desenvolvimento do continente latino-americano. Nessa reunião, além dos museólogos, especialistas foram convidados para tratar das questões referentes ao desenvolvimento social na América Latina e sua relação com a ciência. Esse confronto fez saltar as diferenças entre os dois grupos, o dos especialistas de diversas áreas e o dos museólogos, e os incômodos gerados por esse embate, que pode ser percebido nas palavras de Mario E. Teruggi, um dos componentes da mesa redonda:

> Certamente, houve uma inovação no programa tradicional: ao invés de reunir somente os museólogos, convidamos especialistas de outras disciplinas, para que tratassem cada um de suas especialidades e desempenhassem o papel de estimuladores nos debates que se seguiriam e no exame do tema essencial da Mesa-Redonda. Este programa, tal como foi anunciado na primeira circular de convite, consistia em pesquisar se os museus da América Latina, enquanto instituições científicas, educativas e culturais, estão adaptados aos problemas criados pelo desenvolvimento da cultura social e econômica da América Latina atual (TERUGGI, 1973, p. 129 *apud* VALENTE, 2009, p. 77).

A museologia se estabelece como disciplina e sua cientificidade vai sendo construída, principalmente desde a criação, dentro do ICOM, do Comitê de Teoria

Museológica (ICOFOM), em 1977. Peter van Mensh (1994 *apud* CURY, 2005), mapeou a construção da museologia enquanto disciplina após a criação do ICOFOM, em 1977. Esse autor dividiu a produção teórica do campo em cinco tipos: (1) o estudo da finalidade e organização de museus; (2) da implantação e integração de um conjunto de atividades visando à preservação e ao uso da herança cultural e natural; (3) dos objetos de museu; (4) da musealidade; e (5) da relação específica do homem com a realidade. A última abordagem, que determinou a formulação da definição de museologia adotada, até hoje, internacionalmente, foi apresentada pela museóloga brasileira Waldisa Russio Camargo Guarnieri, em 1981, no Encontro do ICOFOM em Estocolmo. A autora define o museu como um *fato museológico*, conceito criado por ela a partir do "fato sociológico" de Durkheim (1894) e que se constituiu em uma das maiores referências para a museologia: "a relação profunda entre o homem, sujeito que conhece, e o objeto, parte da realidade à qual o homem também pertence e sobre a qual tem o poder de agir, relação esta que se processa num cenário institucionalizado, ou o museu" (GUARNIERI, 1990, p. 7 *apud* CURY, 2005, p. 366).

Os museus têm, portanto, atravessado gerações e períodos históricos que os fazem mudar juntamente com as mudanças socioculturais:

> É o 'museu em movimento' que, ao se adaptar ao mundo, em tempos diferentes, carrega com ele ou se desfaz de elementos do passado em uma dinâmica de constante tensão, realizando um caminho de continuidades e descontinuidades. Exemplos desse fenômeno são os estudos sobre os museus universitários, científicos por excelência, que se veem pressionados a se aproximar do público a fim de garantirem sua existência (VALENTE, 2008, p. 20).

Em comunhão com esta nova percepção sobre o conhecimento científico e sobre os museus e centros de ciências em relação a sua função, caminharam as discussões sobre outros espaços, além da escola, destinados a cumprir a função educativa na sociedade, surgindo, nos anos 1950, o conceito de educação não-formal[74]. Além dos museus e centros de ciências, bibliotecas, meios de comunicação destinados à educação, institutos de pesquisa, jardins botânicos, laboratórios, etc. "espaços" apontados como fomentadores de ações educativas.

Sobre isso, Maria Margaret Lopes (2001) oferece-nos uma discussão sobre a

74 Educação não-formal pode ser entendida como práticas educativas realizadas em instituições não convencionais de educação, mas com certo nível de intencionalidade e sistematização, tais como as que se verificam nas organizações profissionais, nos meios de comunicação, nas agências formativas para grupos sociais específicos (Libâneo, 2005).

educação em museus, levando em conta a historicidade da função educativa e as contradições e exclusões ao longo da história dessas instituições. A autora remonta sua discussão à reorganização, no século XVIII, do Museu de História Natural de Paris, especialmente às memórias sobre o *Jardin des Plantes* escritas por Lamarck, em 1790, em que este criticava a organização das coleções do museu, divididas apenas entre reinos animal, vegetal e mineral, a identificação das espécies apenas por seus nomes vulgares e o incômodo de ter que compartilhar os espaços físicos do museu com o público curioso, com os "desocupados que viam na visita uma oportunidade de diversão" (LOPES, 2001, p. 23). Apesar disso, o museu francês se tornou essencialmente público devido às novas práticas pedagógicas e comunicacionais, ainda que com horários de visita restritos para o público visitante. Mas isso mostra o quanto a dimensão educacional dos museus é conflituosa desde há muito tempo.

No Brasil, o Museu Nacional do Rio de Janeiro, organizado desde 1818, sempre foi aberto ao público, conciliando a função de órgão consultor governamental para pesquisas em recursos naturais, sediando aulas nas faculdades de Medicina e Engenharia na Corte, organizando expedições e sociedades científicas e, em um momento em que não havia ainda Universidades no país, se consolidou como principal instituição científica no século XIX, ministrando cursos e conferências, inclusive, abertos às mulheres que foram impedidas até 1879 de frequentar os cursos superiores existentes (LOPES, 2001).

Os museus brasileiros passaram a incorporar a preocupação com a instrução do público, incrementando suas exposições com moldes esquemáticos e peças e esqueletos completos com o fim de tornar o conhecimento acessível ao público leigo. Mas nem por isso as contradições estiveram ausentes. Já na década de 1930, o Museu Nacional introduziu em seu quadro a Divisão de Educação, liderada por Roquette Pinto, em consonância com os discursos do movimento escolanovista no Brasil (LOPES, 1988). Influenciados pela relação entre público escolar e museus nos Estados Unidos, vários nomes da equipe do Museu Nacional passaram a se preocupar em estreitar os laços entre museu e escola, propondo modificações tanto nas áreas físicas do museu e de suas estruturas de exposição, quanto no conteúdo a ser apresentado, como "a substituição da ordem taxonômica das vitrines pelo 'ajuntamento ecológico', na desordem natural dos elementos, que o método antigo separava" (LOPES, 1988, p. 45). Data dessa época também a preocupação com o papel de "extensão cultural" do museu, para levar o conhecimento aos jovens e adultos iletrados e que já não estavam em idade escolar.

Trata-se de um momento em que a educação não está preocupada com a ampliação da rede escolar, mas com a qualidade da educação, no âmbito técnico-pedagógico relativo ao interior da escola (SAVIANI, 1983, p. 14 *apud* LOPES, 1988). Essa preocupação pedagógica é tomada pelo museu em sua nova missão de apoiar o ensino escolar, e o Serviço Educativo do Museu Nacional passa a elaborar materiais didáticos com o objetivo de fixação dos conteúdos escolares. Para Lopes (2001), o museu passa a priorizar a relação com o público escolar, deixando de lado sua função de espaço cultural e de comunicador do conhecimento para o público mais amplo:

> Embora as ideias escolanovistas tenham significado um avanço para o rompimento da inércia em que sobreviviam os museus brasileiros, inserindo-os nos esforços internacionais por modernizações, essas concepções impregnaram desde então nossos museus de seu papel de complementaridade ao ensino escolar (LOPES, 1988, p. 46-47).

Outro movimento que também exerceu influências sobre os discursos da função educativa dos museus foi a chamada Educação Permanente, desenvolvida pela UNESCO nos anos 1960, com o objetivo de sanar os problemas da falta de escolarização nos países periféricos e cujo desenvolvimento capitalista estava em ascensão. Trata-se de uma proposta com base nos princípios desenvolvimentistas, com finalidade de uma educação para a eficiência, para suprir quadros técnicos de trabalhadores e que, mais tarde, foi sustentada pelo governo militar brasileiro (LOPES, 1988). Dentro da proposta mais ampla da UNESCO, da Educação Permamente, estava o Programa Nacional de Museus, órgão coordenador das ações desenvolvidas pelos museus e que os concebia como sendo “ ‘agências educativo-culturais’ em uma linha de ‘educação permanente’, que visa possibilitar tanto o ‘atendimento educativo alternativo, de natureza não convencional’, como ‘o desenvolvimento de ações complementares ao ensino formal’, de caráter experimental, procurando adequar em maior e melhor grau a educação à realidade socioeconômico-cultural da clientela”. A escola é situada, por este programa, “não como única, mas como uma das agências educacionais” (BRASIL, 1985, p. 7-8 *apud* LOPES, 1988, p. 50-51). Nessas propostas, o museu é entendido como uma agência que pode ganhar maior aceitação nos meios educacionais, enquanto a escola vai perdendo seu lugar privilegiado de agência educacional.

A ideia de que se pode aprender em uma variedade de espaços e circunstâncias foi logo incorporada pelos museus na década de 1970 e houve tentativas de se diferenciar sua

atividade da atividade escolar (FALK e DIERKING, 1998 *apud* MURRIELLO, 2006). Mas a estreita relação do museu com a escola, disseminada pelas mesas-redondas promovidas pela UNESCO, nesse período, e pelos seminários no campo da educação, posteriormente se tornaram objeto de reflexão entre pesquisadores brasileiros da área.

Na segunda metade do século XX cresceu também o interesse pelos estudos acerca do público em museus, tanto por parte dos profissionais dessas instituições, quanto por acadêmicos de diversos campos disciplinares, como a psicologia, a sociologia, a antropologia, o campo dos estudos sobre educação formal e não-formal, as teorias da comunicação, a arquitetura, os cursos de turismo e administração, resultando em monografias, dissertações e teses com foco nos visitantes dos museus. Na França, o discurso sobre a democratização da cultura levou o Estado francês a buscar evidências científicas sobre os efeitos das políticas públicas no setor cultural e uma série de pesquisas ganhou destaque no campo das ciências sociais, entre as quais o trabalho de Bourdieu e Darbel, *O amor pela arte: os museus de arte europeus e seu público*, de 1969 (Idem). Os museus passam a obter financiamentos públicos e privados compartilhando esta cena com outras instituições, o que os coloca em duas lógicas diferentes e nem sempre complementares: uma de mercado, da indústria cultural, e uma de legitimidade social. Nesse contexto, a pesquisa de público tornou-se peça estratégica para a negociação de fundos e para a conquista de credibilidade junto à sociedade (KÖPTCKE, 2003).

Nesse panorama, a pesquisa sobre a função educacional dos museus vem se constituindo como um terreno fértil nos últimos anos. Polêmicas em torno da função educacional que cabe aos museus e de sua relação com o público sempre existiram e se intensificam, hoje, frente aos novos desafios dos museus enquanto instituição de caráter social. No Brasil, são muitos os debates sobre a educação em museus, não havendo um consenso a respeito do que venha a ser, ou como deva se dar, tal função, conforme mostra a pesquisa de Marandino et al. (2004).

As abordagens de Hooper-Greenhill (1992, 1994a, 1994b), pesquisadora inglesa que tem discutido o papel educacional dos museus, e muito referenciada nessa área, indicam que as perspectivas educacionais que têm direcionado a preocupação pedagógica dos museus têm se apoiado em teorias educacionais, ainda que com adaptações e modificações para o contexto dos museus. No Brasil, desde os anos 1980, quando se intensificaram os esforços

para aproximar o museu e a escola, as exposições passaram a se preocupar com o caráter pedagógico ou didático, valendo-se principalmente das teorias educacionais construtivistas, muito em voga na época (CAZELLI et al., 2003). Não é à toa que cresceu, também, o número de pesquisas preocupadas em atender às necessidades do público, salientando a participação ativa deste na interação com a exposição a partir das noções construtivistas de que o indivíduo teria papel ativo na construção de seu processo de aprendizagem.

Desse modo, a partir dos anos 1990, aumenta o número de pesquisas interessadas na questão da aprendizagem nos museus, que é incorporada pelos pesquisadores brasileiros em relação a sua natureza (FALK e DIERKING, 1995); a aprendizagem em grupos familiares (BORUN et al., 1997; BORUN, 1995); a aprendizagem por meio de modelagens e modelos mentais (GIELBERT e PRIEST, 1997), entre outros. Assim como Chevallard (1998) desenvolveu o conceito de "transposição didática" para discutir o processo de transformações pelos quais passa o conhecimento científico para ser ensinado na escola, Simonneaux e Jacobi (1997) desenvolveram o conceito de "transposição museográfica" para tratar dos processos de transformação pelos quais passaria o conhecimento científico afim de ser abordado em uma exposição (CAZELLI et al., 2003). No Brasil, a pesquisadora Martha Marandino (2004; 2005b; 2011; MARANDINO et al., 2004) tem se dedicado há alguns anos a pensar a natureza da prática educativa nos museus e, recentemente, em sua tese de livre docência, configurou o que tem chamado de uma "didática museal", tomando a exposição como uma "unidade pedagógica" (2011). A partir de reflexões sobre as potencialidades e as limitações do conceito de transposição didática, de Chevallard (1998), a autora propõe um diálogo entre este e o conceito de "recontextualização", de Berstein (1996), para refletir sobre os processos de montagem de exposições em museus de ciências sob a perspectiva didática.

O que percebemos, de modo geral, é que, ainda que a educação em museus se insira no campo da educação não-formal, as teorizações sobre o caráter educacional dos museus e de como se daria ou deveria se realizar tal função se aproximam muito mais das teorias educacionais da educação formal, ainda que dela tentando se diferenciar para dizer o que seria do museu e o que seria da escola, do que de teorizações da área da educação não-fomal ou mesmo da própria área da museologia. Ainda que muito tenha sido discutido sobre o caráter cultural, de lazer e entretenimento que têm os museus por diversos autores (CAZELLI et al., 2003), a herança do papel social dos museus frente à escola, dos moldes expositivos, dos métodos de ensinar e de uma preocupação intensa com o caráter didático das exposições

encontram-se presentes em muitos museus de ciências no país. Muitas dessas polêmicas atuais no campo da educação em museus limitam-se a discussões sobre a dimensão metodológica da educação, ficando, muitas vezes, ausentes as dimensões históricas da educação, das ciências, das exposições e dos próprios museus.

É claro que em muitas dessas pesquisas, como as de Cazelli et al. (2003), Marandino (2004; 2011), Martins (2011), para citar algumas delas, a preocupação com a dimensão social é o caminho pelo qual se pensa a prática educativa nos museus, salientando que, uma vez que os museus tenham adquirido o papel educacional e que, portanto, não há como negá-lo, é preciso pensar o comprometimento dos museus em relação a esse papel, assim como o de tais práticas como agentes de inclusão e transformação social. No entanto, questionamos se uma preocupação excessiva com o caráter didático das exposições, ainda que pautada na perspectiva sociológica, não estaria, de certa forma, distanciando o museu de seu papel como espaço de produção e distribuição cultural, para uma função de complementaridade à escola, o que também acaba por excluir outros públicos na medida em que tenta adequar sua linguagem ao público escolar.

É neste sentido que Lopes (1988, 1991, 2001) chamou a atenção para a "escolarização" dos museus brasileiros – uma discussão ainda muito atual para pensarmos no contexto dos museus de ciências no Brasil – que seria, segundo a autora, a "incorporação pelos museus das finalidades e métodos do ensino escolar", tratando-se de certo "esquecimento" sobre a ação cultural dos museus, que os reduz a instituições com a finalidade de ilustrar os conhecimentos ministrados pela escola, a partir da visão do museu enquanto órgão complementar à escola (LOPES, 1988, p. 54).

Além de reduzir o papel cultural dos museus, para a autora estaria aí, também, o cerne de alguns conflitos entre o museu e o público escolar, principalmente no que se refere ao desânimo de estudantes e professores descritos em algumas pesquisas, com esses últimos sendo culpados, muitas vezes, pelos problemas na relação museu-escola. Uma situação que constitui um círculo vicioso: os museus apresentam-se em moldes escolares, de forma que acabam por não incentivar a visita nem do público escolar – que vai até lá para viver uma experiência semelhante à da escola; ao mesmo tempo, os museus recebem orientações para que se comprometam ainda mais com os moldes e expectativas escolares para atrair esse público; por conseguinte, essa configuração não atrai o público mais amplo; assim, os museus

acabam por fazer dessa adaptação à escola sua fonte de sobrevivência, não saindo do ciclo de visitação, quase que exclusivo do público escolar na maior parte deles.

No artigo “A favor da desescolarização dos Museus”, de 1991, a autora chama atenção para a necessidade de reflexão sobre o papel educativo dos museus e, principalmente, sobre a recuperação de outra dimensão educativa, assentada em perspectiva diferente da escola. Para ela, lembrar essa preocupação é entender que o papel educativo do museu foi sublinhado, como função de destaque, para atuar junto à crise educacional dos países em desenvolvimento, e do terceiro mundo particularmente, especialmente após a criação da UNESCO e do Programa Nacional que recomenda a Educação Permanente: “Nesse período, localizamos as raízes da 'escolarização dos museus', de que padecem até hoje muitos dos museus brasileiros” (LOPES, 2001, p. 23):

> O problema está em que, no caso da educação em museus, usa-se no discurso a visão abrangente e inquestionável da formação cultural permanente ao longo de toda a vida, e na prática, como não há maiores comprometimentos com as políticas educacionais e culturais que avancem no sentido de atingir efetivamente a grande maioria da população do país, a 'solução' é complementar a escola (LOPES, 1988, p. 53).

Mesmo com todo o cenário de uma educação deficitária, como temos no Brasil, não é possível recair sobre o museu a responsabilidade pela tentativa de diminuição desse déficit de conteúdo, de ensino e aprendizagem. A própria ida ao museu, um espaço cultural que promove uma formação, um contato com a cultura, com conhecimentos produzidos, com estímulos diferentes daqueles que acontecem na escola e que permitem até que se questione a própria escola já é, por si, uma prática pedagógica que pode promover uma formação mais crítica, mais integral. Ou, como afirma Lopes (1991, p. 453):

> Por que atividades com características de eventos únicos, de tal forma marcantes, que possam motivar interesses até então impensados, que possam despertar sentimentos e processos de aquisição de conhecimentos, os quais não há meios imediatos de medir, não podem ser fundamentais para o processo de formação educacional e cultural das pessoas? Não se poderia considerar que é muito uma simples ida ao museu informar o aluno sobre a existência do museu e com isso descortinar-lhe um mundo até então não imaginado?

É nessa linha também que Jorge Wagensberg (2005), a partir da indagação sobre qual seria o papel de um museu de ciências, propõe pensarmos o que é um museu e oferece algumas perguntas e respostas bastante provocativas. Deve um museu realmente “ensinar”?

Um professor certamente pode desempenhar melhor essa tarefa do que uma visita ao museu, afirma o autor. Informar é sua principal função, então? Uma boa pesquisa na internet pode informar mais do que uma visita a um museu. Instruir, entreter? É possível que outros espaços façam melhor essas tarefas. A vida é uma grande instrutora e cada um tem seu próprio passatempo – que pode ser, inclusive, visitar museus, mas o que pode um museu fazer melhor do que qualquer um desses sistemas? – pergunta Wagensberg (Id.). A resposta do autor é objetiva: estimular. "Criar uma diferença entre o antes e o depois", sair com mais perguntas do que quando se entrou é, para Wagensberg, a confirmação de que um museu de ciências pode estar no caminho certo: "mover da indiferença para o querer aprender" (WAGENSBERG, 2005, p. 311 – tradução livre). Para ele, o museu é uma excelente ferramenta de mudança – mudança individual e, portanto, também social. "Um museu de ciências é um espaço dedicado a promover o estímulo ao conhecimento científico, ao método científico e à opinião científica" (WAGENSBERG, 2005, p. 311 – tradução livre). Talvez esta última seja a mais importante das funções dos museus, contudo, é também o elemento mais ausente na museografia da maior parte das instituições museais, segundo o autor.

É nesse sentido que buscamos refletir sobre a contribuição dos museus para a comunicação do tema do parto e nascimento. Mais do que promover uma "aprendizagem", o que, em uma visita única ao museu pode não se dar necessariamente, a própria abordagem do tema, que no momento encontra-se ainda bastante ausente, poderia provocar o início de mudanças sociais a partir da inquietação e da provocação que esse tema pode proporcionar, dependendo, é claro, de como é exposto, das premissas e compromissos que movam sua abordagem. Por esse motivo, faz-se necessária uma discussão acerca do que compreendemos, apoiada em alguns autores, ser a natureza da exposição, que é onde fomos buscar a presença do tema do parto e nascimento nos museus.

3.3. A EXPOSIÇÃO COMO MEIO PRIVILEGIADO DE COMUNICAÇÃO DOS MUSEUS

Adotamos a perspectiva, nessa pesquisa, de que a exposição é o meio privilegiado pelo qual se dá a função comunicacional dos museus. A exposição realiza a mediação entre o público e a cultura, seja ela material ou imaterial, e é um meio pelo qual se constrói e se

veiculam discursos sobre a sociedade e a cultura em questão, distribuindo sentidos sobre a memória, definindo identidades sociais e a ligação entre o passado e o presente.

Para a pesquisadora Tereza Scheiner (1991), a exposição é o principal meio pelo qual os museus se relacionam com a sociedade e é a atividade que caracteriza e legitima o museu como tal. Como afirma a autora:

> Sem as exposições, os museus poderiam ser coleções de estudo, centros de documentação, arquivos, poderiam ser também eficientes reservas técnicas, centros de pesquisa ou laboratórios de conservação, ou ainda centros educativos cheios de recursos – mas não museus (Scheiner, 1991, p. 101).

A pesquisadora Marília Xavier Cury (2007; 2005) apresenta seus estudos a partir da relação entre o ser humano – público do museu – e a cultural material em exposição mediada pelo museu, sendo esta uma relação "que se fundamenta como sendo de comunicação. O museu formula e comunica sentidos a partir de seu acervo. Esses dois atos são indissociáveis e, por isso, a área museológica e o público atribuíram a essa instituição o seu grande papel social".

A tese basal da autora é a de que o fazer museológico insere-se no campo da comunicação, a comunicação museológica: "Cultura e comunicação estão imbricadas, assim como cultura material – que se estabelece a partir da relação dos homens com a materialidade – e comunicação em museus – mediada por instituições preservacionistas" (CURY, 2005, p. 367). Segundo Cury (2007, s/n p.), portanto, "falar em comunicação em um museu é inevitável posto que todos os museus, independente de tipologia, são instituições culturais".

Neste sentido, a comunicação em um museu pode se dar de várias formas: por meio de palestras, conversas, atividades educativas, feiras, eventos organizados, materiais, notícias e informativos disponibilizados em *websites* institucionais, entre outras formas; mas a exposição seria o lugar privilegiado dessa interação com o público, do acontecimento de novos significados do acervo e da política institucional de um museu, funcionando como porta de entrada para a instituição museológica que a concebe, planeja e executa (CURY, 2005). É o cenário por meio do qual ocorre a relação do homem com o objeto, a cultura material (GUARNIERI, 1990 *apud* CURY, 2005). "A exposição, entendida como um cenário, é o meio ambiente criado e que facilita ou limita a relação do homem com a cultura material, ou seja, facilita ou limita a participação do público na vida cultural no que tange a sua relação

com o objeto material" (CURY, 2005, p. 367).

O museu, nessa perspectiva, seria, então, uma instituição produtora de exposições, que se apropria de seu acervo a partir de um conhecimento sobre ele e organiza os objetos museológicos tendo um espaço físico como balizador dessa ordem. O museu "cria seus modelos de representação para comunicar conhecimento. O consumo de exposição é a possibilidade de o público se apropriar do modelo proposto pelo museu, reelaborá-lo e recriá-lo na forma de um novo discurso" (CURY, 2005, p. 367). Para a autora, o público é o último elemento na cadeia processual de uma exposição, que implica criação, produção e veiculação. E, neste sentido, a pesquisa de recepção torna-se constituinte desse processo, na medida em que é integrada no planejamento e na produção de exposições, efetivando de fato a dimensão da comunicação museal: "(...) a comunicação só se efetiva quando ela é incorporada e se torna fonte de outro discurso" (BACCEGA, 1998, p. 104 *apud* CURY, 2005, p. 367).

O público faria parte da construção da exposição, devendo ser considerado em sua montagem. A visita à exposição pode ser entendida como o "trabalho" do público, a parte que lhe cabe nessa construção. O processo curatorial deve, portanto, preocupar-se com a qualidade desse trabalho, que se dá na interação do público com a exposição. "O público, na perspectiva da comunicação, é a grande referência da equipe, pois faz parte do processo de comunicação criar possibilidades de interação e diálogo. Sendo assim, os referenciais do público devem ser respeitados e vistos como condicionantes do processo comunicacional em museus" (CURY, 2010, p. 21). A exposição deve, portanto, facilitar o trabalho do público, ou seja, sua interação com ela, tanto no que diz respeito ao conteúdo quanto à forma. Uma iluminação que provoca sombra em um texto, uma vitrina que esconde um objeto, um texto ininteligível ou um texto sem a fonte da informação – podendo suscitar dúvidas quanto à confiabilidade do que está sendo comunicado –, tudo isso pode prejudicar o trabalho do público em uma exposição. "A exposição museológica é um cenário que facilita ou dificulta a vida cultural das pessoas junto ao museu e à cultura material" (CURY, 2007, s/n p.).

O campo de pesquisa de recepção – no qual as pesquisas sobre educação em museus de ciências também têm investido intensamente – vem se intensificando cada vez mais como parte componente do planejamento e da produção de exposições, e tem colocado o público como elemento primordial para a concepção de exposições, perspectiva de alguns autores na contemporaneidade, entre eles, o da autora citada. Estudos a partir do conceito de

habitus, de Bourdier também são tratados para pensar o público nos museus, como o de Köptcke e Pereira (2010), por exemplo, que consideram o termo *público* no plural e atentam para a necessidade de se considerar a miríade de categorias identificadas pelos estudos de público, como no caso dos museus: público familiar, cativo, espontâneo, potencial, neófito, *habitué*, especial, turistas, de vizinhança, escolar, não público, entre tantos outros. Para as autoras, o público não seria um grupo construído de uma vez por todas, mas um organismo vivo que se forma e se desfaz:

> Os processos responsáveis pela formação de um público resultam da interação entre as condições sociais de acesso à educação, os meios de produção e de oferta nos subcampos da cultura e as predisposições individuais, social e culturalmente construídas, que, em algum momento da trajetória de uma vida, permitem o desenvolvimento de uma certa prática ou gosto cultural (a operacionalização do *habitus* diante do horizonte de possíveis, de Bourdieu) (KÖPTCKE e PEREIRA, 2010, p. 814).

Meneses (1994, p. 23), faz uma problematização do que ele chama "a exposição como convenção", que seria a noção de que a exposição se configura por si só como um processo natural, óbvio, espontaneamente operável. Não desconsiderando a necessidade de se pensar sobre o público, ao contrário, chama a atenção, no entanto, para um impasse que se instalaria nessa empreitada, na medida em que, sendo a sociedade diversificada e fragmentada, haveria uma "impossibilidade de se dispor de uma moeda comum, polivalente, universal, ao alcance de todos os grupos e segmentos" na exposição:

> A diferenciação etária, sexual, educacional, profissional, de gosto, etc., além, é claro, da econômica e, numa palavra, social, com a geração de diferentes sistemas de valores e códigos diversos de comunicação, implicam uma enorme fragmentação da linguagem que só a indústria cultural se apresenta em condições de enfrentar (por ter investido na eficácia e com métodos e objetivos, é natural, que não coincidem com aqueles próprios dos museus e das exposições) (MENESES, 1994, p. 24).

Daí, advêm, segundo o autor, duas situações: o museu que define um público-alvo, buscando a adesão desse público – ele referencia essa tendência a partir de museus norte-americanos, cujas exposições contam com grandes investimentos privados e que, portanto, acabam objetivando garantir um público a qualquer custo; ou o museu que se torna "paternalista" ou "elitista". De qualquer forma, segundo ele, há um enfraquecimento da dimensão política do museu, que ao invés de preparar seu público para operar "uma

convenção enquanto convenção", simplesmente busca sua adesão. O autor afirma não ter soluções imediatas para propor, mas sugere que talvez esse impasse possa ser diluído se a exposição partir da linguagem dos objetos, e alerta para "a importância das questões metodológicas entre as obrigações básicas que o museu precisa assumir" (MENESES, 1994, p. 24).

O processo de musealização, como uma série de atividades sobre os objetos desde sua apropriação até a exposição, acaba por criar um dispositivo que aciona patrimônio e memória em torno de um tema e sua interação com o público. Como afirma Cury (2010, p. 19), "o objeto museológico não é um objeto em um museu e sim aquele que sofre as ações que compõem a musealização por meio do processo curatorial". Ou, como afirma Horta (1994, p. 10), "os objetos inseridos no contexto museológico desempenham uma função significativa (...) sua materialidade original e concreta serve como suporte de sentido e remete-nos a outros objetos ausentes de nosso campo de visão, mas presente em nosso universo mental".

As coleções museológicas acumuladas permitem-nos acessar as escolhas feitas no passado, e exibi-las é forma privilegiada de narrar esse passado: "Pensar os museus como locais em que a cultura material é elaborada, exposta, comunicada e interpretada" (LOPES e MURRIELLO, 2005, p. 15). As autoras extraem essa "definição" de Susan Pearce (1989), que busca analisar diferentes "sistemas museais" pelos quais se conformaram os museus do século XIX, considerando aspectos de ordem política, ideológica, estrutural, científica, educacional e, como sugerem as autoras, "refletir sobre as próprias coleções e as redes sociais que se conformaram entorno delas" (LOPES e MURRIELLO, 2005, p. 15):

> Tratar os museus sob tal enfoque envolve identificar e desenvolver abordagens teóricas e históricas que possam auxiliar esses processos de análise, buscando compreender a natureza das coleções, o que elas são, por que teriam sido feitas, o que poderiam vir a ser, os papéis que couberam aos curadores e aos públicos, a natureza das interações que se processaram entre esses conjuntos de elementos (LOPES e MURRIELLO, 2005, p. 15).

As coleções, portanto, não são amontoados de objetos acumulados aleatoriamente, são criadas a partir de um plano de imanência e pelas práticas discursivas científicas e não-científicas em vigência ou presentes em um contexto específico – campos disciplinares e seus atores, instituições, período histórico, etc. Também Meneses (1994, p. 26), a esse respeito,

afirma que:

> A exposição, principalmente no século passado, sempre esteve ajustada aos estágios mais avançados das ciências da natureza. A hierarquia e as relações espaciais, nas galerias de exposição, davam conta das necessidades e dos objetivos classificatórios como forma de conhecimento (Sheets-Pyenson 1988; Pearce 1992[75]: 91-*115).* E apenas em nosso século que se dá uma ruptura profunda e cada vez mais aberta, nos museus de 'História Natural', entre coleções/pesquisa e exposições - o que tem multiplicado, segundo alguns biólogos, como Van Praet (1989)[76], os riscos de mistificação. Esse autor aponta como um dos fatores de ampliação da ruptura a moda, cada vez mais corriqueira, do diorama, o desaparecimento de objetos originais em exposição, assim como rumos, nas ciências biológicas, menos dependentes de coleções (ib.: 29).

Os objetos e coleções, portanto, estão associados aos rumos epistemológicos das ciências, tanto em sua coleta, seleção e conservação, comunicação, quanto em seu caráter de suporte para a pesquisa, especialmente o colecionismo relacionado à ordem classificatória na botânica, na zoologia e na mineralogia no século XVIII, que configurou inicialmente os museus de História Natural, e cuja herança estava ainda muito presente no século XIX. Como afirma Foucault (2000, p. 187): "Jardins botânicos e gabinetes de história natural eram, ao nível das instituições, os correlatos necessários desse recorte. (…) o livro ordenado das estruturas, o espaço onde se combinam os caracteres e onde se desdobram as classificações".

A leitura de Van Praet sobre o desaparecimento do colecionismo e sua relação a uma menor dependência das ciências biológicas em relação aos objetos, nos remete ao momento contemporâneo dessas ciências, que têm se apoiado menos em "objetos" naturais do que em outros suportes, como as simulações computacionais, a engenharia genética, a biologia molecular, etc.

Meneses (1994) chama a atenção à reificação dos objetos presente também na origem da fragmentação dos museus em especialidades, como temos hoje, onde o objeto e sua natureza determinaria a natureza do museu.

> Assim, essa taxonomia dos museus baseia-se menos em campos do conhecimento ou problemas humanos, do que em categorias de objetos, isolados ou agrupados, sempre, portanto, tendendo à reificação. Por isso, o conceito vigente é o de que museu histórico seria aquele que opera "objetos históricos" (MENESES, 1994, p. 16).

75 Referência não encontrada na obra citada.
76 Id.

Como resultado, teríamos que a ciência e a tecnologia não incorporam a história e esta aparece desprovida de qualquer conteúdo científico e tecnológico. Uma tela em um museu de arte, segundo o autor, é um documento plástico, mas sem considerar que esta construção visual integra a realidade histórica; ao passo que, no museu histórico, a mesma tela seria valorizada como documento iconográfico, mas ignorando a historicidade da matéria plástica (Id.).

Valente (2009) também sobre a classificação dos museus no Brasil destaca que os museus que poderiam ser classificados, em virtude de suas coleções, como Museus Científicos e Tecnológicos foram, entretanto, formalizados pela comissão de 1958[77] como museus históricos por apresentarem os aspectos técnicos e científicos em uma perspectiva de desenvolvimento histórico linear dos acontecimentos, quase não explorando os fenômenos científicos e as questões técnicas dos objetos.

Meneses, no trabalho citado, discute a questão da importância do objeto para a museografia, partindo da premissa de que não há um valor intrínseco ao objeto a não ser aquele que lhe foi atribuído em seu contexto de produção, e que, na exposição, se desloca ganhando outras atribuições, de forma que o objeto passa a funcionar como "suporte de significações que a própria exposição propõe" (1994, p. 24). Sua análise centra-se na relação do objeto histórico com o museu histórico, mas é fértil também para pensar a questão do objeto museológico de forma geral, especialmente porque o autor coloca em xeque "o falso binômio objeto *versus* ideias" para discutir a abordagem de exposições (MENESES, 1994, p. 22), trazendo também o que ele chama de "alguns padrões costumeiros" na abordagem dos objetos nos museus (Id., p. 26).

O primeiro desses padrões seria o "objeto fetiche", que seria a apresentação dos atributos como derivados do próprio objeto e não das relações sociais que lhe deram origem; a fetichização confere, assim, um valor imanente, natural aos objetos, dando um sentido de uma "humanidade imanente" (Id., p. 27). O segundo seria o "objeto metonímico", que toma a parte como o todo, sendo frequente, para o autor, em exposições antropológicas, mas também presente nos museus históricos. Para Meneses (Id.), o problema do objeto metonímico é que ele perde seu valor documental, se transformando em um ícone emblemático, "o 'típico' (fácil

77 Em 1958, uma comissão de conservadores e técnicos de museus, chefiada por Guy de Hollanda, e composta por Elza Ramos Peixoto, Lygia Martins Costa, Octávia Corrêa dos Santos Oliveira, Regina Monteiro Real, A. T. Rusins e F. dos Santos Trigueiros publicou o livro *Recursos Educativos dos Museus Brasileiros,* que realizou ista os nomes e informações acerca de 145 museus brasileiros (IBRAM, 2011).

de descambar para o estereótipo), e constitui simplificação que inelutavelmente mascara a complexidade, o conflito, as mudanças e funciona como mecanismo de diferenciação e exclusão" (MENESES, 1993). Juntamente com o uso do objeto fetiche, o "objeto metáfora" é também, para o autor, o tipo mais recorrente nos museus históricos. Segundo ele, esse uso talvez não seja tão nocivo quanto aos anteriores, mas reduz a exposição a uma mera ilustração daquilo que está sendo proposto, acionando fontes externas que não necessariamente partiram de problematizações daquilo que se está apresentando. Nesse sentido, os objetos funcionariam como suportes, da mesma forma que a linguagem verbal é utilizada muitas vezes, sem que se explore o objeto em seus próprios termos.

O que tenta mostrar o autor, em última instância, é que os objetos são criados e recriados, e que os museus são, em todos os sentidos, invenções: os objetos são suportes de significações que a própria exposição museológica propõe. A exposição, portanto, não se constituiria enquanto uma reunião de objetos, desenhada e colocada em exibição de forma neutra. "A exposição museológica pressupõe, forçosamente, uma concepção de sociedade, de cultura, de dinâmica cultural, de tempo, de espaço, de agentes sociais e assim por diante" (MENESES, 1994, p. 25). A partir desses questionamentos acerca das relações entre o conhecimento histórico e as exposições, Meneses (1994) denuncia a "teatralização" dos objetos da memória para reivindicar que é preciso que se recorra ao "laboratório da História", ideia já presente no título de seu trabalho. Sua preocupação se centra no conceito de identidade[78], tanto no que tange à própria identidade do museu quanto na construção da identidade nacional, ou de grupos sociais específicos, realizada pela museografia. As questões que ele coloca, a respeito da historicidade dos próprios museus enquanto instituições culturais, da invenção dos objetos na musealização desses e, portanto, na invenção do próprio museu, são urgentes para se problematizar a função social dos museus e o discurso da inclusão no qual se tem investido nos últimos anos.

Para Cunha (2006, p. 16), a exposição é sempre uma síntese e não possui capacidade para revelar toda a realidade e aquilo que expõe é quase tão importante como aquilo que oculta:

> Expor é revelar/esconder, evidenciar/dissimular, incluir/excluir, iluminar/nublar,

78 Em artigo de 1993, nos mesmos Anais do Museu Paulista, Meneses já apresenta a problemática do conceito de identidade e sua preocupação com o papel dos museus, assumindo a necessidade de uma perspectiva crítica.

> elementos que seus organizadores e patrocinadores desejam tornar conhecidos ou esquecidos. Neste quadro, a exposição caracteriza-se também como espaço de luta entre poderes, daí advindo exclusões, ocultamentos, selecções, promovendo silêncios e omissões.

A identificação de omissões, esquecimentos e exclusões, portanto, tem enorme relevância porque revelam posições políticas e disputas de poder que estão na constituição das exposições e das políticas institucionais dos museus e seus atores.

Para Valente (2009), a perspectiva dos estudos culturais da ciência, a partir dos anos 1970, que afirma o caráter histórico do conhecimento científico como parte intrínseca da sociedade e que defende que as produções científicas devam ser tratadas igualmente como todas as outras produções culturais geradas pelos indivíduos, traz para a divulgação científica e, consequentemente, para os museus, não apenas o caráter de inclusão da sociedade ao universo da ciência, na tentativa de diminuir a distância entre elas, mas também e, principalmente, para que se formem cidadãos ativos na participação do debate mundial acerca das principais questões envolvidas na aplicação do conhecimento científico e tecnológico.

Contudo, apesar dos muitos esforços que têm sido feitos para um envolvimento do público nas questões históricas, sociais e políticas do conhecimento científico, essa inclusão ainda soa, muitas vezes, como um discurso vazio e se configura como um campo ainda desafiador para os museus. Algumas propostas, no máximo, incorporam a linguagem interativa e lúdica na expografia como forma de diminuir a distância entre ciência e público. O discurso da popularização da ciência, para que o cidadão participe da tomada de decisões, nem sempre apresenta ações concretas que realmente incluam os cidadãos no âmbito político das questões de ciência, tecnologia e sociedade. Alguns autores, como Gavroglu (2012), têm apontado o quanto a questão da popularização da ciência não é mais a da transformação de assuntos difíceis em assuntos fáceis para o acesso da população, mas uma problemática que envolve a disseminação de ideologias hegemônicas. Uma popularização da ideologia, segundo o autor, como a crença de que a solução para problemas socioculturais e econômicos são exclusivamente científicas.

O que se percebe, muitas vezes, especialmente nos museus de ciências, é que essa inclusão ao universo científico não faz mais do que a tentativa de elaborar estratégias didáticas, tanto nas exposições como em atividades educativas, para promover a aprendizagem de conceitos e princípios científicos. É claro que essa finalidade da divulgação

científica exerce um papel importante para certa inclusão, na medida em que torna relativamente acessível o conhecimento científico para minorias da sociedade, e é nesse sentido que todo um campo de pesquisas tem se preocupado com a aprendizagem nos museus nas últimas décadas, como vimos anteriormente. Da mesma forma, Meneses (1994) chama a atenção para a responsabilidade do museu para com a preocupação metodológica nas exposições, considerando a noção de exposição como convenção visual.

Há outra função de inclusão social dos museus que tem ficado em aberto, sendo ainda um grande desafio para os processos de montagem das exposições, que é o questionamento da própria ciência e de sua autoridade na sociedade contemporânea, condição fundamental para que haja uma inclusão, de fato, da sociedade civil nos debates em que a ciência é o discurso que tem o poder de dizer a verdade sobre a vida política dos cidadãos em diversos campos – da economia, dos meios de produção, de seus impactos e soluções de minimização, da pedagogia e, sobretudo, da saúde. Nos museus de ciências, encontramos alguns poucos esforços, que geralmente vão na direção de mostrar a aplicabilidade da ciência e seus impactos, tanto positivos quanto negativos, e a presença da abordagem desses últimos seria tomada como abordagem crítica e denunciativa do caráter cultural e histórico das ciências. Contudo, fazemos duas observações a respeito disso: a primeira é que, muitas vezes, as abordagens se dão em termos das "influências" no pensamento científico, como algo externo a ele, como um "contexto" ou como uma imbricação na vida social, política e econômica, o que não aciona um questionamento mais profundo dos princípios da autoridade científica, contribuindo, no máximo, para apresentar a ciência como um campo vulnerável socialmente e envolto por “interesses” e “equívocos”, que vão sendo refutados e superados, a partir de um viés cumulativo do conhecimento que está sempre almejando a meta de chegar o mais próximo possível da verdade – ainda que essa tenha, agora, um caráter plural e provisório.

Quanto a isso, ao contrário de direcionar a análise para identificar poderes externos que exercem pressão sobre a ciência – interesses de mercado, políticos e econômicos, tramas internas da academia, tradição de conceitos ou linhas de pensamento, relações de gênero, etc. – e que conduziriam a produção do conhecimento a partir de fora do conhecimento, trata-se de pensar que esses efeitos de poder circulam dentro da própria ciência, entre seus enunciados, construindo uma mecânica interior de poder que possibilita certos objetos de estudo e não outros, certas exibições e maneiras de abordagem e não outras,

um “regime de verdade”, uma "economia da verdade", como chamou Foucault (2003b, p. 12-13), que tem como características que (1) a verdade é centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem; (2) é necessária tanto ao poder econômico quanto ao poder político; (3) é imensamente distribuída e consumida sob várias formas, através dos aparelhos de educação e informação – o museu e as exposições são um deles; (4) é difundida sob o controle, não dominante, mas exclusivo, de alguns grandes aparelhos econômicos e políticos; (5) é objeto de debate político e de confronto social. Nesse sentido, a questão do problema político da ciência não seria pensado em termos de ciência/ideologia, mas de verdade/poder, e de libertar a verdade das formas de hegemonia no interior das quais ela funciona.

A segunda observação diz respeito à própria exposição questionar a si mesma, mostrando-se enquanto construção histórica, ao invés de se instalar em um lugar de autoridade. A respeito disso também discorre Meneses (1994), sobre a exposição histórica enquanto perspectiva metodológica – “base também para uma sólida exploração educacional” –, como não sendo um conjunto *a priori* de noções, afirmações e informações:

> mas uma leitura em que ela mesma institui, em última instância, aquilo que pretende tornar inteligível - ensinar História só pode ser, obrigatoriamente, *ensinar a fazer História* (e aprender História, aprender a fazer História). Por isso, a diretriz (obviamente não exclusiva, mas necessariamente presente) de um museu histórico seria transformar-se num recurso para fazer História com *objetos* e ensinar como se faz História com os *objetos.*
> (…) Assim, por que não organizar duas exposições paralelas explorando o mesmo tipo de material, mas chegando a pontos divergentes? O objetivo não seria relativizar o conhecimento histórico, mas demonstrar quais seus ingredientes e processos construtivos e, portanto, medir seu alcance.

Os museus são ainda espaços institucionais bastante próximos dessa articulação entre ciência e verdade, história e verdade, mesmo sendo a ciência, assim como a história, tomadas como práticas culturais. Objetos históricos, nomes clássicos das ciências e suas descobertas, a maravilha das explicações científicas para fenômenos que compõem o cotidiano, tudo isso é apresentado em uma encenação que tem como objetivo, muitas vezes, mais seduzir o público do que comunicar, incluir, questionar, afetar. Assim, informações e conhecimentos contemporâneos sobre tecnologia, biotecnologia, meio ambiente, medicina, entre outros temas, numa perspectiva histórica ou não, são na maioria das vezes expostos pelo viés da autoridade científica, dos discursos hegemônicos, das grandes escalas, que mostram a

história como uma sucessão de fatos bem sucedidos, e da própria exposição enquanto um dispositivo validado pelas ciências, neutro, imparcial e comprometido em dizer a verdade.

No entanto, o museu tem também potencialidade para apresentar a história em sua própria historicidade, assim como episódios esquecidos por ela, heterogeneidades, diferenças, controvérsias e insucessos, microesferas que nem sempre estão presentes. Trata-se de uma escolha, e uma escolha que é política, da política institucional, da política de curadoria. A questão é que os museus têm potencialidades para ambas as escolhas: podem ser espaços da diferença, mas também da autoridade, e é preciso que se problematize esse potencial da autoridade. Tal como afirma Lopes (2001, p. 24-25) acerca do contexto dos museus brasileiros:

> Nos museus brasileiros renovaram-se os espetáculos, os shows de ciências e recursos tecnológicos das antigas exposições. Mas se mantiveram as visões tradicionais não questionadoras dos processos de negociação de saberes. Mantendo hierarquias teóricas há muito conservadas nos museus, pouco se explorou ainda as dimensões cognitivas das relações entre público e museu, do entendimento público da ciência, no que se refere à própria construção do conhecimento. Na verdade ao público, se não se nega o acesso, e na verdade se reconhece sua importância para justificar a própria manutenção da instituição, muitas vezes sequer se possibilita que elabore suas próprias perguntas, siga sua própria trajetória no interior de um museu. Muitos museus brasileiros conservam ainda, melhor do que suas coleções, mecanismos de exclusão de histórias, de pesquisa, de público e de perspectivas educacionais e comunicacionais mais amplas.

Com essas perspectivas em mente, procederemos à análise das três exposições no capítulo a seguir.

Capítulo 4: O parto e o nascimento em exposições em museus brasileiros

Este capítulo é dedicado à apresentação das exposições estudadas e de suas análises, bem como a uma breve apresentação das instituições responsáveis pelos seus processos curatoriais. A definição das exposições se baseou na presença do tema, cuja busca se deu em museus de ciências e museus históricos de medicina, sem quaisquer pré-definições de abordagem, haja vista a carência mostrada sobre a temática, procurando identificar exposições que, de alguma forma, tratavam do parto e nascimento (Cf. Introdução).

Duas das exposições analisadas, coincidentemente, se concentraram em Porto Alegre, mas isso se justifica tão somente pela presença do tema. São elas, em ordem alfabética: (1) Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino", do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul; (2) Exposição "Nascer", do Museu da Vida; e (3) Exposição "Reprodução", do Museu de Ciência e Tecnologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Os dados foram coletados entre 2012 e 2013, e as fontes se compõem: (1) da exposição, quando visitada; (2) de materiais audiovisuais institucionais, no caso de exposições que já haviam acontecido na ocasião da pesquisa; e (3) de publicações institucionais sobre as exposições nas páginas virtuais nos *websites* dos museus. Conversas informais com curadores e organizadores das exposições e com membros das equipes dos museus também fizeram parte das fontes da pesquisa, quando possível. As formas de registro utilizadas foram observações e anotações em diário de campo e fotografias.

A exposição "Nascer", Museu da Vida, Rio de Janeiro, foi inaugurada em dois de setembro de 2011, ficando em exibição até três de março de 2012. Posteriormente, foi transformada em exposição itinerante, o que justificou entrar em nosso campo de análise. A especificação técnica da exposição, disponibilizada para viabilizar sua itinerância, foi adquirida tanto pelo *website* da instituição, como por meio de contato com a equipe na época de coleta de dados, fazendo parte das fontes da pesquisa. Recentemente[79], entretanto, observamos no *website* do Museu da Vida que a exposição *Nascer* foi retirada da seção

79 Para fins de referência à data, o último acesso ao *website* do Museu da Vida durante a pesquisa se deu no dia 18/06/2015.

"Exposições Itinerantes" e inserida em "Exposições Anteriores", o que sugere que talvez já tenha parado de circular. As fontes específicas para essa pesquisa foram: a especificação técnica, conforme citado; textos sobre a exposição na página virtual do museu; fotografias institucionais; vídeo institucional da exposição.

Reprodução é uma das exposições que se encontram no Museu de Ciência e Tecnologia da PUCRS, concebida e montada nos anos iniciais do museu. Foi, portanto, a única das exposições que tivemos chance de visitar para a coleta de dados.

A exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino", Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM), foi inaugurada para o público no dia 08 de março de 2008, como parte da comemoração oferecida pelo museu ao Dia Internacional da Mulher. Após a exibição na sede do MUHM, tornou-se uma exposição itinerante e já foi exibida em vários pontos da cidade de Porto Alegre, bem como em algumas cidades do estado. As fontes específicas para essa pesquisa se constituíram de materiais institucionais disponibilizados no *website* do museu, a saber: fotografias institucionais; materiais audiovisuais que compõem a exposição; textos na página virtual da exposição.

As exposições foram analisadas quanto ao projeto expográfico e quanto aos discursos sobre parto e nascimento. Partimos da perspectiva de que a exposição, ao comunicar um determinado tema, produz discursos sobre ele, além de se constituir como meio privilegiado pelo qual se dá a comunicação do museu com o público (Cf. Capítulo 3). Discurso, assim entendido, a partir da perspectiva de Foucault (2001, 2002, 2003a, 2003b – Cf. Capítulo 2), como prática coletiva e não endereçada a um indivíduo ou instituição, ainda que passe por eles – museus e curadores. Mas, sim, como campo que coloca em visibilidade certos enunciados sobre o tema, e não outros; discurso como um escolha política, ainda que não necessariamente pensada como tal e que, por isso mesmo, tem a potencialidade de revelar o cenário complexo no qual está inserido esse tema; discurso, ainda, entendido não apenas como texto escrito, mas como um conjunto de enunciados que pode se expressar também por imagens, objetos, trajetos, cores e outros elementos que compõem a exposição e que fazem dizer algo sobre o tema.

Nesse sentido, buscamos mapear que discursos sobre o parto e o nascimento se produzem nessas exposições. Portanto, não procuramos identificar erros ou acertos sobre o tema, nem se uma exposição é mais conceitual ou centra-se nos objetos históricos, mas

analisar o discurso sobre o tema do parto e nascimento e as noções entrelaçadas a ele que apareceram nas exposições.

É evidente que, não tendo conhecimento do processo curatorial da exposição, não é possível compreender as razões das escolhas realizadas. A crítica que aqui se faz, portanto, não tem o intuito de dizer o que deveria ser ou não a exposição, já que as escolhas realizadas pela equipe que a concebeu e executou devem ser respeitadas. Mas se trata também de assumir que toda escolha é uma escolha política. Sendo a exposição uma plataforma de diálogo com a sociedade, visando tornar a informação acessível a todos, o museu, ao retirar o objeto de um contexto qualquer e musealizá-lo, atribui a ele enunciados e formações discursivas que narram um tema a partir de sua relação com a memória e a história.

As análises estão organizadas por tópicos variáveis, criados a partir de cada exposição, de acordo com temáticas ou discursos que foram identificados. A seguir, nas Tabelas 1, 2 e 3, apresentamos os tópicos que identificamos na análise de cada exposição e, na sequência, procedemos à apresentação das mesmas por ordem de proximidade com o tema do parto e nascimento.

Análise	Fontes	Tópicos
DISCURSO DA EXPOSIÇÃO	Vídeo institucional da exposição Texto institucional - página virtual da exposição Texto institucional - especificação técnica	1. Mulher, família, maternidade, paternidade 2. Gestação e pré-natal 3. Escultura Feto 4. Lendas e crenças 5. Barrigas e úteros 6. Atenção ao parto e nascimento 7. Diversidade cultural

Tabela 1: Procedimento de análise – Exposição *Nascer* - Museu da Vida/Fiocruz

Análise	Fontes	Tópicos
DISCURSO DA EXPOSIÇÃO	Exposição	1. Mulher, família, maternidade, paternidade 2. Modelos sem rosto – úteros, ovários, trompas

Tabela 2: Procedimento de análise – exposição *Reprodução* - Museu de Ciência e Tecnologia/PUCRS

Análise	Fontes	Tópicos
DISCURSO DA EXPOSIÇÃO	Textos institucionais Materiais audiovisuais institucionais	1. Horizontalidade entre saberes 2. Perspectiva de gênero
DISCURSO DOS ATORES ENVOLVIDOS	Materiais audiovisuais institucionais - entrevistas	Médicas
	Materiais audiovisuais institucionais - documentário “Fé”	Parteiras
	Materiais audiovisuais institucionais - documentário “Vida”	Benzedeiras

Tabela 3: Procedimento de análise – exposição *Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino* - Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul/ SIMERS

4.1. EXPOSIÇÃO *NASCER*

4.1.1. MUSEU DA VIDA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

O Museu da Vida (MV), fundado em 1999, está localizado dentro do *campus* da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), instituição ao qual é vinculado, localizado na Avenida Brasil, região de Manguinhos, Rio de Janeiro. A visitação é guiada ou acompanhada por um educador. A entrada é gratuita.

Há diferentes espaços expositivos no MV, sendo: (1) Parque da Ciência, composto por ambiente ao ar livre com exposições permanentes e uma sala onde são realizadas atividades com grupos escolares; (2) Castelo Mourisco ou "Castelo de Oswaldo Cruz", que é o palácio construído por Oswaldo Cruz no início do século XX, onde ocorrem exposições temporárias – o que foi o caso de *Nascer*; e (3) um terceiro espaço para exposições temáticas temporárias, localizado próximo à recepção.

O MV é uma grande referência nacional na divulgação científica e na educação em museus. Por ser vinculado à Fundação Oswaldo Cruz, tem forte relação com essa instituição, como afirma o texto de apresentação no *website* da instituição: "o Museu assume características únicas, refletindo a cultura, a missão e o compromisso social da instituição. Seus temas centrais são a vida enquanto objeto do conhecimento, saúde como qualidade de vida e a intervenção do homem sobre a vida"[80].

As ações educativas relacionadas às exposições são realizadas no Parque da Ciência, que recebe grupos escolares agendados previamente. As demais atividades desenvolvidas pelo setor educativo compreendem atividades para professores (cursos e palestras) e oficinas para estudantes de ensino médio – Programa Jovens Aprendizes; e um curso em modalidade de Especialização em Divulgação da Ciência, da Tecnologia e da Saúde, com carga horária de 360 horas, gratuito, cuja seleção acontece anualmente.

O Museu da Vida também realiza atividades de pesquisa e produção editorial. No *site* estão disponíveis várias publicações, como os *Cadernos do Museu da Vida*, a *Revista*

80 Trecho extraído da página virtual do Museu da Vida http://www.museudavida.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=mvida&sid=20 Acesso em 13/09/2013.

Ciência & Sociedade e várias outras publicações destinadas tanto a professores, pesquisadores e estudantes, como para o público em geral, incluindo publicações destinadas a jovens, como o livro *Afinal, o que houve com meu corpo?,* sobre puberdade e sexualidade na adolescência, e *Oswaldo e seu castelo*, que conta a história do palácio construído para ser a Secretaria de Saúde da capital do Brasil, no Rio de Janeiro, no início do século XX.

As publicações do Museu são frutos de parcerias entre o museu e a Casa Oswaldo Cruz (COC) e diversas outras instituições, entre elas a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), segundo o *website* da instituição. Outra publicação importante, que não é propriamente do Museu da Vida, mas da Casa Oswaldo Cruz, é a *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, disponibilizada pelo Portal Scielo. Entre as publicações, é possível encontrar artigos e relatos de experiências que envolvem as atividades do Museu da Vida, bem como artigos relevantes da área de divulgação científica, educação em museus, história da ciência e da saúde.

4.1.2. Exposição Nascer – Aspectos descritivos

Figura 2: Painel de abertura da exposição.

A exposição Nascer foi concebida e realizada pelo Museu da Vida, Fiocruz, RJ. O objetivo geral da exposição, conforme texto institucional, foi o de "demonstrar o nascimento como um fenômeno biologicamente comum a todo ser humano, porém diversificado como um ato cultural, vir ao mundo é cercado de técnicas médicas ou não, preceitos e rituais que torna essa experiência única em cada sociedade"[81]. A exposição está dividida em três módulos e, cada um deles, em tópicos, a saber:

> MÓDULO 1: CONCEPÇÃO – Concepção; Ser mãe, ser pai; O encontro; Grandes mudanças; Grávidas do Brasil; Lendas e crenças
> MÓDULO 2: NASCIMENTO – Nascimento indígena; Nascer em casa; Nascer no hospital; Nascer na Fiocruz
> MÓDULO 3: CRIANÇA & SOCIEDADE – Boas-vindas; Nasce o cidadão; Como nossos pais; Direitos universais das crianças

O módulo 1 se inicia dentro de um hall que representaria o útero, aborda as diversas etapas da concepção à gestação, "como o encontro do casal, o instinto maternal e paternal, a fecundação e as fases da gravidez"[82]. O segundo módulo se destina a mostrar os diversos espaços preparados para receber a criança, assim como o nascimento em diversas culturas, os profissionais envolvidos e as várias formas de parto[83]. O último módulo aborda as práticas para recebimento da criança e sua inserção na sociedade, cuja proposta é tratar o tema "por um viés científico e cultural, que envolve o acompanhamento médico do bebê, a identificação na maternidade, o teste do pezinho, a vacinação, o registro civil, as crenças religiosas da família e a apresentação da criança à comunidade"[84].

A exposição foi montada na sala 307 do Castelo de Oswaldo Cruz, divida por biombos formando cantos temáticos relacionados aos módulos (Figura 3) e por painéis suspensos com textos e/ou fotografias (Figura 4). São 17 painéis, ao todo, e cerca de 60 objetos de acervos de diversas instituições: Reserva Técnica do Museu da Vida; Instituto

81 Dossiê Exposição Nascer: Especificação técnica para empréstimo da exposição. Disponível em http://www.museudavida.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=mvida&infoid=1855&sid=1, acessado em 11 de junho de 2013.

82 Texto de apresentação da exposição no *website* do Museu da Vida, disponível em http://www.museudavida.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1855&sid=22# Acesso em 21/11/2014.

83 Ibid.

84 Ibid.

Nacional de Tecnologia; Clube Militar do Rio de Janeiro; Museu de Folclore Edison Carneiro; Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Museu Judaico do Rio de Janeiro; Museu do Índio do Rio de Janeiro; Museu Casa do Pontal; e de acervos particulares de João Mauricio Pinho, Paula Rigo e Sheila Mendonça[85].

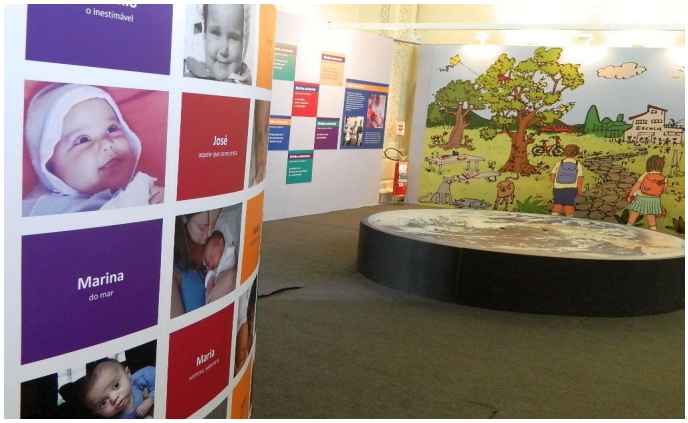


Figura 3: Módulo "Criança & Sociedade" - canto temático.

Figura 4: Módulo "Nascimento" - paineis suspensos.

Entre os objetos estão: esculturas, telas, moldes anatômicos e outros elementos como documentos (certidão de nascimento, carteira de vacinação), sapatinhos de bebê e outros adereços que envolvem o tema do nascimento, do casal, da concepção e do pós-parto (Figuras 5, 6 e 7). Geralmente dispostos em vitrinas ao lado dos painéis, pendurados nas

85 Ficha Técnica da Exposição.

paredes ou dispostos pelo ambiente, os objetos da exposição *Nascer* contextualizam o tópico específico de cada módulo, fazendo um diálogo interessante entre conteúdo do texto e objeto, mostrando, aparentemente, uma boa exploração deles na exposição – ainda que haja algumas contradições entre eles em alguns momentos, que serão abordadas mais adiante.

Figura 5: Módulo “Concepção” - esculturas.

Figura 6: Módulo “Concepção” - objetos sintéticos.

Há pouca quantidade de texto na maioria nos painéis e o tamanho da fonte utilizada facilita a leitura, o que se apresenta como fator positivo para que o leitor não se canse, pois há uma grande quantidade deles em toda a exposição (Figura 8). O mesmo ocorre com as etiquetas e legendas, que estão presentes em todos os objetos expostos e em todas as imagens.

Figura 7: Módulo “Nascimento” - objetos e painel.

Figura 8: Módulo “Nascimento” - destaque para paineis.

A exposição foi realizada por meio de uma parceria entre o Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz (COC), o Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz e o Instituto Nacional

de Tecnologia (INT), do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. A exposição *Nascer* contou ainda com a colaboração do Centro de Educação à Distância do Estado do Rio de Janeiro (Consórcio CEDERJ)[86].

4.1.3. EXPOSIÇÃO NASCER – ANÁLISE E DISCUSSÃO

Nascer apresenta como tema central o ***nascimento*** a partir de uma perspectiva cultural e, por esse motivo, a classificamos em uma abordagem ***antropológica***. É, dentre as três exposições analisadas nesta pesquisa, a que mais se aproxima do tema específico da atenção ao parto e nascimento.

Sob a ótica do viés cultural, a abordagem contempla desde a concepção e a gravidez, passando pelas vias de parto, locais de nascimento, formas de atenção ao parto e nascimento e os atores envolvidos, finalizando com os direitos universais das crianças como cidadãos. A extensão dos processos envolvidos desde a concepção até o vir ao mundo é relevante e parece tentar abordar esse longo processo e o quanto ele afetaria a vida de muitos atores que não apenas a mãe e a criança. A exposição, ainda que dentro de um museu de ciências vinculado a uma fundação da área da saúde, aborda o nascimento não apenas na perspectiva biológica, mas também pelo ponto de vista simbólico que envolve o evento do nascimento de uma criança, na tentativa de vincular também a perspectiva do prazer, da alegria e da experiência individual na vida da mulher e de outros membros da família.

A intenção de mostrar a diversidade cultural em torno do nascimento se realiza por meio de objetos que mostram o nascimento em diferentes culturas e fazem um diálogo interessante com os textos e fotografias em painéis. As esculturas escolhidas para a exposição mostram a riqueza de expressões culturais de tradições populares, indígenas e judaica, e envolvem ainda linguagens e materiais contemporâneos – como a escultura em metal "A melodia da vida"e "Mulher grávida" em acrílico.

A diversidade na forma de nascer também é outro ponto importante da exposição, que aborda tanto o nascimento no hospital, quanto em casa, nos paineis: "Nas mãos da parteira" e "Nascer no hospital" (Figura 8). Fotografias de parteiras tradicionais, assim como esculturas em barro, comunicam a importância dessas mulheres na cena do parto e o cuidado

86 Id.

entre mulheres tanto no pós-parto quanto na amamentação e no resguardo (Figura 9).

Figura 9: Módulo “Nascimeno” - à esquerda, parto em casa; à direita: esculturas de parteiras.

Contudo, identificamos algumas questões que merecem problematização e que dizem respeito: (1) à qualidade do conteúdo presente nos textos dos painéis; (2) ao discurso sobre o parto e o nascimento que se revelam na exposição; (3) ao quanto se realiza, concretamente, a proposta de mostrar a diversidade entorno do tema; e, por último, (4) à ausência de fontes de pesquisa nos dados apresentados.

Sobre a qualidade das informações, a problematização que fazemos refere-se, especialmente, à apresentação de um conteúdo relativamente superficial, que não acrescenta muito ao que já é conhecido pelo senso comum sobre o parto e o nascimento. Isso será tratado mais adiante e de forma mais detalhada a partir de exemplificações, dentro dos tópicos de análise criados para essa exposição.

Em termos do discurso que se revela sobre o parto e o nascimento, o modelo obstétrico hegemônico e o imaginário do parto e nascimento como eventos patológicos, que necessitam de cuidados médicos, domina a exposição, o que acaba por não trazer as controvérsias atuais existentes nesse campo e mostra uma realidade desatualizada. Não há menção aos questionamentos do modelo obstétrico brasileiro e nem à existência de um Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, tão expressivos atualmente.

Os discursos hegemônicos dão a tônica da exposição a respeito de vários

territórios socioculturais: da religião, da prática de atenção ao parto, da configuração familiar, exibindo diferenças culturais, muitas vezes, como acidentes, exceções ou curiosidades. Grupos étnicos e setores específicos da sociedade, bem como suas representações sobre o tema, são excluídos ou tratados de forma superficial e vaga, o que acaba por omitir a diversidade cultural existente como parte da realidade do cenário atual do parto e do nascimento no Brasil. Por esse motivo questionamos se realmente a proposta de abordar o tema a partir da diversidade cultural se concretiza.

A última questão a ser pontuada de forma geral talvez seja a mais problemática: a ausência de fontes da pesquisa que, se supõe, tenha sido feita para montagem da exposição. Não As citações entre aspas, assim como créditos de autoria das imagens e esculturas são referenciadas. Mas afirmações que contêm dados estatísticos, números percentuais, dados históricos ou que apresentam perspectivas sociológicas, antropológicas e culturais não trazem quaisquer menção à fonte da informação. Abaixo, extraímos alguns trechos para exemplificar:

> A cada ano nascem cerca de 2.800.000 brasileiros. (Painel Nascer no Brasil)
>
> Nas comunidades indígenas é cada vez mais usual que os nascimentos aconteçam em hospitais próximos às aldeias. Mas alguns povos indígenas ainda mantém suas tradições culturais. (Painel Nascimento indígena)
>
> Na época do Brasil imperial, no século 19, as mulheres que realizavam partos precisavam de uma autorização especial para fazer seu trabalho. (Painel Nas mãos da parteira)
>
> O primeiro documento legal sobre o ensino de parteiras é de 1832, quando as recém-criadas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia ofereceram o Curso de Partos (Painel Nas mãos da parteira)
>
> Com uma grande população morando muito distante de cidades e hospitais, os estados do Amazonas, do Acre e de Roraima são os responsáveis pela maioria dos partos feitos em casa no Brasil (Painel Nascer em casa)
>
> A partir da década de 1940, aumentou muito o número de pessoas que passaram a optar por ter seus filhos nos hospitais, em vez de fazer o parto em casa. (…) No entanto, uma questão preocupante é que o Brasil é um dos países com maior taxa de cesáreas no mundo, 43% dos partos (Painel Nas mãos do médico)
>
> A cada 100 bebês brasileiros, 97 nascem em hospitais (Painel Nascer no hospital)
>
> O primeiro banho do bebê deveria ser com água cristalina, joias, mel, vinho e flores, o que lhe traria uma vida próspera e sadia (Texto da legenda da escultura O banho da prosperidade)

Não se trata de almejar um padrão acadêmico para referenciar os dados exibidos, com citações de autores e linhas de pensamento, mas de deixar explícitas as fontes de dados que compõem o panorama do parto e nascimento no Brasil. São informações importantes,

com dados percentuais sobre assuntos de relevância, como a estatística de 97 nascidos em hospitais para cada 100 bebês que nascem, e não sabemos de onde vem a informação – Censo/ IBGE? - nem a qual período/ano ela se refere; ou a taxa de cesárea no Brasil ser de 43%, quando também não sabemos a que ano se refere esse dado e qual a instituição utilizada como fonte da pesquisa. Ou seja, de onde vêm esses dados? Podemos confiar na informação apresentada? Dada a importância do Museu da Vida na comunicação em ciências, no contexto dos museus de ciências no Brasil, não há como pensar que não houve uma pesquisa para a elaboração da exposição. Mas por que, então, essas fontes não são compartilhadas?

Há, nesse sentido, uma despreocupação quanto ao rigor científico que, acreditamos, seja necessário tendo em vista que a exposição, enquanto comunicadora de um tema na perspectiva da divulgação científica e cultural, acaba por se tornar ela própria uma fonte de informações. O conjunto de informações sobre cada um dos seus itens expositivos constitui meio de preservação e representação destes pela palavra e pela imagem. Ao mesmo tempo, é um sistema de construção de informações capaz de transformar as coleções dos museus de fontes de informação em fontes de pesquisa científica ou em instrumento de transmissão de conhecimento.

Talvez a própria reconhecida seriedade da instituição resulte, assim, em uma espécie de autoridade científica. Não é preciso dizer de onde vêm os dados, posto que são apresentados por uma instituição validada para dizer a verdade científica. A instituição científica, no caso aqui o museu de ciências, ocupa uma posição cuja especificidade está diretamente ligada ao dispositivo de verdade que têm as comunidades científicas. A ausência de fontes em *Nascer* nos traz como questão não a falta do rigor científico em si, mas o pensar por que é normal que ele esteja ausente. Por que é garantido que possam ser ditas coisas sobre o parto e o nascimento, com dados e afirmações importantes, sem que seja preciso mostrar de onde vem o que se diz?

Essas e outras problematizações foram realizadas sobre alguns momentos da exposição e serão tratadas a seguir em algumas tópicos de análise destacados do discurso de "Nascer" sobre o parto e nascimento. São eles: *(1) Mulher, família, maternidade, paternidade; (2) Gestação e pré-natal; (3) Escultura: feto; (4) Lendas e crenças; (5) Barrigas e úteros; (6) Atenção ao parto e nascimento; e (7) Diversidade cultural.*

MULHER, FAMÍLIA, MATERNIDADE, PATERNIDADE

O módulo 1, *Concepção*, é composto por painéis e objetos em vitrina, em sua maioria esculturas em barro e outros materiais, que abordam desde a concepção até as etapas da gravidez. Na seção "O encontro" há um diálogo entre o painel que mostra o encontro do óvulo com o espermatozoide (imagens), o encontro entre casais (esculturas em barro) e uma tela que mostraria Adão e Eva (Figura 10).

A lenda do boto cor-de-rosa, de origem amazônica, faz diálogo com uma escultura em barro da relação entre uma mulher e um boto – representado como homem na porção superior do corpo. A comunicação do tema da concepção também a partir dessa lenda, presente na tradição popular amazônica, é um ponto que merece ser destacado positivamente por incluir um aspecto da diversidade cultural em torno do nascimento que não tem como referência o saber científico, evidenciando a pluralidade de discursos e significados em torno desse evento social que é a concepção e o nascimento.

Em relação à família, contudo, a questão é um pouco diferente. O conceito de família patriarcal, da religiosidade cristã e do encontro entre homem e mulher dá o tom da apresentação, que se encontra em algum momento com o termo bíblico "Multiplicai-vos". Transcrevemos abaixo, na íntegra, o painel "Ser Mãe, Ser Pai":

> O instinto maternal é automaticamente ligado às mães, que protegem, criam e cuidam da criança.
>
> Mas como chamaríamos o sentimento e a dedicação que os pais, as avós, os avôs, os tios e as tias têm por uma criança?
>
> "A maternidade tem um efeito muito humanizador. Tudo se torna reduzido ao essencial." [Frase da atriz norte-americana Meryl Streep]
>
> "Mãe – mulher ou homem que cumpre na convivência com uma criança a relação íntima de cuidado que satisfaz suas necessidades de aceitação, confiança e contato corporal, no desenvolvimento de sua consciência de si e de sua consciência social." [Trecho extraído de Maturana & Zöller, 2004[87]]
>
> Na sociedade indígena, a criança é 'propriedade' de todos, de modo que muita gente ajuda a tomar conta dela"[88] [Trecho extraído de Daniel Munduruku, escritor e antropólogo indígena da etnia Munduruku]

87 Maturana, Humberto R.; VERDEN-ZÖLLER, Gerda. **Amar e brincar:** fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia. São Paulo: Palas Athenas, 2004. 272p.

88 Extraído do livro **O banquete dos deuses:** conversas sobre a origem e a cultura brasileira, de Daniel Munduruku (2000), índio brasileiro, antropólogo, pertencente à nação Mundurucu.

Figura 10: Módulo “Concepção” - “O encontro”

Há contrapontos interessantes no discurso quanto à tentativa de retirar da figura materna a exclusividade da dedicação à criança, quando ele traz a questão de outros membros familiares na vida da criança e o exemplo da comunidade indígena, onde supostamente ela não pertenceria a um núcleo familiar, mas à comunidade como um todo. Mas à mãe ainda caberia a proteção, a criação e o cuidado, sendo que o discurso em relação aos outros membros da família é o do sentimento e dedicação. A maternidade continua, de certa forma, a ser exclusiva no cuidado, enquanto que ao homem caberia o sentimento, reforçando o modelo paternal onde o pai é coadjuvante na criação dos filhos.

É possível perceber uma romantização do papel feminino sobre a maternidade, reforçando um conceito que é historicamente construído, o do “instinto maternal”, como condição natural da mulher, onde ser mãe “tem um efeito muito humanizador”. Vários pesquisadores tem alertado sobre o caráter opressor desse discurso sobre as mulheres que não desejam ser mães, por exemplo (MATTAR e DINIZ, 2012). Enunciados como este, naturalizados em nossa cultura, apresentam a maternidade como um modo de produção do que é ser mãe a partir do que se pensa ser mais adequado, inclusive moralmente, configurando uma norma reguladora da prática materna que desprestigia outros modos de existência do ser mãe (MOREIRA e NARDI, 2009); é o que Mattar e Diniz (2012) denominaram “hierarquias reprodutivas”, onde não basta ser mãe, pois a partir do momento em que uma mulher não se

encaixa nessa norma, há uma desqualificação de sua maternidade, configurando um cenário onde algumas mulheres são "mais mães" do que outras.

Considerando, ainda, que o momento político atual encontra-se efervescente quanto à reivindicação de direitos de reconhecimento de outros modelos de família que não se encaixam nesse modelo patriarcal, é preciso problematizar essa abordagem para pensar não apenas a família, mas os modos de paternidade e maternidade[89].

Mesmo não sendo o único modelo existente, a família nuclear baseada na concepção do casal com filho é ainda a mais idealizada e há uma forte tendência de se classificar como "família desestruturada" os arranjos que se encontram fora dessa organização. Tem havido, contudo, uma tentativa de desconstrução da noção de família desestruturada[90] por vários autores, na tentativa de interpretar se houve realmente mudanças nos últimos anos, como se tem apontado, e, em caso afirmativo, de quais seriam elas e o porquê, sob a perspectiva da diversidade estrutural familiar (GOLDANI, 1993).

Além disso, com os movimentos pelo reconhecimento da família homoafetiva, que reivindicam o casamento civil de casais homossexuais e a possibilidade de adoção de crianças por parte desses, outras possibilidades do que pode ser a família, a maternidade e a paternidade são acionadas, de forma que não há como ignorar esse debate no momento atual.

Isso não quer dizer que a exposição tenha que, obrigatoriamente, abordar essas outras configurações familiares e os debates que sobre elas se travam, mas trata-se de não enveredar a abordagem do tema do parto e nascimento por conceitos que estão ligados a uma matriz de família que não representa mais o tipo predominante de arranjo doméstico contemporâneo existente no Brasil.

O texto de Maturana e Zöller (2004), citado no painel, é instigante na medida em que coloca todo o arcabouço de significados que tem a maternidade para "mulher ou homem" que cumpriria tal papel. Mas apresentá-lo na abordagem sobre o tema da maternidade é também um tanto controverso, pois confunde papeis em busca de um parâmetro igualitário

89 Há estudos que mostram que a predominância de famílias formadas por casais com filhos vem decaindo: em 1993, equivalia a 63%, mas, em 2007, 52% das estruturas familiares correspondiam a esse modelo; tem ocorrido um aumento de outros arranjos familiares, como mulheres e homens morando sozinhos, e famílias monoparentais masculinas ou femininas, sendo esses últimos tipos os mais em ascensão no país (PINHEIRO et al., 2009). Há também um crescimento que tem sido identificado, no Brasil, de casais sem filhos, fenômeno ainda pouco sistematizado em estudos sobre esse tipo de arranjo familiar (ALVES et al., 2010), mas que questionam a "obrigação" social da configuração familiar de casais com filhos.

90 Para um melhor aprofundamento sobre as questões do conceito de família e interpretações possíveis sobre as configurações da família no cenário brasileiro, ver GOLDANI, Ana Maria. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. **Cadernos Pagu,** Campinas, v. 1, n. 6, p. 68-110, 1993.

entre as figuras paterna e materna sem que essa discussão esteja amadurecida na sociedade. Atualmente, vem acontecendo, no Brasil, um movimento por uma paternidade ativa, que não tem como base a igualdade entre homem e mulher e, sim, a construção de uma outra paternidade. Não se trataria de uma substituição de atores a ocupar o papel da mãe, que também está imerso em sua historicidade, mas de um movimento de questionamento do modelo tradicional de paternidade e a tentativa de construção cultural de uma paternidade tão ativa quanto a mulher em sua maternidade. Esta é, inclusive, uma das pautas de alguns grupos de ativismo pela humanização do parto e nascimento, a partir da constatação de que a mudança no parto e nascimento por modelos mais humanizados e que permitem o protagonismo da mulher, tem ocorrido em paralelo a uma mudança de protagonismo também na paternidade, de um modelo passivo para um modelo mais ativo, diferente dos moldes tradicionais destinados ao homem até então.

Outros movimentos de mulheres, no Brasil, também tem discutido esse tema nas pautas sobre as políticas públicas para promoção da equidade de gênero. As desigualdades na licença-parental entre homens e mulheres tem origem na divisão sexual do trabalho e, nesse sentido, uma mudança simbólica e cultural da paternidade não se torna possível se o Estado não conferir o reconhecimento da paternidade em termos de legislações e direitos trabalhistas, por exemplo[91]. É claro que apenas a criação de legislação não garante mudanças na ordem simbólica entre maternidade e paternidade, mas é fundamental o papel do Estado no sentido de prover as condições necessárias para que as mudanças socioculturais que já estejam em curso sejam viabilizadas.

Acreditamos, portanto, que é a partir de perspectivas como essa que deva se dar a discussão sobre maternidade e paternidade, bem como sobre as mudanças socioculturais que vêm ocorrendo. E não propriamente por meio de um discurso *psicoafetivo* que coloca em paridade conceitos distintos historicamente, mas que não contribui para a discussão sobre uma paridade institucional e cultural que leve em conta as desigualdades de gênero.

91 Como mostra o trabalho de Pinheiro et al. (2009), sobre a discussão da ampliação e modificação da licença-parental no Brasil, os direitos conferidos à mulher, desde a gestação até o pós-parto, não são comparáveis aos direitos dos homens referentes à paternidade, que se resumem a cinco dias de licença-paternidade após o nascimento do filho e ao salário-família. A legislação nacional ainda se mantém sob viés sexista e de desigualdade de gênero no que diz respeito ao que podem ser as competências e responsabilidades de homens e mulheres no exercício da paternidade e da maternidade

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

O discurso biomédico hegemônico domina a exposição sobre os eventos da gravidez, parto e nascimento. O painel que trata da gravidez apresenta as mudanças que ocorrem para a mulher apenas sob o viés fisiológico, não incluindo aspectos emocionais, psicológicos, sociais e culturais.

O painel sobre o acompanhamento pré-natal é outro exemplo. O texto apresenta os procedimentos médicos que são realizados durante esse acompanhamento, sem mencionar outras abordagens necessárias e que fazem parte de alguns programas de pré-natal, como a preparação para o parto, pós-parto, amamentação, banho e primeiros cuidados do bebê, entre outros; no entanto, esse tipo de acompanhamento, de caráter multidisciplinar, não se constitui como protocolo comum dos acompanhamentos pré-natais e, portanto, isso talvez justifique não aparecerem na exposição, por não se tratar do *mainstream* médico no atendimento ao pré-natal.

Outra questão que chama a atenção é a descrição dos procedimentos básicos e obrigatórios que fazem parte do protocolo de atenção pré-natal, evidenciando que "a ultrassonografia não é um exame obrigatório, mas pode ser útil em uma gravidez com complicações ou quando é preciso confirmar o tempo de gestação". Aqui, destacamos duas observações: a primeira refere-se à não obrigatoriedade do exame de ultrassonografia, que é comunicada no texto, ao mesmo tempo em que a escolha das duas imagens que compõem este painel são justamente – as duas – de exames de ultrassom. Se este exame não é obrigatório e, portanto, não é acessível e nem vivenciado por todas as mulheres, por que, então, apresentá-lo como proposta de imagem? Por que não apresentar como proposta visual o que faz parte do protocolo comum a todas as gestantes brasileiras? Nesse sentido, a exposição exclui uma parcela de mulheres que não se identificam com o que está sendo exposto. A imagem não funciona como uma ilustração de forma ingênua: ela constrói, juntamente com o texto, o discurso sobre a gravidez e sobre os cuidados necessários para que seja saudável; ela passa sentidos sobre o que está sendo mostrado e contribui para a construção do imaginário sobre o tema.

A segunda observação complementa a primeira e diz respeito à afirmação de que o ultrassom pode ser útil na confirmação do tempo de gestação. Esta informação, porém, não corresponde à realidade, já que a confiabilidade desse exame, conforme a literatura médica,

diminui conforme o avanço da gestação; fato, inclusive, que está entre um dos argumentos sobre sua imprecisão para o agendamento de cesareanas eletivas. O discurso presente revela uma perspectiva calcada na crença da tecnologia como recurso hierárquico na medida em que ele ganha tal destaque, construindo assim uma hierarquia de valores que coloca a tecnologia acima do exame clínico. A afirmação de que "não é obrigatório, mas pode ser útil em uma gravidez com complicações" promove angústia ao invés de apenas informar, posto que inculca sua não realização como uma falha no acompanhamento da gravidez. Pensando na interação com o público, o que significaria para uma gestante essa informação colocada como omissão? Gonçalves et al. (2009) afirmam que, apesar de o exame de ultrassonografia ser utilizado com frequência durante o acompanhamento da gestação, seu uso como rotina permanece controverso: "Não existe ainda demonstração científica de que esse procedimento, rotineiramente realizado, [seja] efetivo no sentido de reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal ou materna. Dessa maneira, pode-se dizer que a sua não realização não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal" (GONÇALVES et al., 2009, p. 290-291). A OMS (WHO, 1985) preconiza que as gestantes de baixo risco – cerca de 75% delas, de acordo com estudos científicos –, sejam acompanhadas por exames básicos de rotina, que demonstram ser uma das estratégias mais eficazes para a redução da mortalidade materna e neonatal[92]. O exame de ultrassom, de fato, não fazia parte – e, em muitos municípios ainda não faz – do protocolo de rotina na atenção pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde. Houve uma mudança a partir do Programa Rede Cegonha, instituído no SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que busca a ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes nos municípios que aderirem ao programa. Essa iniciativa do governo federal, assim como a existência da Rede Cegonha, cuja data de instituição é anterior à da realização da exposição, poderiam ter sido citados na mesma. É possível que a pesquisa para a montagem da exposição já tivesse sido realizada, visto que são poucos os meses de diferença entre o documento e sua realização, mas entendemos que se trata da atualização de informações importantes e que não poderiam escapar a uma instituição vinculada à área da saúde, como a Fiocruz.

92 Gonçalves et al. (2009) encontraram, no entanto, um grande percentual de utilização de exames tecnológicos, especialmente o ultrassom, e ausência, em muitos casos, de exames clínicos de rotina.

ESCULTURA: FETO

Ainda dentro do Módulo 1, sobre a gestação, uma escultura de um feto, em grandes proporções, ganha destaque entre os painéis e vitrinas (Figuras 11, 12 e 13). O feto está de cabeça para baixo sugerindo a posição de "encaixe", que ocorre, geralmente, nos últimos meses da gestação e significa a preparação para o parto e nascimento, como bem conhecido a partir de várias literaturas da área de obstetrícia e reprodução humana e que faz parte do saber popular sobre o tema.

Figura 11: Módulo "Concepção" - escultura Feto_1[93].

Figura 12: Módulo "Concepção" - escultura Feto_2.

93 Fonte: http://www.fwengenharia.com.br/noticias/53, acesso em 20/06/2015.

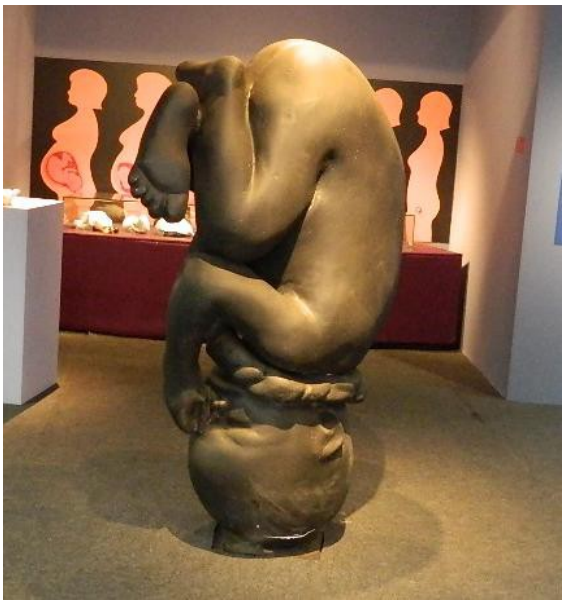


Figura 13: Módulo “Concepção” - escultura Feto_3.

Essa escultura, de um feto em posição de nascimento, nos chamou a atenção especialmente por uma questão: o feto tem uma “circular de cordão”[94] em seu pescoço. A presença da circular de cordão no feto faz parte do imaginário popular como algo aterrorizante, por ser frequente se pensar que isso possa asfixiar o feto, o que, segundo a literatura, tem sido reforçado pela cultura médica, caracterizando-se como uma das justificativas que têm sido usadas para indicação de cirurgia cesareana quando identificada nos exames de ultrassonografia. No entanto, vários especialistas têm denunciado tal justificativa como um mito dentro da prática obstétrica hegemônica, promotora da noção de que essa situação se configuraria como complicação para o parto vaginal. Alguns estudos, como o de Clapp et al. (2003), argumentam por meio dos dados obtidos que a presença de uma ou mais circulares de cordão está presente em quase 40% das gestações pré-termo, colocando-a, portanto, como um evento fisiológico aleatório, que faz parte da vida normal intrauterina e fruto da movimentação do feto, cuja frequência aumenta conforme o avanço da gestação, e que não está associado a evidências clínicas de comprometimento fetal antes do trabalho de parto. Assim como, raramente, está associada à morbidade e mortalidade perinatal (CLAPP et al., 2003). A médica obstetra Melânia Amorim (2012)[95], proeminente entre os

94 O termo “circular de cordão” é usado quando o cordão umbilical dá voltas ao redor de uma região do corpo fetal, podendo ser no pescoço, tórax, abdomen e membros.

95 A médica Melânia Amorim é ativista pela humanização do parto e nascimento, autora do blog “Estuda, Melânia, Estuda!”, onde publica vários artigos de divulgação científica obstétrica, referenciados e discutidos pela comunidade médica. O artigo sobre a circular de cordão pode ser acessado em http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/a-falacia-da-circular-de-cordao.html, onde várias referências

ativistas da área da saúde que questionam o modelo obstétrico brasileiro, afirma:

> não se deve modificar a conduta obstétrica em função de um diagnóstico eventual de circular de cordão, e não é necessário pesquisar circular de cordão no exame ultrassonográfico nem anteparto nem no momento da admissão em trabalho de parto. A monitorização da FCF [frequência fetal cardíaca] deve ser realizada em todas as parturientes, independente do prévio conhecimento de que existe uma circular. Assim, em caso de uma ou mais circulares apertadas levando a desacelerações da FCF, uma ausculta fetal cuidadosa pode detectar precocemente essas alterações e a conduta obstétrica nesses casos seguirá as recomendações preconizadas para uma frequência cardíaca fetal não tranquilizadora.

Há, portanto, um potencial interessante neste momento da exposição, porque aborda visualmente um evento comum, mas que é entendido pelo senso comum e por certa cultura médica como algo assustador e patológico. A escultura tem potencial como experiência visual que pode provocar e afetar o público, proporcionando inquietações que podem levar ao entendimento de algo dentro da normalidade, já que a escultura não tem, ao que parece, um sentido de assustar. Ao contrário, ela é imensa, bela, o feto é perfeito, suas feições são tranquilas, parecendo apenas esperar a hora de nascer. No mínimo, ela invoca o imaginário de um acontecimento situado como exceção, sendo mostrado ali de outra forma, onde a estética pode trazer mais significados positivos do que negativos por não ter como referência o discurso médico-patológico.

LENDAS E CRENÇAS

Ao tentar mostrar a diversidade religiosa em torno do nascimento, o painel Lendas e Crenças nos chamou a atenção pela maneira como as crenças relacionadas às religiões afro-brasileiras são apresentadas, pois se afirma: "Entre alguns afro-brasileiros de cultura yorubá, acredita-se que a responsável pelo parto é Yemanjá. É ela quem possuiria a faca para cortar o cordão umbilical." Gostaríamos de apresentar uma problematização dessa abordagem, que envolve vários aspectos que merecem ser destacados. O primeiro deles diz respeito a esse termo: "afro-brasileiros de cultura yorubá". A primeira pergunta a ser feita é: quem seriam eles? Vamos adentrar um pouco na origem dessa cultura no Brasil para entender o que pode ser essa referência hoje.

A cultura chamada, no Brasil, pelos nomes genéricos *nagôs* ou *iorubás*, compreende vários povos africanos de língua e cultura iorubá, entre eles os oyó, ijexá, ketu, ijebu, egbá, ifé, oxogbô, entre outros, e que fazem parte de um dos dois grupos linguísticos de

médicas podem ser encontradas. Acesso em 23/03/2015.

africanos que vieram ao Brasil no período do tráfico, agrupados pela antropologia em *sudaneses,* mais especificamente, sudaneses da região central da África que, no Brasil, vieram com mais expressividade especialmente do Golfo da Guiné (PRANDI, 2000). Os sudaneses compreendem, ainda, os *fon-jejes* e os *haussás* – negros islâmicos que vieram à Bahia – além de outros grupos que tiveram uma influência menor na cultura brasileira. O outro grupo linguístico é o dos *bantos,* povos da África Meridional, compreendendo do Atlântico ao Índico até o cabo da Boa Esperança. São povos que apresentam mais de 700 línguas e dialetos e muita variação cultural. No Brasil, a superioridade demográfica entre os bantos compreendeu os povos do Congo e de Angola (PRANDI, 2000).

Acontece que a denominação dos negros, em documentos, por referência às nações às quais eles pertenciam era uma prática brasileira até fins do século XIX. Mas, com o fim do tráfico e, mais tarde, da escravidão no Brasil, essas referências de origem étnica perderam sua importância e caíram em desuso: "as misturas étnicas se generalizaram em todas as partes da América, formando-se o tipo 'negro', que apagou todas as origens" (Id., p. 58). As nações, enquanto tradições culturais, no entanto, foram preservadas no campo da religiosidade, na forma do *candomblé*[96], sendo que cada grupo religioso envolve variantes nos rituais e são autodesignados pelos nomes de antigas etnias africanas:

> Assim, na Bahia, temos os candomblés nagôs ou iorubás (ketu ou queto, ijexá e efã), os bantos (angola, congo e cabinda), os ewe-fons (jejes ou jejes-mahis). Em Pernambuco, os xangôs de nação nagô-egbá e os de nação angola. No Maranhão, o tambor-de-mina das nações mina-jeje e mina-nagô. No Rio Grande do Sul o batuque oió-ijexá, também chamado de batuque de nação (PRANDI, 2000, p. 58).

Essas tradições étnicas se mantiveram nos ritos, nas crenças e na língua utilizada nos cultos aos orixás, misturando-se também, em maior ou menor medida, entre as diferentes nações. Mas não se estabeleceram como uma relação direta entre origem étnica e comunidade praticante. A identidade negra africana foi se desfazendo para dar lugar a uma identidade negra brasileira em conformação com uma sociedade que estava se constituindo, no Brasil, "com o imigrante europeu também desejoso de se tornar brasileiro. (…) O Brasil já era, então, um país de brancos e negros, não se sabe bem de onde vindos", como afirma Prandi (2000, p. 58) e as origens africanas foram se desfazendo, de modo que a escolha por uma linhagem de candomblé ou por uma *casa-de-santo* passou a ser mais pessoal do que pela tradição de origem segundo o autor. A partir dos anos 1960 e 1970, com o movimento cultural de

96 Em Cuba, a *santería*, e no Haiti, o vodus, mantiveram as tradições culturais de nações africanas.

recuperação de nossas raízes culturais, o candomblé se disseminou por todo o país, configurando-se, hoje, também como uma religião de brancos.

Portanto, não existem "afro-brasileiros", mas brasileiros afro-descendentes: "Mesmo quando o negro se expressa para afirmar a sua negritude, a sua condição africana, não resta a ele fazê-lo senão como brasileiro" (PRANDI, 2000, p. 64). Assim como também não existe "cultura yorubá" e, sim, o candomblé como expressão de várias culturas, dentre elas a iorubá, e que é praticado por brasileiros, brancos e afro-descendentes.

O que aparenta ser inclusivo, já que uma crença afro-brasileira é mencionada em um painel sobre crenças em geral, dividindo espaço com o catolicismo – a imagem que compõe o painel é de Nossa Senhora do Bom Parto (Figura 14), a quem as parteiras são muito devotadas, inclusive –, supostamente promovida a uma condição de igualdade, configura-se, na verdade, como exclusão. O negro, afro-descendente, é excluído na medida em que não é brasileiro, mas afro-brasileiro; o candomblé é excluído na medida em que não se menciona seu nome e não se confere a ele o *status* de religião, mas de "cultura"; o que realiza mais uma exclusão, posto que o candomblé é uma expressão religiosa de várias culturas, como vimos acima, e não de uma única – a iorubá; e, por fim, os praticantes não negros e, portanto, não "afro-brasileiros de cultura yorubá", também são excluídos da abordagem.

Figura 14: Módulo "Concepção" - painel "Lendas & crenças".

BARRIGAS E ÚTEROS

Há uma predominância de imagens apenas com barrigas grávidas em toda a exposição.

O painel “Nascer no Brasil” é composto por uma imagem do mapa do Brasil constituído de barrigas de mulheres grávidas (Figura 15). A intenção de mostrar a diversidade cultural por meio da diversidade de barrigas é o que parece estar sugerido; há barrigas de diversas etnias e trajes, compondo um mosaico. A ausência do corpo feminino, no entanto, especialmente do rosto da mulher grávida, nos remeteu à discussão sobre o deslocamento do foco de atenção da mulher para a criança, como parte de mudanças científicas e simbólicas sobre a gravidez e o parto ao longo da história (MARTIN, 2006; SCHIEBINGER, 2001; MARTINS, 2000. Cf. Capítulo 2). A barriga, em destaque, transforma-se no todo, suprimindo a mulher. Nas esculturas, por outro lado, a maioria retratando a cultura popular, em nenhum momento é apresentado apenas um útero grávido, mas a mulher como um todo. Assim como um painel que mostra as etapas da gravidez também apresenta a mulher de corpo inteiro, sua presença está ali, por meio da silhueta (Figura 11). Mas, na maior parte das fotografias, no entanto, existe uma ausência da mulher, que é apresentada apenas pela sua barriga grávida (Figuras 16 e 17).

Figura 15: Módulo “Nascimento” - detalhe: mapa do Brasil composto de barrigas grávidas.

Figura 16: Módulo “Concepção” - detalhe: barrigas sem rosto_1.

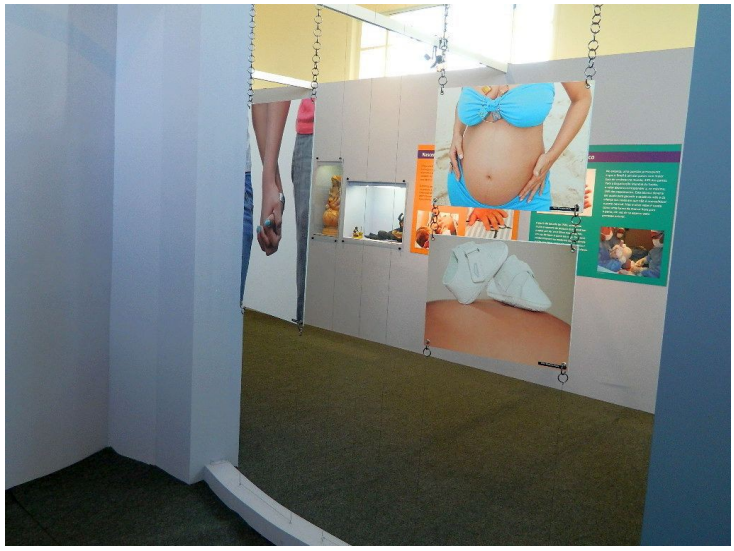


Figura 17: Módulo “Concepção” - detalhe: barrigas sem rosto_2.

ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A diversidade na forma de nascer é abordada a partir do painel *Nascer no Brasil*, que dá início ao Módulo 2, *Nascimento*. Inicia-se com uma apresentação sobre a diversidade dos termos que são utilizados em referência ao nascimento: “nascer, vir à luz, vir ao mundo, ser parido, entre outros.” Mas, na sequência, comete um equívoco ao apresentar a seguinte afirmação: “Tão diversos como esses termos são os locais de nascimento: hospitais, ambulâncias, carros, casas, ruas ou até no mato”. Intitula *locais* de nascimento o que na verdade são *situações* de nascimento, visto que “ambulâncias, carros, ruas” não fazem parte

do repertório cultural de nascimentos, mas são fruto de situações nas quais, geralmente, não se consegue chegar a tempo para atendimento. Não é uma escolha ter o parto em um carro ou na rua. Portanto, há que se ter cuidado sobre isso, até mesmo porque são situações onde, muitas vezes, está presente a negligência do atendimento obstétrico, como em casos em que a gestante perambula de hospital em hospital sem conseguir ser atendida, conforme divulgado pela mídia algumas vezes.

Nas mãos da parteira

Um painel dedicado exclusivamente ao tema das parteiras, onde é possível acessar um pouco da história da atenção ao parto realizada por essas mulheres, é intitulado "Nas mãos da parteira" e se inicia informando que a profissão é antiga e passou por mudanças: "A profissão de parteira existe há muito tempo e sofreu mudanças ao longo da história" (grifos nossos). A afirmação, contudo, é novamente vaga e sem datação histórica – existe há muito tempo, quanto? Desde quando? E que mudanças foram essas?

Na sequência, afirma que na época do Brasil Imperial, no século XIX, as parteiras precisavam de uma autorização especial para seu trabalho, mas que não tinham "treinamento formal" para a profissão que exerciam. Aqui, destacamos duas questões. Primeiramente, é possível perceber claramente que se trata de um discurso de valorização do ensino formal em detrimento do conhecimento das parteiras. Apesar de não haver nenhum comentário explícito, o discurso aproxima o exercício dessas mulheres mais do campo do charlatanismo – onde eram incluídas nessa época – do que na valorização de um saber que não era formal, mas que existia. Não há menções sobre o saber dessas mulheres: há a vontade de informar que precisavam de uma autorização, "mas" que não possuíam treinamento formal para exercerem seus cuidados. Uma afirmação que sugere quase uma falha histórica devido à imaturidade da medicina e das estruturas governamentais do Brasil dessa época, pois o que é possível entender é que a parteira necessitava de autorização e, no entanto, continuava a exercer seu ofício sem formação.

A outra questão se refere ao fato de que, nessa época, existiram iniciativas de formação de parteiras (MOTT, 2002, 1999). Tanto que o texto sequencial no painel cita o primeiro documento oficial que se refere à formação de parteiras, em 1832, quando as "recém-criadas"[97] faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia ofereceram um Curso

97 As faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia foram criadas em 1808, como "Academias de

de Partos. Logo, há uma contradição que não é explicada.

Além disso, a informação sobre a necessidade de autorização é vaga, não situa em que momento isso se deu e nem os motivos desse requisito. A informação, além de descontextualizada (para usar um termo metodológico), mostra também a vontade de informar a restrição ao exercício das parteiras. O painel não cita, por exemplo, em nenhum momento, que elas trabalharam em hospitais ao lado dos médicos por um longo período, situação essa que se deu até o início da segunda metade do século XX na maioria das capitais brasileiras, questão que poderia ser encontrada em uma pesquisa mais cuidadosa com o tema.

O painel termina afirmando que "quase 180 anos depois, ainda há parteiras sem cursos formais que ajudam crianças a vir ao mundo no Brasil, principalmente em povoados distantes dos grandes centros". Mais uma vez há omissões sociais, culturais e políticas importantes referentes ao momento contemporâneo: não há menção às parteiras formadas que atuam hoje em dia, tanto em partos domiciliares quanto em algumas maternidades e Casas de Parto, em algumas cidades brasileiras – que contam com incentivo do governo federal, inclusive. Parece que o intuito principal desse dado é aproximar o exercício das parteiras sem formação, tradicionais, à ideia de que sua presença se justificaria ainda hoje, principalmente, pela falta de acesso aos serviços médicos, o que não corresponde totalmente à realidade – esclareceremos mais adiante.

O saber científico e formal tem, claramente, um *status* superior ao saber das parteiras neste painel dedicado exclusivamente a essas mulheres. Não se trata de querer dizer o que falta na exposição, mas de evidenciar as escolhas feitas para a abordagem da figura da parteira no Brasil, tanto no passado quanto no presente. Além de omissões importantes, há muitas outras informações que poderiam ter sido apresentadas sobre o ofício da parteira em uma exposição cujo objetivo é mostrar a diversidade do nascimento. A informação de que as parteiras tradicionais existem até hoje, geralmente em povoados muito distantes dos grandes centros, não é falsa. Entretanto, esse fato não mostra a diversidade de modo a desfazer as noções do senso comum sobre essa prática, situando-a como uma exceção marginalizada, um resquício não bem-vindo do passado. Exclui, por exemplo, a organização de parteiras tradicionais em alguns estados, como Pernambuco (PE), onde em alguns municípios, como

Medicina". A lei de 1832 confere às Academias a denominação de "escolas" ou "faculdades" e regulamenta o ensino de parteiras. Portanto, nesse momento, as faculdades já têm 24 anos de existência ainda que sob outra denominação, não sendo, portanto, "recém-criadas", como sugere o texto.

Tiradentes, PE, a assistência ao parto por parteiras tradicionais teve apoio institucional (Cf. Capítulo 2). Há um movimento de reconhecimento do saber e da experiência da parteira e de seu papel cultural nas comunidades, onde sua referência é forte para a população, não se tratando ─ necessariamente ou apenas ─, da falta de acesso aos serviços de saúde, mas de um saber que é valorizado e da parteira enquanto pessoa de confiança da comunidade para outros assuntos que não apenas o parto, inclusive.

A assistência ao parto e nascimento no Brasil não é homogênea. Embora em números expressivamente menores do que o parto hospitalar, o parto e nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais estão presentes no país, sobretudo em áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais quilombolas e indígenas. O discurso hegemônico que aborda essa questão em termos da falta, da precariedade e da pobreza, ignora os aspectos culturais, históricos e políticos que se mantêm fortemente nessas localidades, bem como a organização das parteiras tradicionais no Brasil.

É esse o discurso que vemos na exposição, que ignora, por exemplo, as iniciativas recentes do governo federal, como o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, do Ministério da Saúde (Cf. Capítulo 2). Vários projetos "exemplares", como são denominados pelo programa, fizeram parte dele e são abordados nessa publicação, como: o Projeto de Saúde Reprodutiva na Reserva Extrativista do Alto Juruá – Acre; o Programa Nascendo na Floresta – Acre; o Projeto Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais do Estado do Amapá; o Projeto Modelo de Desenvolvimento Sustentável da Floresta Caxiuanã – Pará; o Projeto Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres – Goiás; as parteiras tradicionais das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã – Amazonas; as parteiras tradicionais de Minas Gerais; as parteiras tradicionais da Paraíba; o Programa Estadual de Parteiras Tradicionais de Pernambuco; o Projeto Parteira Indígena Guarani e Tupi-Guarani do Estado de São Paulo; as ações voltadas para promover a atenção à saúde da mulher índia; e a atuação da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais. É muita diversidade cultural, assim, que fica de fora da exposição "Nascer" em sua abordagem sobre o papel das parteiras no parto e nascimento no Brasil.

Além disso, como já assinalado anteriormente a partir de algumas autoras (BRENES, 1991; MOTT, 1999; SCHIEBINGER, 2001), sabe-se que o desaparecimento das parteiras, durante um longo tempo, gerou consequências para além da atenção ao parto,

comprometendo outras esferas, como o controle da fertilidade e os cuidados no período puerperal, que também faziam parte do repertório de práticas dessas mulheres na atenção à saúde da mulher dentro das comunidades. O cuidado das parteiras era algo que se estendia às crianças, nos cuidados iniciais, sendo elas, muitas vezes, quem batizava os bebês. Também tiveram um importante papel na disseminação da adesão às vacinas. Na revisão histórica do "Trabalhando com Parteiras Tradicionais", que mostra as ações e os resultados do Programa de 2000 a 2010, várias atividades de formação, além da atenção ao parto e nascimento, abordaram também outros assuntos, como a prevenção de DST/HIV/AIDS e hepatites virais.

As escolhas realizadas na abordagem da parteira pela exposição *Nascer*, assim sendo, evidenciam claramente uma vontade de não valorização deste ofício e da importância sociocultural dessas mulheres, assumindo um discurso que reforça a imagem do senso comum, de que a substituição de suas práticas pelo atendimento médico confirma o progresso da sociedade. Apesar disso, conta com imagens em fotografia que criam um cenário que supostamente valorizaria o papel dessas mulheres (ver Figura 3).

Nascer em casa

O painel "Nascer em casa" inicia-se com a afirmação de que os estados do Amazonas, Acre e Roraima são os responsáveis pela maioria dos partos domiciliares no Brasil por terem grandes populações morando longe de cidades e hospitais. Dando continuidade ao texto, em seguida afirma-se: "Mesmo entre aqueles que têm acesso ao hospital, há quem prefira ter seus filhos em casa." E, na sequência: "Mas médicos acham que isto coloca em risco a segurança da mãe e da criança, especialmente se houver algum imprevisto." A próxima frase do painel é uma proposta de interação com o público: "E você, tem uma opinião sobre o parto em casa?" O painel é composto, além do texto, por duas fotografias de um parto domiciliar planejado: uma delas mostra o momento do corte do cordão umbilical pelo pai, assessorado por mãos com luvas (ver Figura 9). O texto abaixo de uma das imagens, que finaliza o painel e que dá continuidade ao que foi exposto anteriormente, afirma: "Este casal optou por ter seu filho em casa. A gravidez e o parto foram assistidos por uma doula (acompanhante de parto)".

Quanto a este painel, várias problematizações devem ser feitas. Primeiramente, a afirmação sobre os estados com maiores percentuais de parto em casa não tem fontes para que

se saiba de onde são os dados a respeito do parto domiciliar no Brasil. De onde viria a afirmação categórica acerca dos estados citados como mais expressivos quanto a esse tipo de parto e a justificativa exclusiva sobre a falta de acesso a hospitais? Nesses estados, inclusive, é onde se concentram grandes etnias indígenas. As questões ligadas a tradições culturais contribuiriam também para justificar a maior taxa de parto domiciliar nesses estados? Ou seria uma questão de negligência e atendimento insuficiente para a população desses estados?

Acerca da preferência pelo parto domiciliar, nenhum argumento é apresentado. Por que se prefere o parto domiciliar mesmo com acesso ao hospital? Quais são as justificativas de quem faz essa escolha? Ao mesmo tempo, há como que uma resposta sobre essa preferência na afirmação seguinte, sobre os médicos acharem que isso coloca em risco a segurança da mãe e da criança, no caso de haver imprevistos. Aqui, três questões podem ser destacadas: (1) sabemos o que "médicos acham" sobre o parto domiciliar, mas nada é dito sobre o que acham as mulheres e casais que fazem essa escolha – nem sobre o parto domiciliar nem sobre o parto hospitalar; (2) o discurso contrário ao parto domiciliar é sugerido como consenso na classe médica ─ "médicos acham" ─, sendo que há médicos que acham o contrário, defendendo a segurança deste tipo de parto quando planejado; (3) sobre o atendimento ao parto domiciliar, afirma-se no painel que o parto do casal em questão foi assistido por uma doula; não é impossível que tenha sido, pois na diversidade cultural e nos movimentos que tem ocorrido pelo "resgate" do parto natural, há configurações diversas, casais e mulheres que se sentem à vontade para ter o parto sem um(a) profissional parteiro(a) ou médico(a); mas não é o protocolo comum do parto domiciliar planejado, porque a atenção ao parto não é a função da doula[98], mas do médico/médica ou parteira/parteiro; tomemos como verdade, no entanto, que o parto mostrado no painel tenha sido assistido por uma doula; por que mostrar esse e não outro, com a presença de médico/a ou parteira?; e (4) justamente sobre o parto domiciliar *planejado,* segundo a literatura e a palavra de alguns especialistas, é uma possibilidade descartada em gestações de alto risco; que ocorre de acordo com um planejamento que considera possíveis imprevistos e onde uma estrutura é montada para se oferecer segurança ao nascimento, além da condução por profissionais capacitados, como acabamos de afirmar.

Por fim, o quê foi oferecido ao público para que possa interagir com a pergunta feita ─ "E você, tem uma opinião sobre o parto em casa?"? Não há informações suficientes

98 Cf. Capítulo 2.

para suportar uma tentativa de formação de opinião pelo visitante. A pergunta sugere que há uma controvérsia em torno da questão, mas, em tese, nenhuma controvérsia foi apresentada. A ordem do discurso biomédico hegemônico sobre a atenção ao parto é a que se revela. Ora o parto domiciliar é tratado como falta de acesso aos serviços de saúde, ora como prática que inspira risco e insegurança. Que opinião pode formar o público a partir do que é oferecido?

Nascer, portanto, ainda que tenha como proposta evidenciar a diversidade cultural em torno do nascimento, apresenta um discurso que coloca as práticas de atenção ao parto e nascimento alternativas ao modelo obstétrico hegemônico como "menores". Transforma em consenso o parto hospitalar, de forma a fazer com que as divergências soem destoantes, exceções, falta de acesso ao atendimento médico ou, mesmo, comportamento inconsequente, o que não corresponde necessariamente à realidade; omite o debate no campo da saúde que questiona a segurança das intervenções rotineiras em hospitais, além das pesquisas que têm mostrado a segurança e os riscos do parto domiciliar planejado e do parto hospitalar em grau de paridade, como mostra uma pesquisa holandesa muito citada recentemente de JONGE et al. (2013).

O discurso, claramente, expõe como "acidentais", ou "não desejáveis", contextos que fazem parte de escolhas, ou de realidades étnicas no Brasil. Inclui uma parcela da população no rótulo de ignorantes ou desassistidos. Mas, como o próprio painel afirma, nem todo parto em casa é uma falta de acesso, podendo ser uma escolha. Porém, na medida em que não apresenta as razões dessa escolha e mostra apenas parte do discurso contrário, exclui uma parcela crescente de mulheres cada vez mais descontentes com o modelo obstétrico brasileiro, que têm buscado, no parto domiciliar planejado, uma forma de resistência e contestação à violência institucionalizada nos serviços de saúde e de possibilidades de um parto mais humanizado (SANFELICE e SHIMO, 2004).

Ao mesmo tempo, novamente uma composição visual com forte suporte estético é proporcionada, por meio de outras fotografias, em partos na água (Figura 18), compondo esse tema, apesar das contradições com o texto.

Nas mãos do médico

O painel *Nas mãos do médico* é integrado por duas imagens ─ uma de mãos e outra de um parto hospitalar ─, e pelo texto que segue:

A partir da década de 1940, aumentou muito o número de pessoas que passaram a optar por ter seus filhos nos hospitais, em vez de fazer o parto em casa. Os novos conhecimentos na medicina obtidos desde então, em áreas como cirurgia, anestesia e assepsia, têm reduzido os riscos hospitalares.

No entanto, uma questão preocupante é que o Brasil é um dos países com maior taxa de cesáreas no mundo, 43% dos partos. Para a Organização Mundial da Saúde, o valor deveria corresponder a, no máximo, 15% dos nascimentos. Esta técnica deveria ser usada para garantir a saúde da mãe e da criança nos casos em que não é aconselhável o parto normal. Mas muitas vezes é usada como uma forma de marcar hora para o parto, em vez de se esperar pelo processo natural.

Figura 18: Módulo “Nascimento” - partos naturais.

Apesar de novamente não apresentar as fontes dos dados e afirmações, o painel tem certa coerência na medida em que apresenta a historicidade da medicalização do parto e a redução dos riscos desse evento no hospital, ao lado de uma ressalva sobre a questão da alta taxa de cesáreas no Brasil nesse processo de institucionalização da medicalização. Ainda que, de 1940 até hoje, os desafios dos serviços obstétricos hospitalares quanto à assepsia, anestesia e cirurgia tenham sido contornados satisfatoriamente há alguns anos, são outros os desafios colocados, hoje, para a discussão do modelo obstétrico brasileiro, como por exemplo, o excesso de cirurgias, justamente apontado pelo painel.

Uma ausência que se revela no discurso é a não inclusão de outros modelos de parto “nas mãos do médico”, como o parto domiciliar, o que confirma a discussão apresentada anteriormente sobre esse tipo de parto. Percebe-se uma homogeneização da classe médica

quanto a sua relação com o serviço hospitalar que omite outros modelos em vigência, ainda que muito menos expressivos. Sobre a imagem do parto hospitalar apresentada, é possível que seja uma cesárea, dada a posição da equipe médica em relação ao corpo feminino na retirada do bebê. Fazemos apenas uma observação sobre a ausência da mulher. O parto, como já discutido em momentos anteriores sobre a representação da mulher e sobre seu protagonismo no parto, se resume, nesta imagem, à equipe médica e ao bebê. Talvez, quanto a esse tipo de parto (hospitalar), seja a imagem que melhor o represente, já que a mulher tem seu papel bastante reduzido no modelo hegemônico.

Nascer no hospital

Um parto por cirurgia cesareana é o que representa o parto no hospital. Neste caso, entretanto, a mulher está presente em duas das três imagens que compõem o painel. O texto segue transcrito:

> A cada 100 bebês brasileiros, 97 nascem em hospitais. Mas não foi sempre assim. Antigamente, eram comuns os partos realizados em casa. Se você tem menos de 60 anos, provavelmente nasceu em um hospital.
>
> Mas e seus pais, avós e bisavós?
>
> Onde nasceram?

Novamente, a questão da ausência de fontes se faz presente aqui também, além do tratamento vago sobre o "antigamente" em que os partos se davam em casa – é preciso lembrar que "antigamente" tampouco havia hospitais ou eles eram poucos, dependendo do período sobre o qual se está falando. Portanto, este é um exemplo de comunicação que não acrescenta nada ao senso comum, salvo, talvez, para as gerações mais jovens. No entanto, há uma interatividade interessante com o público na pergunta que relaciona a idade com o local de nascimento, acrescentando a questão dos avós e bisavós, que revela também o quanto é recente o parto no hospital: "se você tem mais de 60 anos, provavelmente, tenha nascido em casa".

Outras imagens compõem o tema da atenção hospitalar ao parto e nascimento, como pode ser visto na Figura 19.

Figura 19: Módulo “Nascimento” - partos hospitalares.

DIVERSIDADE CULTURAL

O objetivo da exposição é mostrar o nascimento para além do fato biológico, apresentando também seu universo cultural e, nesse sentido, isso se realiza especialmente pelos objetos, que ilustram o nascimento em algumas etnias, o parto entre mulheres e atendido por parteiras, as lendas, crenças, folclores (Figuras 4, 5, 7, 9, 10 e 14). São mostrados ainda costumes e superstições sobre a gestação, o parto e a chegada do bebê a partir de textos e objetos que constroem o imaginário popular sobre o parto e o nascimento. Objetos como a figa e os sapatinhos vermelhos para trazer sorte à criança, as lendas e saberes sobre o primeiro banho, o batizado, a importância das rezadeiras e outras expressões, marcam a diversidade cultural, mas sinalizam também similitudes em torno do parto e do nascimento entre diferentes povos e sua relação com o sagrado. Do ponto de vista expográfico, os objetos são trabalhados de forma metafórica (MENESES, 1994), ilustrando o que está sendo dito nos textos ou compondo uma imagem visual relacionado à temática em questão.

A abordagem cultural proposta carece de embasamento antropológico, no sentido em que apela a generalização dos povos que não representa o contexto real de sua inserção sociocultural. Ainda que no painel ‘Nascimento indígena’ sejam citados alguns povos e a forma de nascimento de cada um, há afirmações do tipo “Algumas mães índias, por exemplo, preferem ir a um local afastado e ter o bebê sozinhas.” De que mães índias se trataria?

Sabemos que, entre os povos indígenas, há diversas etnias e uma grande diversidade, não sendo mais possível aceitar esse tipo de generalização. O uso do termo "algumas mães" sugere um comportamento muito mais pessoal do que sociocultural. A abordagem, portanto, novamente reforça o senso comum, que não tem possibilidade de ser enriquecido com conhecimentos sobre esses povos a partir do campo da antropologia.

Por outro lado, alguns objetos, como esculturas Karajás intituladas "Cena de Parto", trazem consigo o símbolo do universo feminino do parto e do resguardo no puerpério, cenas de mulheres com outras mulheres. Igualmente, uma delas traz também o homem na cena do parto. As esculturas carregam consigo outras possibilidades discursivas. A presença do homem na cena do parto, por exemplo, remete a outras possibilidades e subjetividades no parto e nascimento, evidenciando a pluralidade de expressões culturais envolvidas nesses eventos. Cria possibilidades, inclusive, para pensar no momento atual que vive a sociedade ocidental, em que por meio da busca por um parto humanizado, os homens têm participado mais do parto, assim como da paternidade, de forma a contribuir para ressignificações desses eventos como pertencente também ao homem; o que acaba por gerar não apenas uma paternidade ativa, mas acionar a necessidade de uma série de transformações em outras relações sociais – como as discussões para ampliação do direito à licença-paternidade, como vimos.

Nos discursos apresentados pelos textos, contudo, existe uma carência de uma abordagem que inclua as diferentes formas de expressão cultural de nosso tempo e entre nós mesmos, ocidentais, pois não trata a diversidade contemporânea que envolve outras questões a respeito da maternidade, paternidade e família, evocando um discurso hegemônico sobre a reprodução humana e a maternidade. Outras parcialidades aparecem, como, por exemplo, na sugestão da fertilização *in vitro* para sanar o problema da dificuldade em engravidar. Entretanto, este é um procedimento que, além de não sanar todos os problemas de dificuldade de gravidez, posto que alguns não dizem respeito à fertilidade, mas a aspectos fisiológicos, do útero, por exemplo, tampouco é acessível a todos por inúmeros motivos, dentre eles religiosos. O problema, a nosso ver, está na forma como foi apresentado o procedimento: como única alternativa para oferecer a possibilidade de maternidade e paternidade a casais que não podem ter filhos. Por que não mostrar, também, a possibilidade de adoção e o nascimento de crianças órfãs no Brasil? Estes são assuntos que também se inserem no universo do nascimento e oferecem outra perspectiva, presente em práticas sociais e políticas

para lidar com a situação da não fertilidade.

É possível sugerir que a exposição seleciona públicos, não de maneira intencional, mas como consequência, já que não inclui a diversidade de grupos e atores sociais na cultura brasileira contemporânea. Entendemos que o público é uma das partes que compõem a exposição, segundo Cury (2010, p. 21):

> O público, na perspectiva da comunicação, é a grande referência da equipe, pois faz parte do processo de comunicação criar possibilidades de interação e diálogo. Sendo assim, os referenciais do público devem ser respeitados e vistos como condicionantes do processo comunicacional em museus.

Essa exclusão que percebemos na exposição, não revela, contudo, desconsideração do público ao se pensar a elaboração da exposição, visto que há uma perspectiva de interação com ele, inclusive. Mas o exclui ao mostrar e abranger representações de discursos hegemônicos sobre o parto, nascimento, gênero, família e religião.

Talvez devêssemos nos perguntar qual o conceito de cultura e de diversidade cultural presente em *Nascer*?

A antropologia tradicional assenta-se sobre três polaridades conceituais que poderíamos chamar condicionantes de seus objetos de estudo: as oposições entre primitivo e civilizado; indivíduo e sociedade; e natureza e cultura. Nas últimas décadas, entretanto, tais polaridades entraram em crise e, hoje, não mais definem os princípios teórico-metodológicos da antropologia. Não pretendemos entrar na discussão sobre os objetos dessa disciplina, pois seria uma extensa discussão, mas apenas chamar a atenção para as dicotomias presentes em *Nascer*, que inclui tais polaridades. O parto hospitalar e não hospitalar, assim como médicos e parteiras, parecem estar dentro de uma dicotomia que envolveria primitivo e civilizado. O parto domiciliar oferece riscos, segundo os médicos, reforçando o senso comum que beira a oposição natureza *versus* cultura, como se o parto, evento natural de um lado, devesse ser controlado pela tecnologia e pelo saber médico, representantes da cultura – ignorando que o parto domiciliar pode, inclusive, ser tão medicalizado quanto o hospitalar, assim como o próprio evento do parto e nascimento não ser tão "natural" assim, já que todas as esferas da vida em sociedade não escapam de sua condição histórico-cultural. As parteiras foram sucumbidas pelo tempo e, exceto a menção à proibição de seu exercício e à não formação, não

há nada sobre seu histórico dos tempos "antigos" até hoje e, muito menos, qualquer atributo de valor social ou cultural de suas práticas – novamente, o primitivo/civilizado, a natureza/cultura. A diversidade de recepções para a chegada de uma criança, assim como as estratégias para uma boa hora, são tratadas como crenças, curiosidades e não como expressão cultural – a velha dicotomia natureza e cultura, pois quando chegar a hora, o atendimento médico-hospitalar é ─ ou deve ser ─ o destino de todas as mulheres ao parir e de todas as crianças ao nascer. O indivíduo mulher – e parceiro, família – pode ter suas crenças, seu imaginário popular sobre a gravidez e o parto, mas no âmbito social é no seio das instituições autorizadas para tal que se dará o parir e o nascer, rodeado dos avanços científicos e tecnológicos da obstetrícia e da pediatria. Parece-nos, portanto, que a cultura considerada na exposição é a cultura hegemônica, formada pelo conjunto homem branco, ocidental, cristão, cuja vida está assegurada pelos avanços científicos e tecnológicos.

Essa dicotomia entre natureza e cultura também é identificada e discutida por Tornquist (2002) acerca das bandeiras do movimento pela humanização do parto e nascimento, no Brasil. Para ela, tanto os ativistas do movimento quanto os profissionais da saúde envolvidos, tem assentado seus discursos no apelo ao natural sobre o ideário do parto, o que acaba reforçando tal dicotomia e criando uma "armadilha" conceitual. Portanto, recorrer à separação entre natureza e cultura é mais atraente do que possamos imaginar, por estarem esses pressupostos arraigados em nossa herança cultural, ou, como afirma a autora, "já que também somos cúmplices das práticas que criticamos".

****

É importante salientar que reconhecemos que a análise da exposição que apresentamos contém limitações pelo fato de ter sido realizada por meio de vídeo institucional. Ainda que este mostre em detalhes a exposição, os paineis, textos e expositores de objetos, não foi possível perceber *Nascer* como um todo pelo fato de que uma exposição se compõe de elementos estéticos e sensoriais que não são passíveis de serem captados a não ser pela experiência de visitação. Em conversas informais com pessoas que tiveram a oportunidade de visitar a exposição, por exemplo, percebemos que a apresentação do primeiro módulo – Concepção – dentro de um ambiente que representaria um útero foi um elemento

bastante provocativo e enriquecedor do ponto de vista estético e sensorial. No entanto, pela análise realizada por meio do vídeo institucional isso não foi perceptível. Neste sentido, podemos afirmar que a análise do discurso sobre a exposição *Nascer* se deu mais por seu conteúdo, especialmente por meio dos textos, mas também pelos objetos, do que por sua forma.

Entendemos, contudo, que o tema do parto e nascimento, da maneira como foi proposto na exposição *Nascer,* acaba por não fazer jus ao mérito que possui o Museu da Vida, instituição de referência nacional e internacional na área de museus de ciências, vinculada à Fiocruz, um órgão governamental, que desenvolve pesquisas na área obstétrica, sendo, inclusive, coordenador da pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.

É sabido, no entanto, que a montagem de uma exposição, desde a concepção de seu projeto até sua realização e exibição, passando pela pesquisa que dará suporte ao tema proposto, é um processo complexo, que envolve muitos atores e diversos limites e desafios, tanto institucionais, estruturais e orçamentários, quanto de disponibilidade de recursos humanos. As contradições, possíveis falhas e esquecimentos, apesar de importantes elementos na comunicação e identidade da instituição – que não podem ser ignorados e que devem ser sempre avaliados pela própria instituição – fazem parte dos resultados de uma exposição, tanto quanto suas inovações e potencialidades de alcance qualitativo de público. Portanto, a análise que apresentamos considera os elementos processuais na curadoria e montagem de exposições, concernentes a quase todas as realidades institucionais, e reconhece a importância da exposição *Nascer* como uma iniciativa relevante no campo dos museus na comunicação e sensibilização sobre o tema do nascimento, dada a importância dessa temática no cenário brasileiro contemporâneo. As problematizações que aqui se fazem tem o intuito de contribuir para que avancemos na interface museu e sociedade, e contam com o compromisso visceral para com a mudança social acerca do provimento de informações e experiências sobre parto e nascimento no Brasil.

4. 2. EXPOSIÇÃO *REPRODUÇÃO*

4. 2.1. MUSEU DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

O Museu de Ciência e Tecnologia da PUC/RS está localizado nas dependências desta universidade, sendo um museu de grandes proporções, com três andares de pavimentos de exposições e um amplo acervo ligado às áreas de zoologia, botânica, geologia, paleontologia, arqueologia e antropologia. Foi criado pela universidade no final dos anos 1960 com o caráter de auxílio à pesquisa, e que foi fundado em 1967, tendo sua exposições abertas ao público oficialmente em 1998 nos moldes em que se encontra atualmente. Esse caráter da pesquisa é bastante acentuado pela instituição: "Suas coleções científicas abrigam um vasto acervo de fósseis, espécimes representantes de nossa biodiversidade e peças provenientes de escavações arqueológicas, que são objeto de pesquisa de mestrandos e doutorandos provenientes de várias partes do mundo"[99].

O setor educativo é composto por laboratórios que oferecem atividades agendadas para grupos, geralmente de estudantes, além de disponibilizar um banco de roteiros e atividades a serem desenvolvidos com o público escolar em sua visitação. "Através de agendamento individualizado, professores, educadores e universitários são atendidos pela equipe educacional do Museu na chamada Pré-visita, a fim de que possam preparar-se antecipadamente para utilizar a estrutura oferecida pelo MCT como estratégia pedagógica"[100].

É um museu de caráter interativo, que contém uma grande diversidade de itens expositivos, de diversas áreas das ciências. *Reprodução* caracteriza-se como uma exposição completa, dentro da gama de exposições permanentes do museu, com vários itens expositivos sobre o tema, como veremos a seguir.

99 Informação extraída do *website* do MCT/PUCRS, disponível em http://www.pucrs.br/mct/educacional/, acesso em 16/04/2015.
100Id.

4. 2.2. EXPOSIÇÃO REPRODUÇÃO – ASPECTOS DESCRITIVOS

A exposição Reprodução tem como tema central a **reprodução humana** sob uma abordagem **biológica**, mostrando desde a concepção até o mecanismo do parto.

A linguagem expográfica traz uma preocupação didática e compõe-se, principalmente, de modelos anatômicos sintéticos de células, de órgãos que integram o aparelho reprodutor feminino, de partes do corpo da mulher ─ destacando especialmente úteros grávidos ─, e modelos embrionários (Figura 20). Muitos deles são modelos em cortes transversais para visualização de processos embrionários ou fetos em úteros grávidos. É uma exposição relativamente pequena, montada em duas salas, e, por isso, procederemos a uma descrição breve de seus itens expositivos.

Figura 20: Exposição “Reprodução” - modelos didáticos sintéticos.

O percurso de visitação tem início por uma grande e vistosa escultura, intitulada *Família*, situada na entrada da exposição. À direita, encontram-se alguns modelos: o óvulo e sua estrutura celular interna; o óvulo rodeado por espermatozoides, sugerindo o processo de fecundação, bem como dois microscópios interativos que simulam estágios de desenvolvimento do óvulo fecundado (Figura 20).

Na sequência, um grande painel em forma de aparelho reprodutor feminino,

composto por um ovário em comunicação com o útero, mostra desde a maturação e liberação do óvulo até sua fecundação, implantação no útero e formação do embrião; desde a formação dos primeiros tecidos celulares que caracterizam as fases embrionárias, em corte transversal, até um feto com 50 dias de gestação (Figura 21). Um modelo anatômico manipulável do ventre feminino e parte da região abdominal, em corte transversal, encontra-se na sequência. Este modelo, com um bebê no útero que sugere a fase fetal pré-termo, tem como foco a manipulação deste em relação ao osso da "bacia", sugerindo o mecanismo de passagem do bebê pela pélvis feminina (Figura 22).

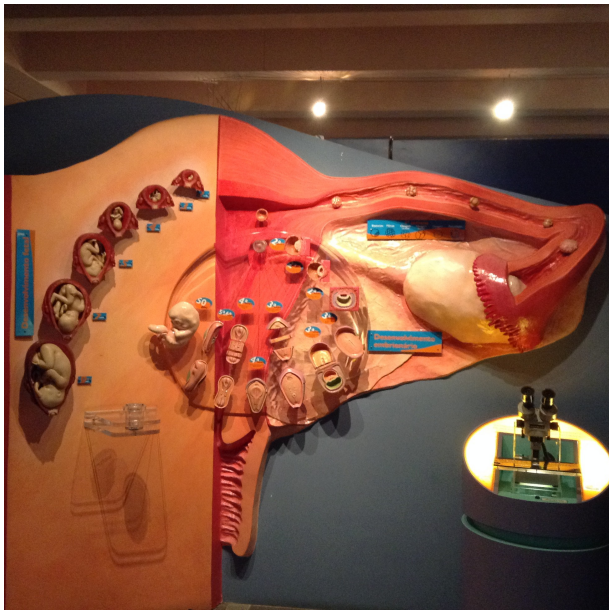


Figura 21: Exposição "Reprodução" - parede didática: aparelho reprodutor feminino e gestação.

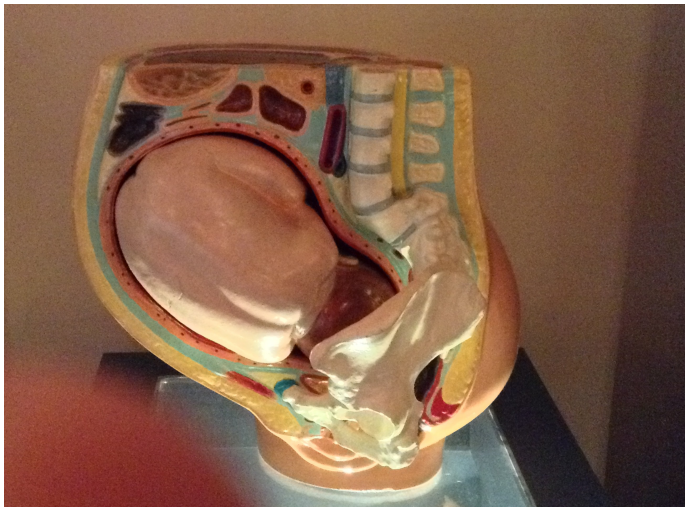


Figura 22: Exposição "Reprodução" - modelo anatômico sintético manipulável: útero grávido, feto e pelve feminina.

Por último, nesta sala, o processo final do parto é mostrado em um painel intitulado “Estágios do nascimento” (Figura 23). Modelos anatômicos de úteros grávidos, também em corte transversal, estão fixados em uma parede, compondo um quadro que expõe diferentes etapas da fase de expulsão do bebê, desde o foco no útero ainda sem dilatação, fases de início da passagem da cabeça do bebê e sua saída completa do útero materno, finalizando com um modelo em que a placenta está em posição de expulsão (Figura 24).

Figura 23: Exposição “Reprodução” - painel “Estágios do nascimento”.

Figura 24: Exposição “Reprodução” - painel “Estágios do nascimento” (detalhe: placenta).

Ainda nessa sala, em uma reentrância, uma parede de fetos em diferentes estágios de gestação causa um grande impacto visual. São fetos naturais, imersos em material de conservação, com idades gestacionais registradas em semanas, representando do início à 38ª semana de gestação (Figuras 25 e 26). Cada um deles recebe uma etiqueta com dados correspondentes ao comprimento, peso fetal e algumas características externas correspondentes ao que é perceptível naquele estágio de gestação, como "olhos parcialmente abertos", "pelos visíveis no corpo", entre outros. A parede de fetos é um dos maiores atrativos na exposição *Reprodução*, o que se observa pelas reações e comportamentos do público visitante[101].

Figura 25: Exposição "Reprodução" - parede de fetos naturais (visão geral).

Figura 26: Exposição "Reprodução" - fetos naturais (detalhes).

101 A visita para pesquisa de campo ao MCT/PUCRS foi realizada em um dia de semana, durante o semestre letivo das escolas, e se observou a presença exclusiva de público escolar na visitação. A observação foi feita informalmente, mas foi possível perceber alguns comportamentos dos visitantes frente aos itens expositivos.

Um painel virtual – monitor de computador –se encontra à disposição em meio aos modelos, para o visitante que quiser mais informações, sempre em uma perspectiva embrionária: ao clicar nos meses de gestação e, dentro dessa categoria, em cada semana, é possível acessar descrições sobre os principais processos em cada estágio de desenvolvimento.

Uma segunda sala, mais interna, é ambientada para a exibição de um vídeo documentário, que mostra desde o estágio de ovulação e fecundação do óvulo, o parto e nascimento, até os primeiros anos de vida de uma criança, seu desenvolvimento motor e cognitivo. O parto exibido no vídeo é um parto vaginal, "normal" hospitalar. Nessa mesma sala, há uma vitrina iluminada com modelos anatômicos didáticos da pélvis masculina e pélvis feminina, ovários e óvulos. A foto de um bebê está inserida neste item, ao lado de um aparelho reprodutor feminino que contém um óvulo que foi fecundado, indicando a possível gestação.

A seguir, apresentamos alguns tópicos de análise extraídos da exposição, para discutirmos alguns aspectos importantes e apresentarmos algumas problematizações.

4.3.3. Exposição Reprodução – análise e discussão

MULHER, FAMÍLIA, MATERNIDADE, PATERNIDADE

A escultura intitulada "Família", localizada bem na entrada da exposição, representa a tríade homem-mulher-filho: um homem e uma mulher com um bebê nos braços (Figura 27 e 28). A mulher está à frente do homem – um biotipo robusto e mais alto – com o bebê em seus braços. Tem os seios à mostra e o bebê um pouco abaixo deles. Sua imagem é sensual e delicada, e está com o rosto tocando no rosto do homem. O restante do corpo feminino, o ventre principalmente, é marcado por mapas biológicos que sugerem a ovulação e a fecundação, com óvulos rodeados por milhares de espermatozoides. Nessa região, da cintura para baixo, os corpos masculino e feminino estão fundidos, formando um só. Homem e bebê também têm seus corpos desenhados, mapeados biologicamente, mas não pelos mecanismos da reprodução. Cromossomos e os símbolos de masculino e feminino utilizados na linguagem genética são frequentes e encontram-se espalhados pelos corpos dos três indivíduos,

identificando seu sexo, por onde se deduz que o bebê é um menino.

Figura 27: Exposição “Reprodução” - escultura “Família” (entrada da exposição).

Figura 28: Exposição “Reprodução” - escultura “Família” (detalhe).

Há, aqui, um discurso claro da representação da família e de sua relação direta com a reprodução. A escultura é enorme e tem forte presença. É possível que não se veja nada demais na beleza dessa tríade, muito bem esculpida e pintada, que é a mulher-marido-filho.

Mas o enunciado “Família” diz tudo: família é essa representação, localizada, sobretudo, na porta de entrada da exposição. Onde começaria, portanto, a reprodução? Na família, não no encontro entre gametas, apesar da abordagem exclusivamente biológica que há no interior da exposição. Mas esse biológico acaba por reforçar uma determinada representação social, que é, por sua vez, naturalizada.

A medicina investiu muito na explicação naturalista daquilo que a moral cristã tinha – e tem – como projeto para a sociedade: a família. Carregamos a herança desse conceito de família, cujo investimento em sua construção foi intenso no final do século XVIII e início do XIX, como nos mostraram Jordanova (1999), Foucault (2003a) e diversos outros autores, repercutindo até os dias de hoje no imaginário sobre a reprodução: é na família, por meio da figura materna sacralizada, amparada por um homem, que ela pode se dar. O que não quer dizer que os arranjos familiares, em sua maioria, se deem nessa configuração. No entanto, o padrão que rege a moral da sociedade ocidental moderna, desse período especialmente até os dias de hoje, o elege como “o” modelo de família, desqualificando qualquer outra configuração.

Jordanova, ao analisar o interesse pela natureza nas produções literárias do período que vai do final do século XVIII e início do XIX, identificou dois grandes fatores históricos: a definição da sexualidade humana – e da mulher, em especial – em termos médicos e científicos, e a preocupação com a família como unidade biológica e social. A família é o eixo central para se dizer sobre a reprodução e sobre o papel social do homem e da mulher, tratada como um elemento condicionante da existência humana, categoria social e natural ao mesmo tempo. O social e o biológico encontraram na linguagem da natureza, segundo a autora, sua possibilidade de existência enquanto categorias de análise: a possibilidade de uma categoria universal, única, a partir da qual toda vida humana começaria ─ a família ─, e a partir da qual qualquer relação social poderia ser mediada (JORDANOVA, 1999, p. 164).

O instinto maternal e a relação mãe-feto também foram muito trabalhados em todos os campos validados pelo discurso médico, que tinha entre seus objetos o interesse pela explicação científica dessa relação. Jordanova (1999) nos mostra o quanto a “descoberta” da placenta pelos Hunter, William Hunter e seu irmão e assistente, John Hunter, concretiza a busca de uma explicação natural para o fenômeno da relação mãe e filho, encontrando na

placenta – um órgão que se forma *a partir de* e que *pertence a* ambos, mãe e feto – a justificativa para a autoridade do conhecimento científico sobre o caráter natural dessa relação social, argumento sobre a ligação entre mãe e feto, entre placenta e cordão umbilical, ainda que suas ilustrações e descrições a respeito da placenta não tivessem sido bem aceitas por toda a comunidade científica na época (JORDANOVA, 1999, p. 210-216)[102].

Nada contra a possibilidade da tríade familiar, mas se trata da apresentação de um modelo que reforça os valores da família patriarcal cristã como "o" modelo ─ com referências ao filho homem, inclusive, tão caro à constituição da família historicamente. A perspectiva de gênero, aqui, se faz fundamental. A imagem da família não é qualquer imagem: homem e mulher não estão apenas juntos, próximos ou lado a lado, mas entrelaçados, de forma que a figura masculina, mais robusta, envolve a mulher e confere proteção à família. A mulher com os seios à mostra remete às imagens sacralizadas das mulheres pintadas nos séculos XVIII e XIX, muitas delas santas católicas, amamentando seus filhos (JORDANOVA, 1999). Imagem essa que é sensual, bela e sagrada ao mesmo tempo, porque se trata da mais nobre das relações: a maternal.

Outra questão que merece ser discutida são os desenhos de cromossomos e gametas tatuados pelos corpos, que evocam a maternidade e paternidade definidas pela herança genética excluindo outras paternidades e maternidades não filiadas aos laços genéticos, como em muitos arranjos familiares. Assim como os símbolos masculino e feminino na constituição do casal modelo heterossexual excluem a parcela da sociedade civil que tem lutado pelos direitos à paternidade e maternidade nas configurações familiares com casais homossexuais, como já discutido anteriormente (Cf. Exposição "Nascer", p. XX neste Capítulo).

Há, portanto, uma exclusão de valores, uma exclusão de parcelas da sociedade que se organizam em outros arranjos familiares: exclusão de famílias monoparentais, homoafetivas e, inclusive, das famílias compostas por casais sem filhos, como já discutido

102 Jordanova destaca o poder das imagens divulgadas em trabalhos como os dos Hunter, por terem trazido fetos e úteros grávidos à visibilidade de uma maneira jamais feita até então, num período em que o próprio termo "reprodução" era ainda uma novidade que tinha substituído o termo "geração", da época dos pré-formacionistas. As imagens que se tinha antes eram de fetos que mais pareciam alegorias de miniaturas de humanos adultos. Não que o tema da gravidez, das formações e deformações fetais e outros assuntos afins fossem novos, mas a autora identifica, nesse período, uma especificidade histórica principalmente na forma de expressão do conhecimento científico sobre essas questões, em que o contexto cultural estava permeado pelo entusiasmo de conhecer as partes responsáveis pela reprodução – por meio da anatomia – e nomeá-las (JORDANOVA, 1999, P. 217).

anteriormente (Cf. Exposição *Nascer*, p. 123 neste Capítulo). Consequentemente, há também uma produção da falta, de sentimentos de não pertencimento ao modelo, de estar fora da sociedade, de pulsões desejosas de pertencer ao modelo, ou, simplesmente, de não identificação. Em suma, há exclusão de públicos pela exposição e reforço de valores patriarcais, já bastante problematizados nos últimos anos.

MODELOS SEM ROSTO – ÚTEROS, OVÁRIOS, TROMPAS[103]

A perspectiva biológica que utiliza modelos anatômicos de peças do corpo humano é comum na cultura de ensino de disciplinas científicas e não é diferente em "Reprodução". Ao entrar na exposição, ficamos imersos em óvulos gigantes, ovários de todos os tamanhos, úteros grávidos com fetos aparentes por todos os lados. Mas o que chama a atenção é que não há um rosto ou corpo inteiro de mulher: todos os úteros grávidos são desprovidos de corpo e rosto, a mulher é oculta; somente se sabe que se trata de uma mulher pelo seu sexo, pela reprodução. A mulher está ausente quase o tempo todo, salvo neste único momento em que aparece por meio do homem e da família, como vimos na escultura.

Muitas historiografias têm nos mostrado o quanto a identidade da mulher, quando esta se tornou objeto de interesse da medicina, passou a ser definida por seus órgãos reprodutivos, por sua sexualidade e por sua capacidade reprodutiva. Não à toa, um dos capítulos da tese de doutorado de Patricia de Freitas (2005) intitula-se "A mulher é seu útero". Úteros grávidos e aparelhos reprodutores femininos desprovidos de rostos, como se apresenta em *Reprodução,* fazem parte das ilustrações dos grandes manuais de anatomia, obstetrícia e ginecologia desde o século XVIII (JORDANOVA, 1999; MARTINS, 2000). Desde então, e cada vez mais, o corpo feminino, dividido em partes anatômicas, passou a se tornar a representação hegemônica da mulher na medicina, influenciando até hoje a representação da gravidez, por exemplo, por meio de barrigas sem rosto, como vimos em *Nascer*, e como é possível verificar em propagandas publicitárias sobre a gravidez e produtos para gestantes. Ou, simplesmente, inserindo-se as palavras-chave "gravidez" e "mulher grávida" numa rápida pesquisa de imagens em buscadores da *internet*.

Emily Martin (2006) atribui essa despersonalização da mulher também a uma

103 O termo "trompas de falópio" foi substituído nas práticas científicas há alguns anos por "tubas uterinas". Mantivemos "trompas" por ser ainda o termo mais usado popularmente.

mudança na ordem simbólica do papel da mulher na gestação e no parto para a medicina. O olhar para a gravidez e o parto, a partir do século XIX, mas principalmente no século XX, foi deslocado da mulher para o feto. Se antes a regra era salvar a vida da mãe em um parto complicado, a partir desse período, da biopolítica da população, a vida do feto e a segurança de seu nascimento passaram a constituir o discurso e a prática médica (Cf. Capítulo 2), bem como a representação visual desses eventos. Em toda a exposição, não há sequer um rosto de mulher, mas o rosto de bebê está presente, nos fetos e na vitrina localizada na sala onde há exibição do vídeo, ao lado de um aparelho reprodutor feminino, como citado na descrição da exposição. Esse rosto é de um bebê real, uma fotografia: ele está dormindo e transmite a calma e o encantamento que os bebês geralmente provocam.

Ao traçar um paralelo da gestação e do parto com a produção em massa nas fábricas, mostrando como o conceito de reprodução se aproximou da produção e da efetividade, Martin (2006) observa, ainda, a perda da identidade e do protagonismo da mulher, que passa a se resumir a seu útero. Este é a metáfora dos meios de produção e só interessa na medida em que fornecerá um produto, o feto. Nesse sentido, poderíamos afirmar que no painel "Nascimento", que mostra os modelos anatômicos sintéticos que representam a fase de expulsão do bebê, é o evento do nascimento que está sendo representado, o parto está ausente porque o que vemos são apenas úteros, e o parto pertence à mulher.

****

A perspectiva biológica e didática de "Reprodução" parece fazer-nos entrar em um imenso livro de biologia. A quase exclusividade da presença dessa disciplina confere os contornos do tratamento da reprodução humana, de forma que não há articulação epistemológica com os aspectos sociais e culturais da reprodução. Tudo se passa como nos livros de biologia, onde o modelo esquemático representativo do ideal biológico, como se fosse expressão da natureza e não uma construção da cultura científica, é o que é mostrado – os fetos nos modelos anatômicos não tem circular de cordão, por exemplo (Cf. discussão sobre isso na Exposição *Nascer*). A parede de fetos também se enquadra nesta falta de articulação entre os diferentes aspectos que fazem parte de um desenvolvimento fetal que não apenas os elementos biológicos, e acaba se tornando atrativa mais visualmente (ou do ponto

de vista do objeto, na museologia), do que conceitualmente – o que também pode ser atribuído às abordagens metodológicas da biologia, usualmente, e dos museus de ciências, em sua maioria.

Há, contudo, uma articulação com o campo da moral, ao apresentar a família ponto de partida da reprodução e a imagem da mulher como o ser maternal, sagrado, que deve ser amparado pela figura masculina, reforçando estereótipos e pensamentos hegemônicos que tem sido desconstruídos, como já discutido.

Ainda assim, "Reprodução", por não ter pretensões de comunicar o tema da atenção ao parto e nascimento, mas sim o da reprodução humana, acaba por surpreender por tratar do processo de reprodução até as "vias de fato", isto é, o parto e o nascimento. A exibição, por meio dos modelos anatômicos, apresenta a fase de expulsão do bebê, assim como a expulsão da placenta, muito esquecida nos discursos sobre o mecanismo do parto algumas vezes, e que constitui sua última fase.

A abordagem do parto e nascimento merece atenção porque, raramente, esses eventos são mostrados ou algo é dito sobre eles nas abordagens escolarizadas do tema da reprodução humana. O MCT, assim como os demais museus de ciências no Brasil, tem predominância de visitação do público escolar e tal abordagem, ainda que com as devidas problematizações feitas anteriormente, mostra-se relevante por, no mínimo, incluir o tema do parto e nascimento na apresentação da reprodução humana, pois a partir de sua enunciação confere visibilidade a sua existência.

Não há menções à cirurgia cesareana e, ao contrário de identificar nisso uma ausência, já que o objetivo da exposição não é a comunicação sobre o parto nem sobre as vias e locais de parto, identificamos aí um ponto positivo, considerando o contexto atual em que a cesárea tem sido tão valorizada como forma de nascimento nos discursos biomédicos sobre segurança e avanços tecnológicos na obstetrícia. Há, ao contrário, uma menção ao parto vaginal, já que este é o tipo de parto que aparece tanto no painel "Nascimento" quanto no documentário em exibição. Mas não podemos afirmar se isso se dá de forma intencional ou não, ficando apenas a título de observação o fato de que o discurso apresentado tem como enunciado o parto vaginal, naturalizando-o de certa forma.

Sobre o documentário, é uma experiência visual, real, que complementa o processo didático do parto exibido por meio dos modelos anatômicos do painel "Nascimento",

cujo conteúdo inclui outro universo que é o da criança, dos cuidados nos primeiros anos e dos estágios de desenvolvimento cognitivo. No entanto, sua duração é longa – mais de 50 minutos –, o que, acreditamos, torna inviável seu acompanhamento pelos visitantes. É exibido continuamente, e não em grupos formados e guiados. Durante um período de uma hora, aproximadamente, de observação dos visitantes, composto exclusivamente por público escolar, foi possível perceber que desperta pouco interesse entre os estudantes, que não assistem ao vídeo, ficando este material aparentemente sem utilidade concreta – o que justificou o material não entrar em nosso campo de análise. Considerando que o MCT/PUCRS é um museu de grandes proporções em tamanho e com muitos atrativos, o interesse pelo documentário pode não ser possibilitado haja vista a enorme quantidade de itens expositivos, muitos deles interativos, que despertam maior atenção entre os jovens visitantes. Outros motivos talvez expliquem também a pouca atratividade do documentário: estar em um espaço interno, com pouca luminosidade, mais intimista e que exige do visitante um "tempo" diferente daquele percorrido ao longo das exposições, bastante recreativas em sua maior parte. O documentário provoca outro tipo de interação, mais relacionado aos conceitos *minds on* e, especialmente, *hearts on* (WAGENSBERG, 2005), que necessitaria de outra estratégia, que proporcionasse envolvimento e interesse. Ainda assim, a duração do vídeo é inadequada para uma visita única ao museu.

4.3. EXPOSIÇÃO "MULHERES E PRÁTICAS DE SAÚDE: MEDICINA E FÉ NO UNIVERSO FEMININO"

4.3.1. MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL

O Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM) foi criado oficialmente em 2006 pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers), que o mantém até hoje. Em 2007, a sede administrativa e expositiva do museu passou a funcionar no antigo prédio da Beneficência Portuguesa, um prédio histórico bastante conhecido em Porto Alegre, localizado em uma das principais avenidas do centro da cidade, a Avenida Independência.

O MUHM é um museu regionalista que se dedica exclusivamente à história da medicina do estado do Rio Grande do Sul (RS), contando com a colaboração de importantes nomes da cena médica gaúcha. Grande parte de seu acervo é constituído por arquivos pessoais de médicos, de parteiras e de uma folclorista, doados pelos próprios ou por familiares. A Reserva Técnica está situada em um prédio em outra parte da cidade, distinta da sede onde se realizam as exposições, realizando as atividades de conservação preventiva, preservação e salvaguarda deste acervo. É composta por Acervo Tridimensional, Arquivístico, Bibliográfico e Audiovisual Digital, sendo parte dele disponibilizado no *website* da instituição.

A equipe do museu é composta por profissionais de diversas formações e conta com os seguintes setores e diretorias: Direção Geral, Direção Técnica, Setor de Pesquisa e Acervo, Setor de Acervo Bibliográfico, Acervo SIMERS e Setor de Acervo Arquivístico e Setor Educativo.

Além dos profissionais fixos, faz parte da equipe um quadro rotativo de estagiários em todos os setores, geralmente estudantes dos cursos de Museologia, Arquivologia e História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS).

O espaço expositivo do museu é relativamente pequeno e compõe-se de três ambientes: (1) sala de exposição permanente; (2) sala de exposições temporárias temáticas e (3) espaço "Destaque do acervo". Este último, como o próprio nome diz, é dedicado à

exibição de objetos históricos do acervo especialmente selecionados dentre o conjunto da Reserva Técnica. A sala de exposição permanente reúne objetos históricos já exibidos em outras exposições, compondo algumas temáticas. Há também um espaço dedicado a uma especialidade da medicina, que fica em destaque, sendo substituída mensalmente. Geralmente, está conectada a algum tema ou especialidade médica que tenha relação com aquele período, a temas de âmbito regional e nacional ou a datas comemorativas: por exemplo, no mês de comemoração do Dia Internacional da Mulher foi dedicado às especialidades de saúde da mulher – ginecologia e obstetrícia. Na ocasião da visita à instituição, em dezembro de 2013, a especialidade da oftalmologia estava sendo homenageada. No mês de fevereiro de 2014, por exemplo, o espaço foi dedicado à exposição do acervo doado pela Sociedade Portuguesa de Beneficência em homenagem aos 60 anos desta instituição, fundada em 26 de fevereiro de 1854. O espaço de exposições temporárias, no momento da pesquisa de campo (dezembro), exibia uma exposição sobre a AIDS e, no início de 2014, a exposição versava sobre a medicina do esporte, em razão da Copa do Mundo realizada no Brasil naquele ano.

Além de exposições, o MUHM promove uma série de outras atividades para o público, sempre gratuitas e abertas à comunidade, como palestras sobre temáticas diversas, e o "Quintas no Museu", um projeto semanal que acontece às quintas-feiras, com a proposta de trazer ao público a história da medicina, a medicina da mulher, assim como literatura e eventos musicais, como o "Sarau Lírico". O primeiro "Quintas no Museu", inaugurado no dia 13 de março de 2008, foi conduzido pelo médico e escritor Luiz Alberto Soares, presidente da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores, sobre o tema das três primeiras mulheres médicas formadas no Brasil, em alusão ao Dia Internacional da Mulher: Rita Lobato, Ermelinda Lopes de Vasconcelos e Antonieta César Dias, todas gaúchas. O "Quintas", como é chamado informalmente, tem como objetivo atrair o público para o museu e para o universo da divulgação da história da medicina do estado, bem como para outros assuntos relacionados à saúde na atualidade.

O MUHM também promove atividades e eventos fora do museu, na rua e na Praça Dom Sebastião, em frente a sua sede (Figuras 29 e 30), com o objetivo de estabelecer um diálogo cultural com o público. Em setembro de 2008, na ocasião da 2ª Primavera dos Museus, entre atrações, atividades e exposições abertas ao público, o MUHM foi também o responsável pela organização da 1ª Mateada Primavera, um evento cultural portoalegrense sobre a tradição do chimarrão, que contou com a presença da Escola de Chimarrão e

aconteceu na Praça. Além da organização, o museu também apresentou parte de sua história por meio da mostra "Médicos em confrontos armados", em referência ao 20 de setembro, marco da Revolução Farroupilha. Em setembro de 2011, a exposição *Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino* também fez parte dos atrativos da 2ª Mateada (Figura 29), por conta da 5ª Primavera de Museus, cujo tema geral foi "Mulheres, Museus e Memórias". A festa da mateada já está em sua 4ª edição, sempre com a organização do MUHM em parceria com o SIMERS e com a Associação Amigos do MUHM, o que demonstra o esforço e o reconhecimento da importância do diálogo com a sociedade e o viés sociocultural regional, inserindo a medicina e o próprio museu em num universo mais amplo do que o dos conhecimentos biomédicos e de sua exibição[104].

Figura 29: Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" - 2a Mateada, Praça Dom Sebastião, Porto Alegre.

104Informações extraídas de conversa informal com o diretor técnico do MUHM e de notícias da mídia sobre os eventos, acessíveis em http://www.portoalegre.travel/site/contdetalhes.php?idConteudo=8720; e http://www.muhm.org.br/index.php?formulario=noticias&submenu=&metodo=0&id=382 Acesso em 24/09/2014.

Figura 30: Ato do MUHM na campanha de prevenção ao câncer de mama, em frente à sede do museu.

O Setor Educativo do museu também oferece uma grade de atividades para os visitantes, em especial o público escolar. Para participação é necessário agendamento prévio do professor responsável para uma reunião. Esse encontro "serve para que o professor possa conhecer o espaço do Museu, conhecer as ações educativas e discutir com o Setor Educativo a melhor atividade a ser desenvolvida com a turma que irá visitar o Museu"[105]. Se definida uma oficina para os alunos que visitarão posteriormente, "o professor retorna à escola com maiores subsídios para preparar a turma, propondo atividades antes e depois da visita ao Museu"[106]. Esta é a proposta educativa do MUHM, que disponibiliza um arquivo com a descrição detalhada de cada oficina que pode ser realizada com os visitantes[107].

Outra atividade educativa oferecida é o projeto "Pílulas de História da Medicina", que se compõe de vídeos didáticos[108] sobre temas da área da saúde, como: "Saúde da Mulher",

105Informações extraídas do *website* do museu em https://sites.google.com/site/educativomuhm/como-participar, acesso em 31/09/2014.
106Idem.
107A descrição detalhada de cada oficina oferecida pelo MUHM pode ser acessada em https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxlZHVjYXRpdm9tdWhtfGd4OjJiYTY4MmM3N2RlMzgyY2U, acesso em 31/09/2014.
108Os vídeos de Pílulas de História da Medicina podem ser acessados em https://sites.google.com/site/educativomuhm/videos, acesso em 31/09/2014.

sobre a pílula anticoncepcional como método contraceptivo; "História dos Museus", que apresenta uma história desde o *mouseion*, na Grécia antiga, até a criação dos museus na América Latina; e "Bullying".

4.3.2. Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" – Aspectos descritivos

Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino tem como tema central a **homenagem às mulheres por meio de relatos de vida de médicas, parteiras e benzedeiras em suas trajetórias no cuidado à saúde**. Além da homenagem, por meio das mulheres entrevistadas, a mostra homenageia também a primeira médica brasileira formada na Bahia, em 1887: a gaúcha Rita Lobato, cujo arquivo pessoal foi doado por sua família ao museu. Depois da inauguração da exposição, Rita Lobato deu nome a uma sala do museu.

O principal recurso metodológico para a montagem da exposição foram entrevistas com médicas, parteiras e benzedeiras visando à coleta de suas narrativas de vida sobre os cuidados no campo da saúde por elas praticados, inserindo-se na abordagem da **história oral.**

Mulheres e práticas de saúde foi inaugurada para o público no dia 08 de março de 2008, como parte da comemoração oferecida pelo museu ao Dia Internacional da Mulher. Após a exibição na sede do MUHM, inicialmente prevista para terminar em setembro, mas que acabou se prorrogando até outubro do mesmo ano, a mostra tornou-se uma exposição itinerante e já foi exibida em vários pontos da cidade de Porto Alegre, como a Usina do Gasômetro (Figura 31), o Chalé da Cultura (Figura 32), o Hospital Conceição, além de festas populares na Praça Dom Sebastião, como já citado anteriormente. No interior do estado, a exposição já foi exibida em cidades como: Bagé, no Museu Dom Diogo de Souza; Cachoeira do Sul, no Hospital Caridade e Beneficência; Pelotas, na Biblioteca Pública Pelotense; Santiago, na Estação do Conhecimento; e São Gabriel, na Santa Casa de Caridade. Exibida a partir de fundos do próprio museu, recentemente a instituição tem tentado viabilizar a itinerância da exposição por meio da Lei Rouanet para garantir a ampliação do público visitante.

Figura 31: Itinerância da exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - Usina do Gasômetro, Porto Alegre.

Figura 32: Itinerância da exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - Museu Chalé da Cachoeira, RS.

A exposição tem aproximadamente 70 m^2 e compõe-se de 12 grandes painéis (Figura 33). Cada painel é constituído pela fotografia da médica, parteira ou benzedeira, e por informações como datas de nascimento, cidade natal, data de formatura e faculdade (no caso das médicas). Uma frase selecionada de cada narrativa de vida é destacada no painel de cada uma delas (Figuras 34).

Figura 33: Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - visão geral. Inauguração da exposição na sede do MUHM, 08 de março de 2008.

Figura 34: Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - paineis alternados, sobre parteiras, benzedeiras e médicas; detalhe: frases destacadas de seus relatos (montagem itinerante).

Cinco expositores com objetos históricos apresentam instrumentos obstétricos utilizados por médicas e parteiras, como fórceps, tesouras, além de antigos manuais e tratados de obstetrícia, água benta e orações para benzeduras. Objetos do acervo do MUHM, que pertenceram à médica gaúcha Rita Lobato, também são expostos juntamente com um manequim vestido com uma réplica do vestido da médica feita pelos cursos de Design em Moda e Tecnologia e especialização em Moda, Arte e História, da Universidade Feevale, de

Novo Hamburgo, RS. Entre os objetos históricos está também o *phantom*, um modelo de útero e pélvis feminina, que era utilizado em Cursos de Partos do Rio Grande do Sul, como veremos mais adiante.

Há, ainda, um painel virtual – monitor de computador – onde é possível assistir a dois vídeo-documentários, "Vida" e "Fé", que contam a história de vida das parteiras e benzedeiras, respectivamente, por meio de suas próprias vozes e imagens, coletadas nas entrevistas. É possível também ouvir os arquivos de áudio gravados em cada uma das entrevistas com as médicas, disponibilizados na íntegra. No *website* do MUHM, é possível acessar a página dedicada à exposição, com todos os dados referentes a cada uma das personalidades entrevistadas, textos, bem como os arquivos em áudio das entrevistas realizadas com as médicas e os vídeo-documentários das parteiras e benzedeiras.

É possível perceber que os paineis utilizados na inauguração não são os mesmos da exposição itinerante[109]. Desse modo, percebemos também uma diferença em sua exibição: na sede do museu, na ocasião da inauguração, os paineis parecem se agregar conforme a especialidade. Isso pode ser visto na Figura 33, onde é possível visualizar apenas paineis sobre parteiras e benzedeiras, dividindo espaço com objetos que compõem esse universo; assim como, na Figura 43, há apenas paineis de médicas reunidos em um mesmo espaço, em torno de objetos da medicina[110]. Na itinerância, é possível perceber os paineis misturados, reunindo médicas, parteiras e benzedeiras alternadamente (Figura 34).

Médicas

São dez médicas entrevistadas (Tabela 1; Figuras 35 e 36), todas elas provenientes do estado do Rio Grande do Sul. As entrevistas realizadas estão disponíveis na página virtual da exposição, sendo que os arquivos de áudio são apresentados em sua íntegra, separadamente, ou seja, junto ao texto sobre cada uma das médicas abordadas.

Em relação ao ano de formação, observamos que duas das médicas se formaram na década de 1950, seis delas na década de 1960, uma na década de 1970 e uma, mais recentemente, em 1984. A maioria delas cursou Medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre; duas delas, na Faculdade Católica de Medicina,

109Provavelmente para viabilizar a itinerância por meio de uma material mais leve e de menores proporções, considerando a necessidade de transporte e disposição de espaço para exibição.

110Estamos supondo, já que não é possível nos certificarmos completamente por meio da fotografia.

que hoje é Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); e uma na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em Santa Maria, RS. Em relação às especialidades, um grande número delas atua em especialidades pediátricas ou relacionadas ao campo de atenção à saúde infantil, sendo: Neonatalogia, Pediatria, Neurologia Pediátrica e Gastroenterologia Pediátrica, com uma representante em cada uma das especialidades. Três delas atuam na saúde da mulher, sendo duas em Ginecologia e Obstetrícia, e uma em Diagnóstico por Imagem voltada à saúde da mulher. As demais se dividem entre a Epidemiologia, a Cardiologia e Medicina Interna, e Neurologia e Geriatria.

Figura 35: Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" - paineis de médicas_1.

Figura 36: Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" - paineis de médicas_2.

Nome	Ano de nascimento/ Naturalidade	Área médica de atuação	Formação
Beatriz Bohrer do Amaral	1953 – Porto Alegre	Diagnóstico por Imagem (Saúde da mulher)	1984 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Iole da Cunha	1936 – Veranópolis	Neonatologia	1961 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Liselotte Ursula Bruhn de Almeida	1930 – Agudo	Neurologia e Geriatria	1967 – Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre
Maria Beatriz Mostardeiro Targa	1945 – Porto Alegre	Epidemiologia	1973 – Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre
Mery Lourdes Arpini	1927 – Bento Gonçalves	Ginecologia e Obstetrícia	1957 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Mireia Simoes Pires Wayhs	1931 – Bagé	Ginecologia; Obstetrícia; Cancerologia	1956 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Newra Tellechea Rotta	1939 – Uruguaiana	Neurologia Pediátrica; Livre Docente em Neurologia Infantil	1963 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rita Suzana Camargo Souto	1934 – Caçapava do Sul	Pediatria	1960 – Universidade Federal de Santa Maria
Themis Reverbel da Silveira	1938 – São Gabriel	Gastro Pediatria; Doutora em Genética	1964 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Valderes Antonietta Robinson Achutti	1931 – Caxias do Sul	Medicina Interna; Cardiologia	1960 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Tabela 1: Relação de médicas entrevistadas.

Parteiras e benzedeiras

São também dez mulheres entrevistadas entre benzedeiras e parteiras, seis parteiras e cinco benzedeiras (Tabelas 2 e 3; Figuras 37, 38 e 39), sendo que uma delas, D. Miguelina, é tanto parteira quanto benzedeira. Todas elas são também provenientes do estado do RS, atuantes na região metropolitana de Porto Alegre e no interior do estado. A maioria,

principalmente das parteiras, já estava aposentada na época da realização das entrevistas, em 2007. Em relação às parteiras, duas delas são formadas e as outras quatro são parteiras ditas "curiosas".

Figura 37: Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" - paineis sobre parteiras e benzedeiras_1.

Figura 38: Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" - paineis sobre parteiras e benzedeiras_2.

Figura 39: Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" - paineis sobre parteiras e benzedeiras_3.

Nome	Ano de nascimento/ Naturalidade	Atuação
Ana Marisa Aguirres da Silva	1943/ Restinga Seca	Porto Alegre
Enedina Rodrigues	sem data/ Alegrete	Garibaldi
Maria Petronilha dos Santos Silva (D. Nina)	1929/ Santana do Livramento	Capivari do Sul e região
Miguelina Ferreira de Lemos*	1902/ Mostardas	Mostardas e região
Zeli da Rosa Neto	1930/ Capivari do Sul	Capivari do Sul e região

Tabela 2: Relação de benzedeiras entrevistadas. *D. Miguelina é parteira e benzedeira.

Nome	Ano de nascimento/ Naturalidade	Atuação	Formação
Anita Engelmann	1928/ Rolante	Igrejinha e região	curiosa
Clara Raspolt	1911/ Selsenkirchen, Alemanha	Ijuí e região	enfermeira obstétrica – Faculdade de Medicina do Paraná, 1934
Dolores Gonçalves	1924/ Itaqui	Uruguaiana e região	curiosa
Iara Tavares de Ávila Veiga	1929/ Alegrete	Porto Alegre e região metropolitana	enfermeira obstétrica – Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1952
Maria Guilhermina Mayer	1922/ São Martinho da Serra	Santa Maria e região	curiosa
Miguelina Ferreira de Lemos	1902/ Mostardas	Mostardas e região	curiosa

Tabela 3: Relação de parteiras entrevistadas.

4.3.3. Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" – Análise e discussão

4.3.3.1. DISCURSO DA EXPOSIÇÃO

> É com muita satisfação que o Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul traz até você a trajetória de algumas mulheres gaúchas que se dedicaram, cada uma a seu modo, à saúde da população. A mostra contempla o pioneirismo das médicas do estado, a importância das práticas populares das benzedeiras e, por fim, o trabalho das parteiras que, com ou sem formação, prestaram um grande auxílio à

> comunidade. Conheça um pouco mais sobre a vida dessas grandes mulheres, exemplos de força e sensibilidade, que estão sendo homenageadas nesta exposição[111].

Com esse texto, "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" é apresentada, tanto em painel na exposição quanto no *website* do museu. A exposição parte, portanto, de um recorte de gênero, no sentido de reconhecer a presença feminina no cuidado à saúde ao longo da história e, ao mesmo tempo, o quão recente é sua participação na ciência:

> Relacionar o universo feminino à saúde é uma tarefa fácil e extensa ao mesmo tempo. Isso porque sempre coube à mulher proporcionar bem-estar àqueles que a cercam. No parto, nos cuidados maternais, na utilização de ervas, efusões e cataplasmas, pela fé na busca da cura, a condição feminina na experiência humana invariavelmente prevaleceu. Na medicina, encontrou espaço decisivo para o desenvolvimento desta vocação. Para o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, oferecer apoio ao Muhm representa a oportunidade de resgatar o trabalho e a memória de médicas e de outras pioneiras do atendimento em saúde. Portanto, nada mais simbólico do que inaugurar esta exposição nas comemorações do Dia Internacional da Mulher, reconhecendo e homenageando todas as profissionais.

O papel da mulher como cuidadora tem destaque em nossa cultura (RESTA e BUDÓ, 2004; GUIMARÃES e LIPP, 2012) e na exposição não é diferente, destacando-se o discurso da vocação. Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto o papel do homem era de trabalhar fora para garantir o provimento financeiro da família. Apesar de todas as mudanças sociais, nos arranjos familiares e dos novos papéis assumidos pela mulher no mercado de trabalho, os estudos citados apontam o quanto ainda cabe a ela, muitas vezes, assumir a função de cuidadora quando um membro da família adoece.

Quanto aos objetos, eles são poucos na exposição e a maioria é exibida de forma metafórica. Água benta e orações trazem para o campo da saúde a religiosidade, compartilhando o mesmo espaço de manuais de obstetrícia, instrumentos como fórceps, tesoura e agullhas, compondo esse universo (Figura 40).

O *phantom* (Figura 41) é um dos objetos que se destaca em sua historicidade: um

111 Trecho extraído da página virtual da exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino", que pode ser acessado em: *http://www.muhm.org.br/index.php?formulario=mulheres&metodo=4&id=0&submenu=2*.

modelo do útero e pelve feminina confeccionado em tecido, couro e madeira, que era utilizado em cursos de partos. Inclui um modelo de bebê, cujo corpo é feito de tecido, com seus membros articulados, e cabeça de madeira. Pertenceu ao médico Gabriel Schalatter, que veio ao Brasil no final do século XIX, se estabelecendo no Rio Grande do Sul, onde criou o primeiro Curso de Partos desse estado. Na exposição, fotografias do Dr. Gabriel Schlatter no curso com as alunas também são exibidas. Na exposição é exibido mais de forma ilustrativa, mas faz um diálogo interessante com a fotografia que materializa a experiência histórica.

Figura 40: Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" - objetos da exposição: manuais de obstetrícia e fórceps (montagem itinerante).

Figura 41: Exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" - objetos da exposição: *phantom.*

HORIZONTALIDADE ENTRE SABERES

Essa vocação no cuidado à saúde que teriam as mulheres encontrou "espaço decisivo" na medicina, segundo o texto. Aqui, há um enaltecimento da ciência médica, mas não como saber hierárquico e, sim, pela referência do lugar da mulher na medicina, a sua inserção nessa ciência que por tantos séculos a deixou de fora. O ofício do cuidado à saúde exercido pelas mulheres ao longo da história, fora do campo científico, é algo muito anterior à própria constituição da medicina moderna.

Portanto, a noção de vocação, nesse sentido, parece enaltecer as habilidades e capacidades femininas no cuidado à saúde; a frase seguinte confirma isso quando faz referência às parteiras e benzedeiras, consideradas "pioneiras no atendimento à saúde". Um pioneirismo, no entanto, que foi aceito enquanto os médicos e as mulheres não dividiam os mesmos espaços: os primeiros eram os homens da ciência, teóricos e estudiosos, como vimos no Capítulo 2; às mulheres, se investiu na noção de que seu papel fazia parte exclusivamente do ambiente doméstico – daí, seu protagonismo no cuidado da saúde. A partir do momento em que a medicina penetra no ambiente doméstico, como o saber instituído para cuidar dos corpos, a mulher perde seu lugar no campo da saúde, passando a ser desqualificada e marginalizada como aconteceu com as parteiras. Mas é preciso ter claro que a ela não era permitido o acesso a esse saber. O que mudaria com sua inserção, segundo o discurso apresentado, é que tal vocação teria encontrado um "espaço decisivo" que vai permitir às mulheres a continuidade de seu exercício de cuidar da saúde, agora sob o domínio da formação pelo saber válido para isso. Nos parece mais discurso que chama a atenção para as relações políticas que estão por trás do acesso a esse saber e do que ele significou na vida das mulheres médicas, do que um pensamento hierárquico quanto ao caráter epistemológico da ciência em relação ao saber tradicional das parteiras e benzedeiras.

A apresentação de parteiras e benzedeiras ao lado de médicas no cuidado à saúde foi, sem dúvida, o que nos chamou a atenção desde o princípio, por ser uma exposição realizada em (e por) um museu de história da medicina, mantido por um sindicato médico. A inclusão e valorização do papel dessas mulheres, reconhecendo sua importância como pioneiras nesse ofício, que vai se dar depois na figura da médica, quase como uma continuidade política quando o gênero passa a ter permissão de adentrar no território oficializado da saúde – a medicina – parece-nos ser o ponto forte da exposição. Há um

discurso de horizontalidade, ao colocar no mesmo platô essas mulheres, "homenageando todas as profissionais".

O SIMERS foi criado em 20 de maio de 1931, em Porto Alegre, e congrega hoje 13 mil profissionais em todo estado[112]. Surgiu "como uma reação a um conceito vigente nas primeiras décadas do século XX que se chamava 'liberdade profissional', uma concessão da lei da época que permitia a prática da Medicina por pessoas que não tinham estudo acadêmico e nem mesmo uma formação técnica adequada"[113]. Ou seja, o sindicato nasce no contexto da organização da classe médica contra o charlatanismo e a legalização da profissão médica, que se daria em 1932, pelo Decreto 20.931, durante o governo de Getúlio Vargas[114]. No *website* do sindicato, no entanto, a referência ao MUHM não é explícita; tivemos alguma dificuldade para encontrar o *link* para o museu, que se encontra dentro de uma sessão intitulada "Serviços" e, dentro dessa, em "Informação". Ao mesmo tempo, é claro o apoio institucional ao museu, viabilizado de várias maneiras, inclusive no incentivo à captação de recursos, por várias vias, para as atividades de itinerância de "Mulheres" e outras exposições[115]. Em conversa informal com o Diretor Técnico do MUHM, foi possível ter conhecimento de que a proposta de incluir parteiras e benzedeiras no campo da saúde, ao lado de médicas, na exposição, não foi bem aceita, a princípio, por todos os membros do SIMERS. No entanto, também não houve manifestações organizadas de resistência e impedimento para que ela se realizasse, ficando a discordância da proposta como algo que foi citado, mas negociado em conversa sobre a proposta e montagem da exposição. Tanto que a exposição foi concebida com plena liberdade de sua proposta inicial, e conta com a presença do médico e Diretor Geral do MUHM, Germano Bonow, em todas as inaugurações nas localidades onde foi exibida, como é possível saber a partir de algumas reportagens produzidas pela assessoria de imprensa do museu, na página virtual da instituição.

A proposta de reconhecimento do ofício de parteiras e benzedeiras dentro de um museu de história da medicina, uma instituição validada por uma autoridade científica para a comunicação da história e da ciência (Cf. Capítulo 3), tem um efeito muito positivo e traz à tona a preservação de um patrimônio imaterial, que é o saber dessas mulheres, contribuindo

112Informações obtidas na página do MUHM, na sessão Institucional, História do SIMERS, http://www.muhm.org.br/index.php?formulario=historiasimers&metodo=4&id=0&submenu=1 Acesso em 31/11/2014.

113Ibid.

114Ibid.

115Em 2013, o MUHM conseguiu aprovação, por meio da Lei Rouanet, junto ao Ministério da Cultura (MinC), e tenta captar doações para viabilizar seus projetos, entre eles a itinerância de "Mulheres e práticas de saúde".

para o seu não esquecimento em nossa cultura.

Em relação aos diferentes saberes entre os três ofícios, mesmo em relação às benzedeiras, que tem como base a fé e as crenças em sua prática, seus saberes são colocados pelo discurso da exposição como "conhecimentos", como podemos perceber neste trecho do painel sobre essas mulheres: "O que é certo é que as mulheres benzedeiras e seus dons transmitiram-nos, ao longo do tempo, um mosaico infindável de práticas de cura que mesclavam conhecimentos naturais, pragmatismo e fé".

Em relação às parteiras, a menção entre formadas e não formadas é feita não de maneira a criar hierarquias, mas como condição de registro da história e como diferenças na constituição de seus saberes, também colocados como "conhecimento":

> Algumas dessas parteiras estudaram, tiveram um preparo oficial em Escolas de Partos. Outras aprenderam na prática ao acompanhar a avó, a mãe... quando essas saiam para trabalhar. Mesmo com diferenças na constituição do saber, trabalhavam, ora auxiliando, ora substituindo os médicos – dadas as distâncias e a carência destes profissionais. As parteiras eram respeitadas pelo conhecimento que possuíam, cuidavam não só da parturiente como também de toda a sua família. Sua determinação muitas vezes levou à criação de maternidades. (Painel sobre as parteiras)

PERSPECTIVA DE GÊNERO

A questão de gênero e a horizontalidade de saberes se entrelaçam na exposição e sua divisão em tópicos se dá apenas para uma melhor explanação sobre como compreendemos a identificação dessas duas perspectivas. No texto sobre as médicas, há uma apresentação da história da inserção das mulheres na medicina, na Europa e no Brasil, dando destaque a quatro personalidades gaúchas, que foram as primeiras mulheres a se formarem em medicina no Brasil: Rita Lobato Velho Lopes, na Bahia, em 1887; Ermelinda Lopes de Vasconcelos, em 1888, e Antonieta César Dias, em 1889, ambas no Rio de Janeiro; além de Alice Mäeffer, que foi a primeira mulher gaúcha a se formar em medicina em seu próprio estado, na recém Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1904, como podemos ler no texto a seguir.

> Na Idade Média, as Escolas de Salermo e de Paris admitiam mulheres, conferindo-lhes o direito de exercer a profissão de cirurgiãs e parteiras, porém, o acesso ao ensino formal para exercer a profissão de médica foi muito dificultado até o século XIX. Na Europa, a primeira mulher formada em Medicina foi Dorotea Erxleben, que

> obteve o diploma em 1754 na Universidade de Halle, na Alemanha. No Brasil, a primeira mulher a obter o título foi Maria Augusta Generoso Estrela, que através de uma bolsa de estudos concedida pelo Imperador D. Pedro II estudou em Nova Iorque, obtendo o diploma de médica em 1879. No mesmo ano, no Brasil, uma reforma no Ensino pelo Decreto n. 7217 de 19 de abril facultou o acesso de mulheres ao Ensino Superior: "É facultada inscripção (...) aos indivíduos do sexo feminino, para os quaes haverá nas aulas logares separados.
>
> Foi em um lugar separado na sala de aula que a gaúcha **Rita Lobato Velho Lopes** freqüentou, primeiro no Rio de Janeiro, depois na Bahia, a Faculdade de Medicina, até tornar-se a primeira médica formada no Brasil, com a tese "Paralelo entre os métodos preconizados na operação cesariana", defendida em 1887. Médica notável, foi a primeira mulher eleita vereadora em Rio Pardo, no ano de 1934 pouco depois das mulheres conquistarem o direito ao voto. Seu mandato duraria até 1937, quando foi cassada pelo Estado Novo, de Getúlio Vargas. Atuou também em Jaguarão e Porto Alegre.
>
> Sua dedicação fez escola entre suas conterrâneas. **Ermelinda Lopes de Vasconcelos**, porto-alegrense, concluiu o curso em 1888, no Rio de Janeiro, tendo o Imperador D. Pedro II presidido sua banca de defesa de tese. A jovem médica enfrentou muitas críticas por ser mulher em uma profissão, à época, eminentemente masculina. Contudo, dedicou-se a obstetrícia, realizando mais de 10 mil partos ao longo de sua trajetória dedicada à Medicina. A pelotense **Antonieta César Dias** também deixou a cidade natal para enfrentar o desafio de estudar. Diplomada em 1889, no Rio de Janeiro, com a tese "Hemorragia Puerperal", completou a tríade de pioneiras.
>
> Movidas pelo desejo de tornarem-se médicas, as três gaúchas dirigiram-se às Faculdades de Medicina que existiam no Brasil na época. Em 1898, com a criação da Faculdadeda de Medicina de Porto Alegre, a jovem **Alice Mäeffer** não precisou deixar o Rio Grande do Sul: matriculou-se na primeira turma, e em 1904 recebeu seu diploma. Segundo seus professores, foi aluna estudiosa, e a originalidade de sua tese repercutiu além do âmbito do Estado.
>
> Essas jovens tinham muito em comum: desafiaram os preconceitos de seu tempo para dedicar-se à Medicina. Outras mulheres seguiram o mesmo caminho. Médicas ainda atuantes que, além de serem pioneiras, (o crescimento da atividade profissional feminina ainda é recente), alcançaram níveis de excelência técnica e acadêmica.

Esse texto, que tanto abre a sessão das médicas na página virtual, como também é apresentado na exposição, apresenta um recorte histórico e de gênero para contar a história dessas primeiras médicas brasileiras. A vontade de comunicar as dificuldades que enfrentaram as mulheres para serem admitidas nos estudos de nível superior, tanto no continente europeu, quanto no Brasil, é o discurso que mais se sobressai no texto e na exposição. Uma comunicação importante, especialmente para as novas gerações que, com direitos de igualdade de gênero no acesso às universidades hoje, não se dão conta, a não ser pelo acesso à história, de que leis foram criadas para impedir a entrada das mulheres no ensino superior; não fosse por isso não seria necessárias outras leis e decretos – impulsionados por muitas lutas

feministas – como aparece no texto, para mudar tal cenário político de acesso à igualdade de direitos à educação para as mulheres.

Também são destacadas as dificuldades de se manterem na profissão e as pressões que sofriam por serem mulheres em um campo dominado pelos homens. Além disso, a porta de entrada para a mulher na profissão médica, a partir dessas quatro biografias, fica evidente e corresponde às historiografias: se davam, especialmente, pela disciplina da obstetrícia.

Nesse sentido, o vestido de Rita Lobato (Figuras 42 e 43) enquanto objeto histórico na exposição, vestido em um manequim bem no centro da mostra, nos chamou a atenção. Há uma certa fetichização dos objetos: por remeter à figura de Rita Lobato, de um cenário de seus estudos representado pela mesa de trabalho, do modo como ela se vestia, e nesse sentido o vestido funcionaria mais como um objeto fetiche (MENESES, 1994). No entanto, a peça pode assumir também uma outra função: ela materializa a presença da mulher na medicina. Em meio a retratos de mulheres contemporâneas na medicina, o vestido, aciona visualmente um outro período, no qual a mulher não estava presente no universo científico. Sua aparição causa um impacto visual que funciona como um enunciado que corporifica o feminino na ciência e os atributos associados a essa presença: pioneirismo, coragem, institucionalidade, conquista, reconhecimento, início de uma história das mulheres nesse campo. Assim como a escultura feto, em *Nascer*, há aqui um potencial interessante neste objeto, que acionam outros enunciados além do *design* da época ou a maneira de vestir de Rita Lobato.

A questão da mulher enquanto objeto de estudos ao longo da história também está presente no discurso da exposição por meio do texto: por meio de uma linguagem sutil, questões históricas em uma perspectiva de gênero são colocadas, como podemos perceber no trecho a seguir.

> Desde tempos imemoriais as mulheres sempre estiverem associadas a práticas mágico-religiosas, ao conhecimento do corpo, aos ritos de fertilidade, à manipulação das ervas e chás, aos saberes da natureza e outras tantas práticas consideradas femininas.
>
> Nas metamorfoses do conhecimento, as mulheres e suas práticas têm sido estudadas e desvendadas, tornando-se importantes objetos de estudo da história. Muito tem sido desmistificado, muito tem sido comprovado, muito tem sido negado, muito ainda temos por descobrir.

Figura 42: Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - cenário da médica Rita Lobato (detalhe: réplica do vestido de Rita Lobato).

Figura 43: Exposição “Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino” - visão geral da exposição (detalhe ao fundo: réplica do vestido de Rita Lobato).

A prática da parteira, colocada como “vocação para cuidar de outras mulheres” no campo da saúde é apresentada com grande enaltecimento de seu papel neste ofício:

> Vocação para cuidar. Assim as parteiras explicam o seu fazer. Vocação para cuidar de outras mulheres em um momento tão importante e delicado do universo feminino: o “ganhar” o filho. Mulheres obstinadas, não deixavam nunca de atender as parturientes, mesmo que para isso tivessem que deixar seus próprios filhos,

> atravessar enchentes, subir morros no lombo de cavalos, ficar dias na estrada, aprender a conduzir charretes e carros...
>
> Essas mulheres guardam na memória as imagens de cada mãe ao ter pela primeira vez o filho nos braços. Guardam o choro dos bebês que ajudaram a vir ao mundo, choro que não é de dor e sim de vida. Vida da qual foram um pouco responsáveis. Atualmente, suas atuações são raras nos grandes centros. Contudo, em um país com proporções tão extensas, essas mulheres ainda têm um papel importante.

A atuação das parteiras, ainda nos dias de hoje, não é apresentada como precariedade do acesso à saúde. A frase "Em um país com proporções tão extensas" desloca o pensamento hegemônico dos grandes centros urbanos para pensar que há outras realidades e contextos no Brasil. A ideia de uma diferença cultural, geográfica, étnica, entre outras, também pode ser produzida a partir disso e não propriamente o discurso da falta. Não que essa frase não possa conter ou produzir uma noção de dificuldade quanto aos meios de acesso a serviços de atenção ao parto, certamente ela tem e, inclusive por isso, a parteira teria um papel importante. Mas da maneira como é colocada não é a precariedade que se sobressai, mas a relevância da parteira nesse contexto: "Mulheres obstinadas, não deixavam nunca de atender as parturientes, mesmo que para isso tivessem que deixar seus próprios filhos, atravessar enchentes, subir morros no lombo de cavalos, ficar dias na estrada, aprender a conduzir charretes e carros..."

O discurso sobre as parteiras e sobre a atenção ao parto, no geral, não tem como perspectiva o texto informativo – não é essa a proposta da exposição. Ao contrário, ela traz uma sensibilidade para a cena do parto, tanto no que diz respeito à prática da parteira quanto do próprio evento do parto e do nascimento, em trechos como: "Vocação para cuidar de outras mulheres em um momento tão importante e delicado do universo feminino: o 'ganhar' o filho"; ou "Essas mulheres guardam na memória as imagens de cada mãe ao ter pela primeira vez o filho nos braços. Guardam o choro dos bebês que ajudaram a vir ao mundo, choro que não é de dor e sim de vida".

A importância da dimensão simbólica e existencial desses eventos está muito presente na exposição, assim como a associação da parteira a noções de solidariedade, cuidado e de saberes específicos.

4.3.3.2. DISCURSO DOS ATORES ENVOLVIDOS

Apresentaremos nesta seção uma análise das entrevistas dos atores envolvidos na exposição: médicas, parteiras e benzedeiras. A análise foi realizada a partir dos vídeos-documentários e áudios das entrevistas que compõem a exposição e que podem ser acessados, na íntegra, em sua página virtual[116].

A partir dos relatos, identificamos alguns enunciados que estão presentes em várias falas. Assim, as falas foram tomadas como objetos de análise dos discursos sobre a atenção ao parto e ao nascimento e a relação da mulher com a medicina de modo geral, não endereçando o discurso a uma autoria – ainda que cada mulher tenha uma singularidade que é relevante para situar tais discursos: as histórias de vida, o ano e local de formação, as dificuldades, entre outros.

No caso das benzedeiras, especificamente não encontramos nenhuma relação com o tema do parto e nascimento, ainda que a prática da benzedura se dê bastante na infância. Mas especificamente dentro dos objetivos e da problemática que envolve a pesquisa, esse universo não faz muito parte do tema. No entanto, apresentaremos a análise que realizamos por entender que ela constitui parte do discurso da exposição, especialmente no que se refere à prática feminina na saúde e a não hierarquização entre os saberes, evidenciando mais suas singularidades dentro de um universo comum do que um julgamento de um detrimento de outro.

MÉDICAS

As narrativas das médicas nos permite o mergulho na memória individual e coletiva da prática médica no Rio Grande do Sul e no cenário brasileiro desde as décadas de 1960, 1970, quando a maioria delas se formou, até os dias de hoje. Tais narrativas evidenciam algumas problematizações e formações discursivas que dialogam com a bibliografia estudada[117].

A história da atenção ao parto está presente no discurso de médicas obstetras e

116Os arquivos de áudio das entrevistas realizadas com as médicas podem ser acessados na página virtual da exposição "Mulheres e práticas de saúde: medicina e fé no universo feminino" em http://www.muhm.org.br/index.php?formulario=mulheres&metodo=4&id=0&submenu=2 Acesso em 20/09/2013.

117Cf. Capítulo 2.

parteiras sobre diversas temáticas: o conflito feminino *versus* masculino na cena do parto após a entrada dos médicos homens; as disputas de poder entre médicos e parteiras, e entre mulheres médicas e parteiras; a substituição do parto domiciliar pelo parto hospitalar quando do início de seu atendimento pelo INAMPS[118]; o *status* inferior das parteiras em relação ao conhecimento médico, presente sutilmente no discurso de uma das médicas entrevistadas; e a captura das parteiras, geralmente formadas, pelos hospitais para atuarem ao lado dos médicos, sendo que a elas sempre se confiava a maior parte dos partos sem risco, evidenciando diferenças entre o papel feminino e masculino na "espera" pelo parto.

O conflito entre médicas e parteiras pode ser percebido no discurso de uma das médicas, ao se referir sobre o início do atendimento dos partos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS):

> Então, quando o INPS começou a dar assistência ao parto, né... [em 1967, afirma em outro momento] então, daí o médico começou a... porque, se não, antes eram as parteiras que faziam tudo em casa. O que Deus ajudava tudo bem, né... porque, às vezes, (trecho incompreendido)... as parteiras largavam a paciente na porta do hospital, né (risos). (Mireia Simoes Pires Wayhs, ginecologista e obstetra)

O discurso aqui é claro: as parteiras não "deixavam" ou "levavam" a parturiente até o hospital, elas a "largavam" na porta do hospital. O que nos faz supor que é possível, realmente, que as parteiras "largassem" a parturiente na porta do hospital, já que não eram bem-vindas neste ambiente. Primeiro, porque nada poderiam fazer, pois parteiras não-formadas não eram aceitas como profissionais no atendimento que fosse ocorrer das portas para dentro, a não ser que tivessem uma relação institucional, o que acontecia apenas para as parteiras formadas. Segundo, porque seus métodos e procedimentos eram vistos como não sendo higiênicos nem seguros, o que tornava a atenção ao parto feita por essas mulheres algo que beirava o absurdo, sendo rejeitadas e desqualificadas (Cf. Capítulo 2).

O parto supostamente bem sucedido, nas palavras da médica, também não é mencionado como significado de um trabalho de parto tranquilo, sem complicações e nem como fruto de um bom atendimento realizado pela parteira, mas, sim, como aquele "que Deus ajudava". É claro que o exercício das parteiras tinha – e tem ainda – limitações técnicas, mas a

118 Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, criado em 1974, que fazia o atendimento médico a trabalhadores assalariados até a criação, em 1986, do Sistema Único de Saúde (SUS).

habilidade que possuem também é notória, lidando com complicações em partos e tendo que resolvê-las a partir da escassez de recursos. Além disso, a natureza do trabalho das parteiras envolve um acolhimento e uma lista de tarefas, incluindo o auxílio em tarefas domésticas, banho na mulher e no bebê, que diferem das práticas médicas. Mas o enunciado contido na fala da médica relaciona o infortúnio às responsabilidades da parteira leiga, mas não o sucesso dos partos, que não aparece em sua fala como um valor a ser reconhecido.

Outra questão que se destacou é a relação, histórica, da obstetrícia com a cirurgia, que aparece na fala de outra médica, Mery Lourdes Arpini, ginecologista e obstetra. Esta relata que foi para a obstetrícia convidada por um médico que a viu "operando" como auxiliar na cirurgia geral. Ela operava bem e passou a atuar em sua clínica, "fazendo os partos com ele, operando com ele (…) por anos e anos e anos". Chegou a catalogar mais de 600 partos, além das cirurgias cesareanas. Até hoje, atende em seu consultório mulheres que ela "ajudou a nascer".

Mas o discurso que mais se destaca, nos relatos dessas médicas com diferentes formações, é o da escassez de mulheres nos cursos de medicina em sua época (a maioria se formou nos anos 1960) e sua inserção no mercado de trabalho geralmente por meio das especialidades da pediatria, ginecologia e obstetrícia – muito associadas ao universo feminino, o que já foi constatado pelos estudos historiográficos neste campo. O pequeno número de mulheres que frequentavam os cursos em relação aos homens aparece em algumas falas:

> Na nossa turma até que tinham várias [mulheres], eram nove. Em 115 [alunos] ao todo. Na turma anterior tinham quatro e na turma depois de mim, eu tenho impressão que eram quatro ou cinco. A nossa turma era a maior, eram nove (Mireia Simoes Pires Wayhs).
>
> Atualmente, quando entro em sala de aula, até me dá uma certa emoção quando eu vejo que mais de 50% dos alunos são meninas... Na nossa época, eram cinco ou seis (Themis Reverbel da Silveira).

Após a formação, a escolha pela residência era outra dificuldade, devido à escassez de cursos para formação em especialidades médicas:

> Naquela época (1957) não tinha residência em Porto Alegre, o único lugar que tinha residência era em São Paulo. (Mireia Simoes Pires Wayhs)

> Não tinha especialidade nessa época... então, eu comecei atendendo as mulheres, atendia as mulheres para parto... (Mey Lourdes Arpini, que se tornou ginecologista e obstetra posteriormente).

A conciliação entre família – universo doméstico destinado ao feminino –, e à carreira também é outra questão que aparece no discurso:

> E, assim, né, dentro desse, desse universo, né, eu acho que eu tenho uma trajetória particular, na escolha da medicina como profissão, né, que da maneira como eu me resolvi, né, conseguindo conciliar a família, né, e o desenvolvimento numa atividade profissional, que isso é uma situação delicada pra mulher, que muitas vezes com toda essa evolução que a mulher teve dentro do mercado de trabalho, que isso foi esquecido porque a mulher saiu pra um local público pra trabalhar, dizendo pro empregador "olha aqui, pode me contratar que eu trabalho que nem um homem", né? Como se a vida dela familiar em casa fosse esquecida. E pro marido, dentro de casa, tipo assim, ó, "tu não te preocupa que vai continuar tudo igual"... impossível, né? Então, assim, hoje a gente se defronta com algumas, com alguns desafios pro Estado mesmo porque isso... acabou, não é mais uma situação, um problema familiar e privado, é público, né? Alguém tem que cuidar das crianças que estão em casa hoje, com as mães trabalhando e tudo... Então, todo esse problema de creches, é um problema que eu vejo muito deficitário no Brasil (Beatriz Bohrer do Amaral).

Essa fala mostra um pouco do quanto ser mulher definia, muitas vezes, o percurso profissional. Mãe de uma criança e grávida da segunda no momento de sua formatura em Medicina, essa médica foi trabalhar na área de diagnóstico por imagem porque o marido trabalhava com isso. Acabou se especializando nisso, por uma conveniência necessária à adaptação de sua vida enquanto mãe, mulher do ambiente doméstico e profissional ao mesmo tempo: foi a maneira como conseguiu "se resolver", conciliando a profissão e família. Acabou dirigindo seu foco de pesquisa à área de saúde da mulher, no diagnóstico precoce do câncer de mama, sendo atualmente coordenadora do "Projeto Mulher & Saúde", que surgiu na década de 1990 com o objetivo de ampliar o nível de informação sobre assuntos da saúde feminina para o público leigo. Seu trabalho s dirigiu à área de saúde da mulher por interesse pessoal, mas também porque talvez tenha visto nesse campo uma possibilidade de pioneirismo em uma área não muito desenvolvida ainda na época, contribuindo de forma significativa para a medicina do estado. Hoje, ela é também membro da Academia Sul-Riograndense de Medicina, que tinha como presidente – na época da entrevista –, outra mulher, pediatra. No entanto, sua fala revela: de 60 médicos membros da Academia, apenas quatro são mulheres, mostrando o quanto é recente, ainda, a carreira médica feminina.

A crítica presente no discurso dessa médica quanto à mulher ter sido colocada no mercado de trabalho de forma igualitária com o homem, esquecendo-se de suas diferenças no campo doméstico e familiar, remete à discussão de Schiebinger (2001) sobre os problemas do chamado feminismo igualitário ou feminismo liberal que, apesar de ter trazido avanços importantes para a inserção da mulher no mercado de trabalho e no campo científico, garantindo a elas igualdade de educação, pagamento e oportunidade nas décadas de 1960 e 1970[119], trouxe também uma negação das diferenças entre homens e mulheres. A "uniformidade" e a "assimilação" são pensadas como os únicos caminhos para a igualdade, requerendo das mulheres que sejam iguais aos homens culturalmente ou, mesmo, biologicamente, e colocando-as em um "beco sem saída": "apenas as mulheres têm bebês, mas espera-se que o parto ocorra exclusivamente aos fins de semana e feriados, para não perturbar o ritmo do trabalho cotidiano" (SCHIEBINGER, 2001, p. 23).

A mesma médica continua:

> A gente está falando de creche, né? Tu vê, as mulheres na medicina... por onde é que elas começaram? Pela pediatria, né? E pela ginecologia e obstetrícia. E foram alcançando, hoje, acho que metade dos estudantes dentro da universidade, da faculdade de medicina são mulheres, né? Porque elas tem, eu acho que essa... essa habilidade ou o dom ou é a maneira dela ser, de cuidar do outro. Enquanto a medicina foi sempre com uma posição de muita, de muito destaque, ficou na mão dos homens, né? E acho que hoje isso se abriu bastante. (Beatriz Bohrer do Amaral, especialista em Diagnóstico por Imagem)

A inserção na carreira por meio das especialidades, portanto, se dava pelas disciplinas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, as mais procuradas pelas mulheres porque sua aceitação era maior, dada a associação entre o feminino e o maternal, no caso da pediatria, ou entre a mulher e o cuidado com outras mulheres, no caso da ginecologia e obstetrícia. Áreas como cirurgia, ortopedia, neurologia eram quase que exclusivamente compostas por homens até meados dos anos 1970, no Brasil – que se confirma pela historiografia, por fotos de formaturas de cursos de medicina e de residência em outras especialidades, onde a mulher quase não aparece.

Margareth Rossiter (1982) nos mostra, a respeito do cenário científico norte-

119A análise da autora é sobre o movimento feminista liberal nos Estados Unidos nesse período, onde algumas leis trabalhistas importantes foram criadas: Lei de Pagamento Igual de 1963; Título IX da Emenda da Lei de Educação de 1972; a Lei de Igual Oportunidade de Emprego de 1972 (SCHIENBINGER, 2001, p. 23).

americano – mas que não foi tão diferente na Europa e aqui, no Brasil, variando apenas as datas em que se deram algumas mudanças nesse cenário –, que uma segregação hierárquica e territorial desenvolveu-se no campo científico do final do século XIX, mas principalmente no início do XX, quando a presença das mulheres começou a ser assimilada pela ciência (e, portanto, pelos homens) apenas em certos redutos, os quais, na medicina, foram a ginecologia, a obstetrícia e a pediatria. A entrada na medicina por tais especialidades pode ser vista também com relação à tradição cultural do cuidado à saúde, no qual as mulheres predominavam exatamente esses campos: a saúde da mulher, o partejar e os cuidados com as crianças, todos eles realizados, no geral, pelas parteiras e por outras mulheres antes da entrada do médico com a medicina da mulher. A fala final da médica aponta, talvez, para isso, para essa habilidade de cuidar do outro vista como "dom", "a maneira dela [mulher] ser, de cuidar do outro"; que, no entanto, só foi permitida enquanto prática cultural científica após a abertura do ensino para as mulheres: "Enquanto a medicina foi sempre com uma posição de muita, de muito destaque, ficou na mão dos homens *(sic)*. E acho que hoje isso se abriu bastante". Ainda que o ideário de cuidadora seja relacionado a um dom natural, a crítica ao impedimento da entrada da mulher nas escolas de medicina está presente, relacionada à posição de *status* que era gozada apenas pelos homens, quem dominava esse campo.

Uma das médicas, por exemplo, antes de estudar medicina, foi educadora sanitária na cidade de Cachoeira do Sul, iniciando esse ofício aos 18 anos após dois anos de formação na mesma cidade. Depois disso, casou-se, teve filhos, separou-se e, posteriormente, voltou a estudar ingressando no curso de medicina. A presença das mulheres na área da saúde se deu por várias entradas antes que se inserissem na medicina. Uma separação científica e profissional que mostra a definição dos papeis de homens e mulheres por meio do gênero. A enfermagem é um exemplo expressivo dessa questão, pois sempre teve que contar com uma certa "autorização" por parte da medicina, ao mesmo em que era bem vista pelos médicos porque situava o lugar da mulher na saúde, não comprometendo o território masculino (OSAWA et al., 2006).

A valorização da medicina enquanto uma prática que se insere no campo social também é uma perspectiva que se destaca na fala de algumas médicas. Beatriz Bohrer do Amaral, fundadora do Projeto Mulher & Saúde[120], que revela sua preocupação com a

120 Esse projeto promove palestras sobre temas gerais da saúde da mulher, e temas gerais em saúde, para mulheres das comunidades, em centros comunitários de Porto Alegre.

contribuição da medicina no campo social por meio das mulheres. Para ela, a mulher, além de ser uma grande "socializadora" das crianças e da família no geral, está também "mais acostumada" com o sistema de saúde do que o homem – já que a medicina da mulher se desenvolveu com muito mais investimento do que a medicina do homem (Cf. Capítulo 2).

A dedicação à prática médica e o sentimento de gratidão é expressivamente marcada nas narrativas de vida das médicas. O orgulho pela inserção em um curso que, até há bem pouco tempo, era predominantemente composto pela ausência feminina, também se revela juntamente com a trajetória na carreira.

PARTEIRAS

"Vida" inicia-se com uma canção natalina alemã, *O Tannenbaum*[121], cantada por Clara Raspolt, uma das parteiras, de origem alemã, nascida em Selsenkirchen, em 1911, e que veio ao Brasil muito pequena, aos três anos de idade. Além dela, são mais quatro parteiras entrevistadas[122]: Anita Engelmann, Dolores Gonçalves, Iara Tavares de Ávila Veiga, Maria Guilermina Mayer e Miguelina Ferreira de Lemos, que também é benzedeira, como já citado anteriormente.

O saber das parteiras é um saber empírico, da experiência, do ver fazer para o saber fazer, e que é passado de uma geração a outra, geralmente bem cedo, na juventude, e isso fica claro em alguns relatos. Dolores Gonçalves, parteira curiosa, começou aos 16/17 anos, segundo ela. Depois se casou e o marido pediu que parasse; ela parou, mas depois voltou ao ofício, escondido do marido: "Mas sempre fui bem feliz, todos os partos que eu atendia, atendia bem". Miguelina Ferreira de Lemos, aos 105 anos na época da entrevista, em 2007, não se lembrava mais da idade em que começou, "a gente até perde a idade, perde a conta", mas sabia que era muito nova porque a mãe era parteira: "Quando ela não podia ir, ela me dava explicação, eu ia."

É fato que as parteiras tradicionais possuem limitações, em termos técnicos, em seus ofícios; por outro lado, é igualmente notório que elas possuem muitas habilidades e saberes que lhes auxiliam nos partos, conseguindo resolver partos difíceis, mesmo sem muitos recursos instrumentais (ABREU, 2005). Há outros recursos presentes, no campo relacional,

121 Canção folclórica alemã; em português: *Ó Pinheirinho de Natal*.
122 Cf. Tabela 3.

preocupando-se com o bem-estar da mulher, assumindo tarefas domésticas e prestando assistência baseada no afeto e no acolhimento, criando um ambiente que favorece a evolução positiva do trabalho de parto, além de uma recepção acolhedora para o recém-nascido (Ibid.).

Nos relatos das parteiras aparecem essas questões. Explicações técnicas estão presentes quando Clara Raspolt, por exemplo, mostra como fazia no procedimento de interrupção e corte do cordão umbilical, mostrando também outros instrumentos como seringas, o avental "branquinho" que usava para dar banho na mulher no dia seguinte ao parto, agulhas para suturar o períneo, tudo dentro da mala de parteira. Mala esta já bem desgastada pelo tempo: "mala está feia, ela trabalhou bastante", diz a parteira. Assim como o carinho e a solidariedade entre mulheres aparecem juntamente com esses saberes e habilidades, a memória que guardam dos partos, as visitas que recebem, segundo elas, de mãe e crianças que ajudaram a nascer, hoje adultas.

A questão da natureza desse saber, que é adquirido na prática, no campo empírico, e que aumenta conforme a idade, portanto com a experiência, também está presente em alguns relatos selecionados para o documentário:

> A aula pra mim foi a vida, o mundo, as coisas que se apresentavam e eu tinha que fazer. (Dolores Gonçalves, parteira curiosa)
>
> Agora com a minha idade, mais conhecimento eu agarro... porque se eu não posso ir nas casas, eles vem na minha casa. (Miguelina Ferreira de Lemos, parteira curiosa)

Assim como, as limitações de seu trabalho que, quando relatadas, evidenciam a conduta nesses casos. Clara Raspolt comenta, por exemplo, sobre a laceração no períneo:

> Elas rasgam, às vezes, né? Quando eram poucos pontos, eu fazia, se não eu chamava um médico. E o médico vinha em casa fazer porque no hospital... não tinha ainda naquele tempo" (Clara Raspolt, parteira formada).

As parteiras não utilizam o procedimento da episiotomia e a fala dessa parteira sugere que a laceração do períneo, principalmente de grau mais elevado, necessitando de sutura por um profissional médico, era eventual, como demonstram os estudos científicos. O relato dessas mulheres torna-se também uma fonte, reforçando a necessidade de se debater esse procedimento, principalmente feito como rotina, como acontece na maioria dos serviços

obstétricos, como já discutido anteriormente[123]. Mortes de parturientes e bebês ou outros tipos de complicações não foram relatados no vídeo, mas mais de uma vez houve referência a tudo suceder bem.

A importância do ofício da parteira fica evidente quando muitas delas deixam claro em suas narrativas a relação que tem com a comunidade, sugerindo serem muito conhecidas e procuradas pelas pessoas. A realização de partos enquanto trabalho remunerado não fica evidente, mas quando apareceu foi tanto no relato de uma parteira formada, como na fala de uma parteira tradicional. Anita Engelmann, aposentada há 22 anos e "parteira prática", segundo ela, afirma ter atendido muito em casas particulares: "naquele tempo, não tinha assistência nenhuma à parturiente, ou ela ia para a enfermaria indigente ou ela pagava hospitalização e parteira, então achavam mais fácil pagar só a parteira em casa, né?" (Anita Engelmann, parteira curiosa).

A pouca quantidade de hospitais e os custos que significava chamar um médico em casa fica bastante evidente: as mulheres pobres iam para a enfermaria como "indigentes" e recebiam atendimento sem custo algum; as famílias com melhores condições financeiras "achavam mais fácil" pagar somente a parteira do que o serviço hospitalar, que provavelmente sairia mais caro. Portanto, não era uma situação de não ter estrutura, mas de optar por um custo menor. Mostra também o quanto, nessa época, existia uma confiança no trabalho da parteira e no ambiente doméstico, indicando que a opção se dava, provavelmente, de forma tranquila. Mesmo porque, como vimos no Capítulo 2, o atendimento aos partos de baixo risco em maternidades, nessa época, era geralmente realizado pelas parteiras, sendo que os médicos atuavam apenas nos partos difíceis que exigiam mais intervenções, e muitas delas atendiam nos hospitais e domicílios. Também vimos que a escolha pelo parto em casa era predominante, havendo ainda muita resistência e falta de confiança no ambiente hospitalar na primeira metade do século XX.

Essa mesma parteira conta sobre uma casa de parto que ela criou para atender as mulheres: "Nós não tínhamos hospital, né? Vou ter que construir uma casa pra pôr as mulheres tudo junto, porque quando está três, quatro tudo junto, atende com facilidade né? (…) tudo me cederam e eu fui pagando, assim como entrou dinheiro, eu fui pagando, daí foi mais fácil na minha vida porque eu me sacrifiquei demais" (Anita Engelmann, parteira curiosa).

123 Cf. Capítulo 2.

As dificuldades quanto ao transporte para se chegar até o domicílio em que a parturiente estava em trabalho de parto é bastante expressiva na fala de quase todas as parteiras. A maioria atuou entre as décadas de 1930/1940 a 1980/1990, passando por períodos em que os veículos automotivos eram novidade e pouco acessível a maior parte das pessoas. Muitos eram os meios: cavalo, carroça, charrete, bicicleta, carro. Uma delas, parteira formada, chegou a comprar uma charrete e teve que aprender a dirigi-la, passando depois para "um carrinho", que também teve que aprender a dirigir, tudo em nome da atenção à mulher.

> Eu fazia de bicicleta (…) à meia-noite, e corre pra lá e corre pra cá. (…) Era bicicleta, a cavalo, de carroça, de qualquer jeito. (Anita Engelmann, parteira curiosa)
>
> Não tinha hora do dia, não tinha hora da noite pra eu sair, era assim, era de carro, era de cavalo, era de tudo que dava no jeito eu saía... E nada acontecia, graças a Deus. (Miguelina Ferreira de Lemos, parteira curiosa)
>
> Aí, eu comecei... e chama pra cá e chama pra lá, não existia táxi. (…) não tinha faixa[124], era terra... Aí, o que eu fiz? Comprei uma charrete. (…) Aí, fiquei dois meses com a charrete e comprei um carrinho. É... mas eu fiz todas essas coisas assim, foi bom. (Iara Tavares de Ávila Veiga, parteira formada)

Diferenças entre a parteira formada e a parteira curiosa quanto à atenção ao parto surge apenas em um relato e diz respeito às crenças e superstições na prática dessa última e uma prática mais embasada no conhecimento formal, no caso da parteira formada. Iara Veiga, parteira formada, conta de uma experiência em que teve que colocar a ceroula do marido da parturiente em sua cabeça, logo após a criança ter nascido, para que a placenta saísse: uma superstição das parteiras curiosas para que descolasse a placenta. "Elas faziam isso, né, as curiosas... Mas... Não existe isso né, então tem muita coisa, assim, que a gente viu, né..." (Iara Veiga).

Nos relatos, sobretudo, está presente a relação de amor e gratidão pelo ofício, de origem formada ou não, remunerada ou não. Recebem visitas de crianças que ajudaram a nascer, de mulheres que atenderam nos partos, têm orgulho do que são essas crianças: médicos, prefeitos, deputados. Uma delas conta de uma criança que disse ter sido salva da morte e que apareceu em sua casa para convidá-la para seu casamento:

> Um dia para um carro lá na frente, eu disse pro meu marido 'Mas o que é isso ali? Essa gente eu não conheço'. Pararam, entraram, ele e a guria. 'Pois é, tia Anita, nós

124 Sinônimo de estrada asfaltada, no modo de falar dos gaúchos.

> viemos te convidar pro meu casamento'. 'Mas, como? Por que?'; 'Porque a senhora é quem me salvou. A mãe disse que se entregou nas suas mãos pra morrer com a senhora. E a senhora devolveu a minha mãe à pessoa viva de novo. E, por isso...', disse ele assim, 'a senhora vai ser a pessoa mais importante do nosso casamento'. Bah... é muita alegria, né... é importante. (Anita Engelmann, parteira curiosa)

Outros comentários ilustram esse orgulho e gratidão, quando perguntadas sobre o significado da profissão:

> Uma coisa que eu achava que era bom fazer o favor pra qualquer um... e sempre era bem recebida na casa dessas que eu atendia... quando eu via, chegava de fora a gurizada, aquele monte de neto sem eu esperar, que me vinha me visitar, aquilo era uma alegria pra mim, né. (Maria Guilermina Mayer, parteira curiosa)
>
> Tem um menino aqui perto que está com o cabelo bem branco, eu digo pra mãe dele 'Lurdes, não deixa teu filho envelhecer tanto, fica ruim pra mim (risos). (Dolores Gonçalves, parteira curiosa)
>
> A minha profissão, pra mim, foi muito importante. Não por ganhar dinheiro, mas pelo amor que eu tive pela profissão. (Iara Tavares de Ávila Veiga, parteira formada)
>
> Uns vêm de longe... quando eu ia imaginar que vocês vinham na minha casa?... [referindo-se à equipe do MUHM] Se eu fosse ruim, ninguém me procurava, né? (risos) (Miguelina Ferreira de Lemos, parteira curiosa)
>
> A profissão pra mim... a profissão pra mim foi um pedaço da minha vida (emocionada). (Anita Engelmann, parteira curiosa)

BENZEDEIRAS

O vídeo-documentário "Fé" tem 9:59 minutos e se inicia pelas benzeduras: por meio dele assistimos ao ofício em prática, por meio dele somos benzidos pelas mãos e rezas dessas mulheres movidas tal qual o título do documentário, pela fé. São cinco benzedeiras (Cf. Tabela 2), quatro ainda em atividade: Ana Marisa Aguirres da Silva, Enedina Rodrigues, Maria Petronilha dos Santos Silva (D. Nina), Zeli da Rosa Neto, e Miguelina Ferreira de Lemos, benzedeira e parteira, que hoje não mais atua nesse ofício.

A natureza da benzedura, que envolve a fé, a vontade e a habilidade, também é permeada por um saber e pela maneira como se adquire esse saber, uma das primeiras questões abordadas no documentário. Apesar de variar entre as histórias de vida, a maioria das benzedeiras o aprendeu na família ou com pessoas próximas, acompanhando desde pequenas as práticas de benzeduras. Mas a necessidade de alguém que ensine para que alguém aprenda, evidente nas narrativas, mostra a existência de um conhecimento que deve ser ensinado,

passado de uma geração a outra. Os motivos são a vontade de querer praticar o ofício, ou para que ele não se perca e, até mesmo, por necessidade.

Dona Nina, desde os cinco anos, queria benzer, pedia para benzer, mas a mãe lhe respondia: "mas tu é solteira, depois tu não casa", e ela queria casar-se. Casou-se, teve filhos e, depois, começou a benzer. Diferente de Ana Maria, que aprendeu com a madrinha: "quando era pequena ficava olhando minha madrinha benzer, ficava em volta dela, né". Quis aprender e por volta dos 14 anos já começou a benzer. D. Enedina aprendeu com uma comadre, madrinha de um de seus filhos que estava para morrer, "e a pessoa, quando tem benzedura, tem que passar pra outro, né", afirma a benzedeira. Já D. Zeli tem uma história bastante diferente, começou a benzer sozinha, sem ter adquirido o conhecimento por outras pessoas: "Eu ouvia voz, eu via coisa, eu tinha medo. Tive um sonho com Nossa Senhora que eu tinha que benzer, que eu era obrigada a benzer. Aí, no meu sonho, eu perguntei como é que eu ia benzer se eu não sabia nada. Aí, ela respondeu assim, que era pra comprar os livros, a Bíblia sagrada, que tá aí ó (indicando a Bíblia), e por ali eu tava benzendo e tava curando". Há um discurso da vocação, do chamado, uma obrigatoriedade em praticar o ofício, uma espécie de missão de vida.

As crenças variam, assim como as rezas, que geralmente remetem a orações e santos católicos, evocam o "Pai", o "Espírito Santo", a "Virgem Maria", "Nossa Senhora". Mas em suas benzeduras misturam também elementos de outras culturas religiosas, como a utilização de plantas, defumadores, tesouras. Assim como a percepção de vozes, de ver coisas e de "sentir o mal" também estão presentes na natureza ou na prática do ofício em algumas narrativas.

A questão da crença e da fé é muito forte na prática dessas mulheres, uma prática que também sofre preconceitos – como a mãe que alertou para a possibilidade do não casamento – e que nem sempre é aceita pelas pessoas, especialmente por algumas religiões, como a própria religião católica; isso também aparece nas narrativas. Uma delas, D. Miguelina, era benzedeira, mas parou de benzer depois que entrou para a Igreja, "Graças a Deus". Apesar disso, quando perguntado, diz que gostava do ofício e narra como era sua vida, as várias pessoas que benzia: "(…) até hoje, não posso ver ninguém gemer... eu nunca deixava ninguém mal".

Mesmo sob estigmas, elas não desistem, mostram uma fé e vontade de ajudar que move uma dedicação intensa, muito presente em seus relatos; “muita gente não acredita, né, mas muitos acreditam” (D. Ana Maria); “A gente não faz o mal, a gente ajuda, né” (D. Enedina). Benzem adultos e crianças, e os problemas benzidos são de todo tipo: doenças, dores no corpo, “mal-olhado”, inveja, problemas pessoais e financeiros, “as pessoas se atrapalham na vida, tá enrolado...”, diz D. Enedina. Uma outra benzedeira, D. Nina, diz que já curou umas 2 mil crianças de “sapinho” na boca, recita sua benzedura para mostrar como é e diz “daí, sai tudo, né?”.

Todas se referem às filas que se formam para benzer, que benzem ou benziam o dia todo, não tendo tempo, às vezes, nem para comer. D. Zeli benze todos os dias, mesmo aos sábados e domingos se chegar alguém, “não tem essa que tem dia que presta, tem dia que não presta, eu benzo todo dia”, diz referindo-se a uma crença muito frequente entre as benzedeiras, sobre benzer aos finais de semana. Enquanto estava dando entrevista, outra benzedeira, D. Enedina, parou para benzer duas crianças que chegaram com a mãe. A mulher lhe trouxe bananas de presente.

Receber presentes também é bastante frequente. A benzedura é um ofício que tem natureza de caridade, não se cobra para benzer, sendo comum, então, as pessoas levarem algo em gratidão às benzedeiras:

> Eu benzo todo mundo, eu benzo rico, eu benzo pobre, eu não cobro nada; quando eles me dão um presente, eu posso agarrar, mas se não der, atende do mesmo jeito, é sempre atendido com muita boa vontade. (D. Nina)

Assim como a gratidão das pessoas, a gratidão por cumprirem o ofício é presente em todas as narrativas:

> Fico contente de ajudar todo mundo. Todo mundo precisa, né? (D. Enedina)
>
> E o dia que eu benzo bastante é o dia que eu passo melhor, melhor da minha vida, eu tenho, assim, uma alegria, tenho... Graças a Deus... eu tenho uma felicidade que a pessoa chega aqui e sai daqui aliviada. (…) benzo pra tudo, tudo que queira. (D. Zeli)

****

O que é possível perceber em "Mulheres e práticas de saúde", como um todo, a partir dos relatos das médicas, parteiras e benzedeiras, é o universo comum que todas elas enfrentaram: (1) as dificuldades apenas por ser mulher, em seus ofícios: a dificuldade de inserção nos estudos e na carreira para as médicas tem uma mesma raiz das dificuldades encontradas, por exemplo, pela menina que queria aprender a benzedura e não podia, por medo de não se casar; ou da parteira que teve que parar seu ofício a pedido do marido; ter que terminar a graduação em medicina já sendo mãe, ter que se deslocar de carroça ou a cavalo no meio da madrugada, deixando os filhos. São desafios na conciliação entre família e ofício, na realização do papel que a moral social impunha às mulheres, como personagens do lar, do ambiente doméstico, dos filhos, do marido; assim como, (2) a importância que tiveram em seus trabalhos, na esfera de cada uma delas, é de notória significância. Destacaram-se em suas habilidades técnico-científicas, no caso das médicas; nos partos difíceis que as parteiras tiveram que enfrentar com poucos recursos; tornaram-se pessoas de confiança da comunidade, como as parteiras e as benzedeiras; (3) a dedicação, o orgulho e a gratidão pela profissão; e, em especial, (4) a atuação, cada uma a seu modo, no campo da saúde, na atenção à saúde das pessoas.

Nesse sentido, o discurso da exposição é muito evidente: não há privilégio de um saber sobre outro. As frases que foram escolhidas como destaque nos painéis foram pensadas a partir da perspectiva do significado da profissão, que é justamente o que intersecciona esses três ofícios, e não o que os diferencia. O tratamento horizontal que foi dado, dando visibilidade ao que há de comum e não a uma hierarquia – presente com frequência – de um saber científico sobre os demais, coloca tanto as práticas médicas quanto a prática de benzedeiras e parteiras em seu lugar de práticas culturais.

Apesar da exposição não abordar especificamente o tema do parto e nascimento, objeto dessa pesquisa, ela retrata a vida e o ofício de parteiras e benzedeiras, mulheres ainda muito presentes em todos os estados brasileiros, apesar de em um número muito menor do que algumas décadas atrás. São mulheres a quem se recorre menos, hoje em dia, especialmente nos grandes centros urbanos e seus saberes ameaçados de esquecimento, especialmente no caso das benzedeiras, o que confere importância à comunicação deste tema

pela exposição[125]. No texto referente a essas mulheres, fica claro o objetivo de contribuir para a preservação da memória desses ofícios:

> Presentes em nossas memórias familiares, em nosso universo mágico-infantil, na realidade e na ficção, as benzedeiras estiveram e ainda estão presentes em nossa sociedade de forma significativa. Registrar suas trajetórias de vida por meio de suas memórias e incentivar a valorização de uma expressiva cultura popular é uma forma de preservar seus conhecimentos específicos, grande parte deles alicerçados na oralidade de suas rezas, saberes estes ameaçados pelo esquecimento[126].

Reconhecemos, portanto, que a homenagem do MUHM às mulheres por meio de suas trajetórias de vida é, sem dúvida, uma iniciativa de grande relevância não apenas no campo da história das práticas de saúde, mas também da museologia e do campo específico dos museus de história da medicina, dado a necessidade de ampliação da discussão sobre a interface entre gênero e história das ciências, e, em especial, a história da medicina. Trazer a história das práticas de parteiras e benzedeiras, que fazem parte da cultura popular brasileira, assim como a trajetória das médicas, a partir da história e da perspectiva de gênero sobre a inserção recente da mulher na carreira médica, insere a exposição naquilo que Meneses (1994) aponta como o "laboratório da história" e não em um "teatro da memória", como ocorrem em muitos museus históricos de medicina, alicerçados no colecionismo como prática discursiva de enaltecimento e perpetuação da autoridade científica da medicina em nossa sociedade.

Quanto à exposição desse material audiovisual, supomos que talvez possa se constituir como um fator limitante para a expografia, já que as falas são muitas e relativamente longas, e perguntamo-nos se não haveria outros meios de tratamento e apresentação deste extenso e rico material.

---

125 Tanto parteiras como benzedeiras têm sido tema de discussão sobre as políticas de "patrimonialização" do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), a partir do que se denomina "patrimônio imaterial" (SANTOS, 2009). A deputada federal Janete Capiberibe, há alguns anos, vem propondo ao governo federal o reconhecimento oficial dos saberes e práticas das parteiras tradicionais como Patrimônio Cultural Imaterial Brasileiro. Em maio de 2014, na semana em que se comemorou o Dia Internacional da Parteira, a deputada apresentou, na Câmara dos Deputados, a Indicação número 6.158/2014. Em maio desse ano, pediu apoio ao Ministro da Cultura, Juca Ferreira, o qual prometeu levar pessoalmente o assunto ao Conselho Consultivo da pasta. O Instituto Nômades, o Grupo Curumim, entre outras organizações civis e não-governamentais, também têm trabalhado no esforço de reconhecimento do ofício das parteiras como patrimônio imaterial.

126 Painel "Benzedeiras", extraído do *website* da exposição.

Considerações Finais

A história da atenção ao parto e nascimento nos mostrou que a dominância da medicina na cena do parto se deu de forma lenta e descontínua, a partir de várias relações e com grandes dificuldades. A entrada do cirurgião-barbeiro na cena do parto difere, como vimos, da entrada do médico parteiro. E mesmo para esse último foi preciso uma mudança na ordem simbólica e discursiva sobre o parto, de um evento misterioso dominado pelos saberes e habilidades das mulheres, para um evento falho, patológico e necessitado da intervenção e do controle médico. Foi preciso também que a medicina se reformulasse como conhecimento científico a partir das novas configurações da ciência, em especial, o olhar para as partes internas do corpo com o suporte da anatomia, e de um caráter teórico para uma disciplina que passou a incluir a prática. Além disso, o desenvolvimento de toda a medicina, incluindo a obstetrícia, teve também como elemento propulsor um conceito biopolítico que necessitava da intervenção médica sobre o controle da saúde e crescimento da população, baseando nesse discurso suas decisões sobre o âmbito social.

O estabelecimento da medicalização do parto e nascimento, como vimos, se deu inicialmente por meio do atendimento a escravas, mães solteiras, mulheres pobres, prostitutas e mulheres que não se conformavam na ordem moral e social em construção. Essa parcela de mulheres que, sem suporte algum, via na medicalização uma saída necessária, era importante para a obstetrícia na medida em que se configurava como "campo prático" para os alunos dos cursos de medicina, contribuindo assim para o exercício da prática obstétrica que tentava mudar seu caráter estritamente teórico. As parteiras continuaram sua atuação de forma dominante ainda por muito tempo, mas foram sendo cada vez mais desqualificadas pelo discurso médico.

Essa disputa de poder entre médicos e parteiras também não se deu apenas por um *status* epistemológico, entre um conhecimento científico e outro de cunho tácito, mas apoiado sobre suportes legais, leis, proibições e outras estratégias para restringir a ação das parteiras, como a interdição do uso de fórceps e fármacos por elas, por exemplo (THÉBAUD, 2002). Também não houve a substituição passiva de uma classe e gênero por outros: muitas parteiras foram absorvidas pela máquina do estado para ministrarem cursos práticos, atuarem em hospitais e maternidades auxiliando médicos, participarem de cursos de formação em

faculdades de medicina, o que também gerou conflitos dentro da própria classe e a separação entre parteiras leigas e parteiras formadas, existente até hoje em muitos lugares do mundo.

Do estabelecimento da medicalização do parto e nascimento surgiu também uma série de mudanças procedimentais e instrumentais na atenção ao parto: a posição da mulher, deitada para parir, afim de facilitar a coordenação do parto pelo médico; a imobilidade da mulher para se monitorar a condição materna e fetal; o parto se realizar em um ambiente em que pudesse ser controlado mais facilmente, ou seja, no hospital; a criação de instrumentos e fármacos (indutores do parto e analgésicos), para acelerar o processo do parto e dar suporte às intervenções; culminando no excesso de medicalização apontada pelos estudos que questionam esse modelo, como vimos no Capítulo 2.

Também pudemos compreender que o investimento especulativo sobre o corpo feminino se deu desde muito antes na sociedade ocidental. Mas, foi a partir do século XIX, sem dúvida, que a preocupação com a mulher e, principalmente, com o saber sobre o seu corpo ganhou novas formas com a medicina. Foi preciso, primeiro, a permissão da observação do corpo feminino, sob a primazia do olhar na constituição das investigações nas ciências nesse período, como vimos em Foucault (2000; 1977). Dados os pudores da época, a ninguém, exceto aos médicos, era permitido que o corpo da mulher fosse minuciosamente observado. Por isso, eles eram considerados os especialistas sobre as mulheres[127]. É desse território permitido do olhar, aliado ao advento da dissecação que trouxe novos impulsos à anatomia, que foi possível nascer a medicina da mulher, que mais tarde se ramificaria nas especialidades da ginecologia e da obstetrícia.

Vimos também que o olhar científico para o funcionamento biológico do corpo feminino teve motivações político-sociais. Os diferentes discursos masculinos sobre a mulher produzidos nesse período constituíram um complexo e heterogêneo campo de saberes a respeito de sua natureza e serviram à justificativa de seu papel social. Vários autores, como Focault, Jordanova, Martin, Martins, Rohden e Schiebinger, nos mostraram a construção do papel social da mulher tendo o discurso médico como uma ciência a serviço da validação de seu papel reprodutor, destinando seu lugar ao ambiente doméstico, em comunhão com à ordem social e moral vigentes. São importantes, também, as análises da antropologia, que nos traz Rohden (2012), definidora do homem não a partir de seu papel reprodutor, mas enquanto

127 Nos casos de infanticídio, por exemplo, é ao saber médico que os juristas recorrem para compreender as causas que levariam a mulher a cometer esse crime (ROHDEN, 2000).

espécie; ao passo que, para a mulher, sua definição, como vimos, partia de seu papel biológico enquanto reprodutora, para um papel social centrado na maternidade, percebido como sua função natural, instintiva e primordial. Como afirma Rohden (2000), não se trata de ver uma dominação dos homens em relação às mulheres, mas de constatar que a emergência de uma medicina da mulher serviu como controle não apenas biológico e científico do corpo feminino, mas também social.

Até bem pouco tempo as mulheres não tinham escolha, tratava-se de uma "obrigação moral" exercer a maternidade. Contudo, conforme discutido no Capítulo 4, mesmo hoje, a mulher que não deseja ser mãe é considerada com suspeição, não raro sentindo ainda o peso dessa obrigação sob pena de ser estigmatizada, o que as autoras MATTAR e DINIZ (2012) vão analisar como sendo uma questão de "hierarquias reprodutivas", pois não basta ser mãe: a noção de maternidade enquanto vocação funciona como um dispositivo moral que coloca as mulheres em um grau de hierarquia segundo suas habilidades para tal missão natural, elegendo maternidades mais ou menos legítimas[128].

Ainda hoje, também, a mulher continua sendo qualificada e desqualificada em função de sua função reprodutiva, de sua fisiologia, de seus hormônios e de uma noção de corpo construída pela medicina como máquina produtiva ou improdutiva, como nos mostra Emily Martin (2006): a menstruação, com suas oscilações hormonais que influenciam oscilações de humor, tomada como pressuposto para adjetivações da mulher enquanto um ser instável; a menopausa vista como falha desse sistema fisiológico; e o parto analisado pela ótica da incompetência do corpo feminino e da necessidade da intervenção médica. A mulher, apesar de sujeito no processo reprodutivo, é tratada, por esse viés, como objeto (MATTAR e DINIZ, 2012)[129].

Por mais que a mulher, hoje, tenha conquistado uma maior inserção no mercado de trabalho, além de mudanças sociais e morais que vêm acontecendo, a herança patriarcal tem ainda expressão forte. A própria luta feminista pelo reconhecimento da mulher enquanto

128 As autoras analisam especialmente as mulheres em situações de precariedade quanto ao suporte à maternidade – do companheiro(a), família ou Estado – que ficam sujeitas à discriminação (MATTAR e DINIZ, 2012).

129 As autoras (*Op. cit.*) nos mostram, nas diversas Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) que, ao longo de anos, foram reformulando suas definições que deram origem aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres, sendo na Conferência do Cairo, Egito, realizada em 1994, que se deu o início de uma mudança da abordagem da mulher enquanto sujeito dos programas de desenvolvimento e população. Trata-se de um trabalho relevante para o aprofundamento das análises sobre a construção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres.

ser que pode desejar não ser mãe mostra o quanto essa necessidade de enfrentamento da sociedade é ainda atual. Luta que acaba por fazer da proximidade entre o movimento pela humanização do parto e alguns movimentos feministas uma relação tênue, onde muitas vezes as fronteiras não são ultrapassadas. De um lado, uma luta movida, dentre outras coisas, pelo direito moral de não ser mãe frente a uma luta que tem como situação a maternidade; do outro, mulheres que estão na posição de ser mãe e que receiam, muitas vezes, entrar em debates como o da legalização do aborto, por exemplo, tão caro às bandeiras do primeiro movimento. Contudo, tais proximidades têm se dado – ou deveria se dar – mais ou menos intensamente, na medida em que ambos os movimentos têm como pauta principal a questão do protagonismo da mulher e a liberdade de decisão sobre seus corpos – o que implicaria, portanto, a opção pelo gestar e parir com protagonismo, assim como o protagonismo de escolher não gestar e parir.

A questão da cesárea eletiva configura-se como outro grande desafio para as políticas públicas brasileiras e para os movimentos que tentam construir novas subjetividades no parto acerca do protagonismo da mulher. A indicação médica desse procedimento nem sempre é clara e a justificativa de escolha pela mulher esbarra na questão da luta política pelo protagonismo da mulher. Se a gestante deve ter direito às decisões, como tratar a questão do agendamento da cirurgia cesareana a pedido, mas que coloca em risco a vida de mãe e bebê, como apontam alguns estudos? Esta questão tem sido enfrentada pelo ativismo do parto e nascimento humanizados como uma problemática em que deva haver o provimento de informações sobre os reais riscos da cirurgia cesareana e a desmistificação de certas "indicações" não baseadas em evidências científicas. A OMS (WHO, 1985) recomenda a escolha fundamentada em informações compartilhadas com o médico, contudo vários estudos nos mostram que a prática médica não tem cumprido esse papel.

Além disso, muitos autores tem analisado a representação social do parto, incluindo ou dando centralidade ao tema da dor no parto como experiência traumática (DAVIM et al., 2008; PEREIRA et al., 2011; VELHO, 2014; WOLFF, 2004). A mídia, nesse sentido, é identificada como forte influência para a construção desse imaginário da dor no parto (PEREIRA et al., 2011; VELHO, 2014). Essa representação social da dor contribui também, segundo tais pesquisas, para a busca pela cesárea por algumas mulheres, entre elas adolescentes, que, sem informação suficiente, acreditam poder evitar a dor do parto. As telenovelas se destacam no estudo sobre a constatação da influência da mídia sobre as

mulheres, de acordo com algumas falas de entrevistadas na pesquisa de Pereira et al. (2011), onde o parto normal é retratado como sofrimento e a cirurgia cesareana, como um procedimento onde ninguém sofre, livrando as mulheres da dor do parto. Uma tentativa ilusória de evitar a dor, como afirmam Velho et al. (2014), já que muitas mulheres acabam por vivenciar uma dor ainda maior e incapacitante na recuperação pós-cirúrgica, uma percepção presente na fala de algumas entrevistadas por esse estudo. Por esse motivo, alguns desses estudos identificam também que há um conceito ambíguo sobre a dor, que é vista tanto como sofrimento quanto prazer ou satisfação após o parto, provocando um conflito interno a respeito da preferência pela via de parto, onde mesmo diante a possibilidade da dor, muitas mulheres ainda preferem enfrentar o parto normal (PEREIRA et al., 2011), o que sugere que a "preferência" da mulher pela cesareana por medo da dor não explica os altos índices desse tipo de parto no Brasil.

São questões que necessitam de abordagem clara, explícita, para que esses debates venham à tona. Não se trata de rejeição às ciências biomédicas, mas de pensar sobre qual espaço deve ocupar a medicina na gravidez e no parto e sobre quais modelos, suportados em quais bases de valores e científicas, deva se dar essa relação.

Sobre a necessidade de inclusão do tema do parto e nascimento na educação formal e não-formal sob a perspectiva histórica e de gênero

A constatação da ausência do tema do parto e nascimento na educação formal e não-formal deve ser divulgada, debatida e problematizada, afim de que possamos mudar esse cenário, multiplicando as ações educativas sobre este tema nos diversos espaços destinados à educação de jovens e adultos, bem como no âmbito nas políticas públicas educacionais e culturais.

Em tempos de discursos sobre a inter/transdisciplinaridade como metodologia de ensino-aprendizagem, é um tema que deve também ser problematizado no ensino de ciências e biologia, cujo enfoque da reprodução humana, além de excluir as esferas sociais, históricas e culturais deste tema, exclui os processos de parir e nascer, restringindo-se à concepção e gestação.

O que explicaria tais ausências? Por que a preocupação com a educação de jovens em relação aos processos que culminam na gestação, mas não, igualmente, com uma

formação que lhes dê suporte caso engravidem? Talvez possamos responder a essas perguntas a partir de nossa percepção sobre o quanto o questionamento do discurso médico hegemônico – que é o que encontra-se em jogo – é ainda inconcebível para grande parte da sociedade civil, incluindo os educadores. Talvez se considere que esse assunto faça parte do campo da saúde, mas que, mesmo na escola onde essa temática deve ser trabalhada, não se necessite abordá-lo porque não há o que ser ensinado: é o saber médico que decide o parto e não a mulher. São questões que precisamos debater.

É preciso salientar, ainda, que o tema do parto e nascimento está inscrito no campo da saúde, mas também da sexualidade, que é ainda envolto por tabus em nossa sociedade. Como afirmam Cabral e Heilborn (2012 *apud* MOREIRA et al., 2015), a perspectiva de educação em sexualidade tem ainda como desafio inserir no campo pedagógico com jovens, discussões que envolvem temas polêmicos em sexualidade, considerados tabus e que não têm recebido a devida atenção, como o aborto, o planejamento reprodutivo e a contracepção, a partir da perspectiva de gênero e da diversidade sexual. As práticas em educação sexual, no Brasil, tem sido realizadas com caráter normativo e prescritivo, sob o enfoque centrado no discurso do risco, frente às DST/AIDS, e da prevenção da gravidez na adolescência, como afirmam autores como Altmann (2007), entre outros. Com isso, exclui-se qualquer abordagem que dê suporte às desigualdades de gênero, às questões de indentidade de gênero e orientação sexual, ao exercício saudável da sexualidade adolescente, bem como à gravidez na adolescência, incluindo informações e formação sobre a fisiologia e as vias de parto, a atenção ao parto e nascimento, os direitos envolvidos, as relações de gênero, maternidade e paternidade adolescente, entre outros assuntos.

O tema do parto e nascimento está inserido também nessa problemática, qual seja: a dificuldade que tem os educadores de expor as questões relativas aos processos de parir e nascer, dado os entraves morais para se tocar em alguns assuntos e sob determinadas perspectivas. Um problema sério se pensarmos que grande parte das meninas em idade de seis a dez anos, se forem questionadas – ou em suas próprias brincadeiras de criança – sobre como nascem os bebês, responderão “de um corte na barriga”. A dificuldade que tem os educadores, por questões morais ou por deficiências em sua formação, acaba por configurar práticas pedagógicas que ignoram explicações reais e concretas pela limitação em tratar o tema da sexualidade. Com isso, no lugar de uma educação que ofereça entendimento de como se dá o nascimento pelo processo fisiológico “natural”, oferecemos às crianças a construção de um

imaginário que tenha como referência a cirurgia cesareana, recurso artificial e indicado em casos específicos. São atitudes pedagógicas aparentemente simples, porém definidoras dos conceitos que são transmitidos às crianças e jovens. Assim como, o brincar de "dar mamar" é realizado, quase sempre, por meio de mamadeiras e não do amamentar – salvo algumas exceções de círculos sociais de mães e pais educadores que buscam alternativas e enfrentamentos reais às hipocrisias na educação dos filhos, como se tem visto nos ativismos em blogs, sites e redes sociais na internet. O que esperar dessas futuras mães – e pais? A cultura cesarista e da lactação artificial é dada já na primeira infância. São questões aparentemente inocentes e invisíveis para a maioria dos educadores, mas que, em tese, não poderia se dar de forma despercebida pela instituição escolar como de fato ocorre.

Os enfrentamentos às desigualdades, em especial as de gênero e raça, tem sido tratados como centralidade no Estado brasileiro, tornando-se elementos constitutivos de sua governança nos últimos anos. A criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em 2003, e sua ascensão ao nível de Ministério, em 2009, como Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), com capacidade para uma atuação em âmbito federal, amplia a possibilidade de mudanças concretas no campo da educação. Esta Secretaria dispõe de uma coordenação para a educação que, juntamente com o Ministério da Educação, vem implementando algumas ações importantes, evidenciando esse compromisso do Estado com a institucionalização das políticas públicas para igualdade de gênero.

Uma dessas ações é o curso *Gênero e Diversidade na Escola (GDE)*, fruto da parceria entre os dois órgãos, por meio da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inovação (SECADI/MEC), e que já promoveu a formação, em Instituições de Ensino Superior brasileiras, de mais de 40 mil professores e professoras do ensino médio[130]. O livro de conteúdo deste programa, intitulado "Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais"[131], apresenta um conteúdo bastante consistente, com abordagem metodológica didática e crítica sobre o tema gênero, diversidade e orientação sexual; envolve desde discussões conceituais sobre o termo gênero e sua historicidade, até conceitos de identidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e as questões de orientação sexual com foco ao enfrentamento da

130Fonte: Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República – SPM/PR. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/educacao-cultura-e-ciencia/programas-acoes> Acesso em 20 junho 2015.

131BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República – SPM/PR. Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de Conteúdo. Versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009, 266p.

homofobia e da promoção do exercício pleno da sexualidade dos jovens.

Ainda, assim, é interessante notar que o tema do parto e nascimento, bem como dos direitos específicios sobre gestação, atenção ao parto, pós-parto e da maternidade/ paternidade, encontram-se também ausentes na proposta do GDE, envidenciando a ausência desses temas na concepção sobre a educação para a sexualidade de jovens. É, no entanto, uma iniciativa importante e que demonstra preocupação acerca das questões de gênero na formação de professores.

Porém, iniciativas em políticas públicas para inserção do tema gênero na educação, como esta, estão fortemente ameaçadas no cenário político atual. Recentemente, quando da votação do Plano Nacional de Educação (PNE), em 2014, houve rejeição na Câmara e Senado, especialmente representada pelas bancadas religiosas, em relação à proposta de inserção desta temática no Plano. No inciso III do artigo 2º, do texto inicial, voltado para a superação das desigualdades educacionais, um complemento acrescentava a ênfase na promoção da "igualdade racial, regional, de gênero e de orientação sexual"; o Senado alterou esse dispositivo, substituindo a expressão pela ênfase na "cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação"[132] (BRASIL, 2014).

Em vários estados e municípios, como São Paulo, as propostas de inserção do tema gênero nas escolas também tem sido rejeitadas nos Planos de Educação. Em Campinas, um Projeto de Emenda à Lei Orgânica (PELOM 145/2015), foi aprovado em primeira discussão, em junho deste ano, impedindo a regulamentação de qualquer política que discuta e utilize o termo "gênero" nas escolas. Nos discursos contrários à discussão de gênero nas escolas, por meio de publicações em reportagens, blogs e redes sociais, é possível perceber a confusão entre "identidade de gênero" e "ideologia de gênero", como se a proposta de abordagem do tema fosse uma tentativa de inculcar uma tal "ideologia" de gênero, que parece ser entendida como um estímulo à homossexualidade/ transexualidade; existe um medo gerado, especialmente, pela possibilidade de discussão sobre a orientação sexual e de temas como a homofobia, entendendo-se que a inserção do conceito de gênero destruirá a família nuclear tradicional e que serão ensinados às crianças que elas devam "optar" se querem ser meninos ou meninas[133].

132Fonte: Observatório do PNE, Plano Nacional de Educação 2014-2014. Disponível em: <http://www.observatoriodopne.org.br/uploads/reference/file/439/documento-referencia.pdf> Acesso em 20 junho 2015.

133Ver fala do vereador Ricardo Nunes (PMDB) sobre a retirada das questões de gênero do Plano Municipal de

Tratam-se de equívocos conceituais graves por parte de grupos contrários a tais políticas educacionais, que engendram discursos, estes sim, geradores de uma ideologia de perpetuação das desigualdades de gênero, assim como de atitudes preconceituosas e de exclusão da diversidade sexual, e da constituição de outros tipos de arranjos familiares concretos – e não ideológicos.

Com isso, compromete-se também a abordagem do termo gênero no que se refere às desigualdades entre homens e mulheres, à questão da violência contra a mulher, da divisão sexual do trabalho, da saúde das mulheres, entre outras, configurando sérios entraves à educação básica crítica, cidadã e democrática, e que apontam um grande retrocesso nas políticas educacionais.

Acreditamos, portanto, que o tema da sexualidade e, especificamente do parto e nascimento, deva se dar sob o viés da história e dos estudos de gênero, entendendo que, como discutimos ao longo da apresentação dos resultados dessa pesquisa, são perspectivas inerentes ao tema e fundamentais para os avanços da compreensão da problemática que o envolve. A questão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres deveria estar na base das práticas sobre educação para a sexualidade de jovens e adolescentes, como afirmam Moreira et al. (2015). A maioria das mulheres desconhece seus direitos enquanto gestantes e parturientes, especialmente pela falta de cumprimento deles por muitos serviços de saúde e pelo não questionamento por parte das usuárias e familiares.

É preciso pensar, portanto, na formação para o debate atual acerca do parto e do nascimento para meninos e meninas, e para a sociedade civil como um todo, a respeito: do processo fisiológico de parir; dos procedimentos considerados adequados e daqueles considerados invasivos pelos órgãos oficiais brasileiros e internacionais; do debate existente acerca do modelo brasileiro de obstetrícia e dos diferentes posicionamentos da classe médica; das políticas públicas brasileiras para a implementação do parto humanizado e do debate sobre o que ele significa; da experiência de outros países; da história da medicalização do parto e, principalmente, do tema do parto como pertencente ao campo da sexualidade, da natureza fisiológica, cultural e social do corpo feminino, da disputa de poder entre saberes, e das questões de gênero que permeiam esse campo (THÉBAUD, 2002; MARTIN, 2006;

Educação de São Paulo, na reportagem "Câmara de SP retira questões de gênero do Plano de Educação". Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/06/camara-de-sp-retira-questoes-de-genero-do-plano-de-educacao.html> Acesso em 20 junho 2015.

NUNES e MORAIS, 2004; MARTINS, 2000; ROHDEN, 2000).

Nesse sentido, do surgimento de novos – e velhos – desafios para as mudanças de cenário no que tange ao provimento de informação e formação sobre a temática do parto e nascimento na perspectiva de gênero, nos aproximamos ainda mais da proposta de pensar o museu enquanto espaço estratégico para a comunicação deste tema, sem deixar, contudo, de promover o enfrentamento dessa discussão na escola.

Sobre as exposições e as possibilidades dos museus enquanto espaços de comunicação e formação sobre o tema

É preciso salientar que as exposições analisadas não foram concebidas para comunicar o tema específico da atenção ao parto e nascimento – o que, por si só, já é um indicativo da abrangência e da urgência do tema que problematizamos nesta tese. *Mulheres e práticas de saúde*, MUHM, tem como proposta homenagear as mulheres no campo da saúde, reconhecendo três ofícios como parte desse universo: o das médicas, o das parteiras e o das benzedeiras. É por meio do discurso sobre a medicina e sobre o trabalho das parteiras que analisamos sua proximidade com o tema do parto e nascimento. *Reprodução*, como anuncia o próprio nome, apresenta os processos reprodutivos humanos numa perspectiva biológica, passando pelo tema do parto, mas não como objetivo específico da exposição e, sim, como parte do ciclo reprodutivo, da concepção ao nascimento.

Das três exposições analisadas, *Nascer* é a única que tem como proposta abordar o nascimento, passando, dessa maneira, pela questão do parto. É, portanto, a que mais se aproxima do tema específico da atenção ao parto e nascimento, já que mostra diferentes vias e formas de atenção ao parto. A amplitude da abordagem, que vai desde a concepção até os direitos universais das crianças como cidadãos, sem dúvida é merecedora de reconhecimento sobre sua importância. A intenção de mostrar a diversidade cultural em torno do nascimento e o quanto esse evento se insere na dimensão simbólica, mais do que apenas fisiológica, também contribui para promover afetividades que se encontram, hoje, ausentes ou à margem das considerações médicas desde que o parto e o nascimento passaram a receber atenção apenas sob uma perspectiva patológica. É uma narrativa em que o apelo visual é forte, criando um espetáculo de cores, expressões humanas comoventes – com suas belas imagens e fotografias, esculturas de vários tamanhos, um feto gigante tomando grande parte de uma sala,

um rosto indígena expressivo, mãos dadas, barrigas grávidas, e misturas de gerações.

Contudo, *Nascer*, como vimos, apresenta muitos problemas em relação à qualidade das informações nos textos que compõem a exposição. Seu conteúdo é superficial, vago, não acrescentando muito ao que já é conhecido pelo senso comum sobre o parto e o nascimento. O discurso que se revela, ainda que se proponha à diversidade cultural, se apoia, sobretudo, no discurso biomédico hegemônico, e o imaginário do parto e do nascimento como eventos patológicos, que necessitam do monitoramento e dos cuidados médicos, é, ainda, o que mais se sobressai.

A riqueza de seus objetos tampouco é explorada em todo o seu potencial, pois eles são muitas vezes apresentados de forma ilustrativa, metafórica (MENESES, 1994), fazendo dela uma exposição que oferece uma experiência mais estética do que uma comunicação atualizada sobre o tema, no sentido de tornar relevante seu papel social. Além disso, mesmo não tendo como objetivo uma abordagem histórica, sua abordagem antropológica por meio dos textos e dos objetos faz uso, algumas vezes, como vimos (Cf. Capítulo 4), de uma abordagem metonímica, em que a parte se transforma no todo a respeito das diversidades culturais:

> No museu, o risco é que uma exposição, por exemplo, se transforme em apresentação de coisas, das quais se podem inferir paradigmas de valores para os comportamentos humanos e não na discussão de como os comportamentos humanos produzem e utilizam coisas com as quais eles próprios se explicam. Com o agravante de que o típico acaba, facilmente, transformado em estereótipo (MENESES, 1993, p. 212).

É claro que *Nascer* não faz isso o tempo todo, há muitas situações com grande potencial antropológico e museológico: a lenda do boto cor-de-rosa no módulo sobre a concepção é um ótimo exemplo de abordagem da diversidade cultural e de um uso potente do objeto que dá suporte à significação sobre a memória popular dessa lenda amazônica.

Mas a exposição frustra porque se propõe, como objetivo, fazer uma narrativa do nascimento pelo viés da diversidade cultural e o faz por meio de muitos esquecimentos e omissões. A menção às parteiras é feita de forma vaga e sem reconhecimento do trabalho dessas mulheres na história da atenção ao parto e nos dias de hoje. O parto domiciliar é tratado como escolha de risco, ainda que citado brevemente como uma escolha de alguns casais na atualidade, mas o discurso da falta de acesso ao atendimento médico se sobressai.

Não há destaque ao movimento pela humanização do parto, mesmo diante de sua visibilidade política ao longo desses anos, e nem a políticas públicas federais para a humanização.

O esquecimento e os silêncios da história por aqueles que dominam certo discurso científico correspondem a decisões políticas que contribuem para a construção da memória coletiva. Como afirma Meneses (1993, p. 217), "é necessário combater toda pretensão a monopólio e toda tutela sobre o conhecimento, seja do vencedor ou do vencido, da minoria ou da maioria, do observador ou do observado".

Mulheres e práticas de saúde, em sua simplicidade de recursos audiovisuais, acaba por dizer muito, simplesmente por colocar diferentes platôs epistemológicos na mesma condição expográfica – o do saber institucionalizado das médicas e o do saber tácito das parteiras e benzedeiras. Todas as mulheres foram ouvidas e todos os relatos expostos. Não há tratamento diferenciado para médicas, parteiras ou benzedeiras e isso, por si, configura-se como um dispositivo provocador interessante – provocador não no sentido de afronta, mas de provocar a dúvida, o inusitado, a aliança possível, mas não previamente pensada. A metodologia escolhida foi aplicada em todos os casos e a tentativa de uma apresentação imparcial se concretiza pelo rigor do padrão realizado. As diferenças que aparecem no discurso de cada uma, quanto ao saber médico ou saber empírico, pertence a elas, e funciona não como generalização para uma classe, mas como narrativa histórica pessoal. Dessas narrativas é que se extraem agenciamentos que revelam discursos produzidos coletivamente sobre cada uma dessas classes, como apontam as historiografias utilizadas. Somente por apresentar essas mulheres da mesma forma e com os mesmos critérios, a exposição não se coloca em um dos extremos, mas nesse limiar de prova, entre a tentativa da imparcialidade – que é impossível de existir completamente, mas possível de ser tentada, podendo se chegar muito próximo a tal – e a parcialidade – que claramente não é o caminho escolhido.

O museu enquanto instituição a serviço da cidadania não deve tomar uma posição específica: não se caracterizar como espaço de militância, mas também não se instituir como espaço de cumplicidade de discursos hegemônicos. O museu pode ser o espaço das diferenças e ter como premissa que a exposição, enquanto um dispositivo de provocação do pensamento e dispositivo sensorial, pode trazer à tona as controvérsias que circundam um determinado tema, contribuindo para a ampliação e visibilidade de debates presentes no corpo social e científico, mostrando que ele não é homogêneo. O museu deve estar a favor da sociedade –

mas de qual sociedade, na medida em que não expressar as contradições existentes? As contradições precisam estar presentes, mesmo de forma sutil, implícita, como em *Mulheres,* que, na medida em que posiciona parteiras e benzedeiras no mesmo universo – o da saúde –, ao lado de médicas, confere visibilidade a essas práticas, trazendo a contradição como um componente constituinte das práticas sociais e não como elemento a ser tornado invisível.

Reprodução, MCT/PUCRS, apesar de não ter pretensões de comunicar o tema da atenção ao parto e nascimento, mas sim o da reprodução humana, acaba por surpreender exatamente por tratar do processo de reprodução até as "vias de fato" ─ ou seja, o parto ─ e mostrar, por exemplo, a passagem do bebê pela pélvis feminina, materializando uma experiência visual que é importante para desfazer mitos sobre o tema, "naturalizando-o", de certa forma. Nas abordagens escolarizadas do tema da reprodução, raramente o parto é abordado.

Portanto, é possível concluir que os museus se constituem como espaços férteis para a abordagem do tema e que isso pode se dar por meio de perspectivas diversas, como vimos nessas exposições – pelo acesso à memória de parteiras e médicas; à diversidade cultural no parto e nascimento; das diferentes vias de parto e os atores envolvidos; dos mecanismos biológicos do parto no corpo feminino. A linguagem expositiva é capaz de comunicar por meio da palavra, do texto, da informação, mas também por elementos estéticos, produzindo experiências sensoriais, lúdicas, sensíveis, provocativas. Além disso, o alcance de público dos museus o coloca como espaço privilegiado na comunicação de temas sociais relevantes. A média anual de público do Museu da Vida, por exemplo, no período de 2009 a 2013, foi de 58 mil visitantes[134].

Fica claro, contudo, o cuidado que é preciso ter sobre as polêmicas e problemáticas sociais que o envolvem. Expor as relações de poder que se encontram nas formações discursivas acerca da atenção ao parto e nascimento, para além da noção de opinião científica ou de suas vulnerabilidades e interesses, é uma das sugestões possíveis enquanto estratégia metodológica para a abordagem do tema.

Nas exposições, o lugar histórico e socialmente construído da mulher como mãe e cuidadora também se destacou, evidenciando a naturalização do discurso da maternidade como instinto natural na sociedade brasileira, e nos fazendo refletir sobre as necessidades de

134 Relatório Museu da Vida, Gestão agosto 2009 – julho 2013. Disponível em: <http://www.museudavida.fiocruz.br/media/relatorioatividades2013final.pdf> Acesso em 28 jun 2015.

se trazer a perspectiva de gênero nas representações da mulher nas comunicações em museus na atualidade.

Centrar o foco na relação entre os diversos discursos e seus campos de saberes significa partir de uma posição política acerca do tema, que envolve um comprometimento com a formação e a pesquisa, para além da informação. E nessa perspectiva, a história pode não ser a única estratégica metodológica possível, mas, como vimos, configura-se como grande aliada para sua abordagem na medida em que expõe a origem de certas relações que temos, hoje, no presente.

Ademais, o museu já saiu, há muito tempo, desse lugar de neutralidade material ou imaterial posto que o conhecimento, seja ele histórico ou não, já foi há muito contestado quanto a sua neutralidade. Uma exposição não pode mais ser vista como uma reunião de objetos que falam por si, como uma convenção, conforme aponta Meneses (1994). Há uma escolha desses objetos, há uma trama que é composta e que conta uma narrativa e que, até mesmo quando "esconde", está revelando uma posição.

Tocar nas polêmicas que envolvem o modelo obstétrico brasileiro atualmente é adentrar um território perigoso, sem dúvida. Significa questionar a autoridade do discurso médico hegemônico na atenção ao parto e colocá-lo à prova. Mas, se a classe médica não é homogênea e existem questionamentos desse modelo provenientes da própria área, e de profissionais de outros campos da saúde, a sociedade tem o direito a acessar esse território rachado e em crise tal como ele se encontra. Ou poderia tratar-se, ainda, de um direito à história. "A quem pertence a História? Quem está legitimamente capacitado para produzi-la e utilizá-la?" (MENESES, 1993). Apresentar a história do parto e nascimento sem trazer as contradições que dela fazem parte é reforçar o *status* de autoridade e exclusividade de um determinado discurso científico que tem a permissão de falar sobre ela. Por isso, muitas vezes, o discurso pela humanização do parto e nascimento soa tão radical, passional. Todo discurso de resistência a uma dupla poder-saber convive com a agonia de não ser aceito, de não conseguir fazer parte do verdadeiro e, por isso, há com frequência certo extremismo radical. Se por um lado, isso não é suficiente para desqualificá-lo, por outro há muitos esforços para isso por parte do pensamento hegemônico em qualquer campo de saberes.

Não podemos nos esquecer também que, para além da informação e do nível cognitivo e político, outra dimensão que envolve o tema do parto e nascimento, e que é tão

relevante quanto as outras, é a dimensão simbólica desses eventos. O nascimento é um acontecimento que diz respeito, potencialmente, a todas as pessoas. Nem toda pessoa deseja ter um filho um dia, mas todo ser humano nasce. Em relação ao parto, o imaginário a respeito de seus significados começa a se construir desde a infância, em função dos relatos de família acerca do parto quando de seu próprio nascimento, ou ao se presenciar o nascimento de outros membros da família. A diversidade cultural se evidencia nos relatos de parto, desde o local de nascimento até a forma de parir. Partos realizados em casa por parteiras tradicionais, por exemplo, estão ainda presentes em todas as famílias, variando o nível geracional em que este se deu dependendo da idade dos membros envolvidos, podendo ser uma experiência própria ou com a mãe, a avó, bisavó. Ou seja, o parto e nascimento não é um tema ignorado pela sociedade, principalmente pelas mulheres, mas pode ser também muito envolto por mitos e equívocos conceituais, como vimos com alguns autores (MORAIS et al., 2012; COSTA et al., 2003; GODINHO, 2000; MAIA, 1998)[135].

No início da pesquisa, encontramos uma ausência sobre o tema específico da atenção ao parto e nascimento no Brasil e, por esse motivo, decidimos ampliar a investigação para o tema mais geral do parto e nascimento. No período final dessa pesquisa, entretanto, uma nova exposição, inaugurada, em Belo Horizonte, sob o título *Sentidos do Nascer*, que tem como objetivo "contribuir para a mudança da percepção sobre o nascimento, incentivando a valorização do parto normal para a redução da cesareana desnecessária"[136].

A proposta da exposição é ocorrer em espaços urbanos, como *shopping centers* e praças públicas, evidenciando uma intenção de atingir o máximo de cidadãos da sociedade civil, não se restringindo a nenhum público específico: "o formato itinerante da exposição Sentidos do Nascer facilita o acesso a muita gente. Os containers podem ser montados em praças públicas ou áreas de grande circulação, facilitando o acesso de pessoas que nunca foram a um museu, nem buscariam uma exposição"[137]. Foi exibida inicialmente na cidade de Belo Horizonte, encaminhando-se, posteriormente, ao Rio de Janeiro, Niteroi e, ainda este ano, será exibida em Brasília.

Sentidos do Nascer, que contou com patrocínio de várias entidades público e

135 Cf. Introdução.

136 Texto de apresentação no *website* da exposição, disponível em http://www.sentidosdonascer.org/, acesso em 25/05/2015.

137 Trecho extraído do *post* de Bernardo Jefferson de Oliveira, um dos curadores e coordenadores da exposição. Disponível em http://www.sentidosdonascer.org/blog/2015/06/a-itinerancia-e-o-alcance-de-diferentes-publicos/, acesso em 25/05/2015.

privadas[138], e apoio de diversas instituições, entre elas o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), tem como curadores e coordenadores gerais a médica pediatra, Sônia Lansky, e o professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Bernardo Jefferson de Oliveira. Na equipe de consultores estão nomes que são referências na atenção obstétrica brasileira, entre eles: Ana Cristina Duarte, Carmem Simone Grilo Diniz e Daphne Rattner[139].

Um *website* desenvolvido exclusivamente para a exposição, mostra a preocupação em promover informações relevantes sobre a atenção obstétrica, que podem ser acessadas nas seções: "Gestação", "Controvérsias", "Nascimento" e "Conversas". Um "Diário de Bordo" convida pessoas a escreverem seus relatos de vida sobre a experiência do parto e nascimento, bem como de experiências ocorridas ao longo da montagem e exibição da exposição; e um Quiz interativo convida a mulher usuária a testar seus conhecimentos sobre a atenção ao parto e nascimento.

Outro projeto que tivemos notícia é de um "Museu da Parteira", idealizado pela professora da Universidade Federal de Pernambuco e coordenadora do grupo de pesquisa *Narrativas do Nascer*, Elaine Müller. A proposta do museu teve início com a participação de Müller no Inventário Nacional de Referências Culturais (INRC) – Saberes e Práticas de Parteiras Tradicionais de Pernambuco, realizado pelo IPHAN. Nos relatos, muitas parteiras afirmavam que precisavam de um museu para guardar a memória desse ofício. Apesar do museu não ter ainda se concretizado, muitas ações estão sendo feitas pelo Instituto Nômade, que realizou algumas exposições fotográficas sobre parteiras, entre elas "Parteiras – um mundo pelas mãos[140].

O surgimento dessas experiências concretas, da exposição *Sentidos do nascer,* assim como o projeto do *Museu da Parteira*, corroboram, a nosso ver, o quanto este tema ainda é incipiente na expografia brasileira, mas que tem havido um crescimento no interesse em comunicá-lo. Tais projetos nascem com o objetivo voltado a este tema, e são frutos do pensamento contra-hegemônico que questiona o modelo dominante da prática obstétrica brasileira, buscando vias de inserção da sociedade civil neste debate. Nesse sentido, contribuiu também para a confirmação de nossa hipótese de trabalho sobre a potencialidade de exposições sobre o tema, evidenciando a viabilidade da exposição enquanto ferramenta

138 Fundação Bill e Melinda Gates, Ministério da Saúde - Sistema Único de Saúde, Fapemig, Comitê Nacional de Pesquisa. Ver disponível em http://www.sentidosdonascer.org/.
139 Ficha técnica da exposição. Disponível em http://www.sentidosdonascer.org/, acesso em 25/05/2015.
140 http://www.institutonomades.org.br/

para a ampliação do debate sobre a assistência obstétrica brasileira e a sensibilização para o tema do parto e nascimento.

Muitas são as perspectivas e abordagens metodológicas que podem ser utilizadas. Por esse motivo, a linguagem expositiva, certamente, configura-se como uma estratégia poderosa de comunicação sobre o tema, exatamente por unir forma e conteúdo, aspectos cognitivos e sensoriais, inserindo à sociedade neste universo e podendo fazer dele um assunto mais humano e menos técnico. Apesar do parto e o nascimento serem eventos com tamanha carga cultural, social e afetiva, foram, ao mesmo tempo, encarcerados no território biomédico dos exames e diagnósticos, falando-se pouco deste assunto sob o viés da existência e dos afetos. Não há mudança sem informação, assim como não há mudança sem sensiblização. O museu, como espaço do lúdico, dos sentidos e da estética, além da palavra, podem vir a se tornarem insituições importantes para, entre outros temas, a mudança do cenário do parto e nascimento em nosso país.

Os museus de história da medicina também nos atentam para seu potencial. Dada a herança da história natural em sua prática do colecionismo, que também está na origem da constituição dos museus históricos de medicina no Brasil, é possível encontrar objetos que fizeram parte da história da atenção ao parto e nascimento e da obstetrícia nesta tipologia de museus. Perceber a relevância de alguns objetos históricos e documentos nos ofereceu perspectivas futuras para se pensar sobre as possibilidades de criar narrativas sobre a atenção ao parto e nascimento por meio de exposições, a partir de uma (re)visitação à história da medicina.

A partir das perspectivas que apresentamos por meio dos referenciais teóricos que serviram de ferramenta teórica para essa pesquisa, pensar sobre a musealização dos objetos da medicina na história da obstetrícia não poderia se dar nem para reforçar a identidade que já lhe é atribuída em sua história de vertente tradicional, dos grandes feitos e da justificativa de seus fins em nome do progresso civilizatório, e nem fazer dela uma história vilã, mas colocar à disposição os elementos que estão na origem desses objetos e no seu desenrolar histórico.

O fórceps poderia se constituir um ótimo exemplo para a discussão sobre a musealização dos objetos, por exemplo, nesse tema específico da atenção ao parto e nascimento. Como tem sido apresentado esse objeto em museus históricos ou museus de especialidades biomédicas – como em duas das exposições analisadas, *Nascer* e *Mulheres e*

práticas de saúde? Em expositores com, no máximo, uma legenda com seu nome, seu modelo e seu ano de fabricação. Algumas vezes é apresentado em conjunto com outros instrumentos médicos: um bisturi, um balão de oxigênio, tesouras, etc. Desse modo, tanto o fórceps quanto qualquer um desses objetos funciona como um objeto de curiosidade – sobre o instrumental técnico da medicina em seu percurso histórico[141], ou como objeto fetiche (MENESES, 1994 – Cf. Capítulo 3). Abre-se a possibilidade para a fetichização do objeto, para sua reificação, para a leitura de que os objetos se relacionam uns com os outros e possuem conteúdos próprios e não que as sociedades e grupos é que os produzem, mobilizam e lhes dão sentido – como é típico de se encontrar nos museus históricos de medicina ancorados ainda na vertente colecionista e celebrativa dos avanços da medicina.

No entanto, quantas possibilidades possuiria um fórceps para contar a história da atenção ao parto, assim como a própria história da medicina? O fórceps, a partir de algumas historiografias, é um dos personagens relevantes para a aceitação dos médicos na cena do parto, tanto por sua invenção – por ter contribuído para o sucesso dos médicos na realização de partos – quanto por suas implicações epistemológicas e políticas – por pertencer ao saber reconhecido de uma classe – dos médicos – e ter seu uso proibido a outra, desprovida desse saber – das parteiras.

Exibir um objeto sem contextualizá-lo, sem recorrer ao conhecimento histórico que já foi produzido sobre ele, é "teatralizar" a história no sentido de Meneses (1994, p. 10), em que "a memória fica reduzida a um instrumento de enculturação de paradigmas a *priori* definidos e que circulam em vetores sensoriais". Por exemplo, como se a simples exibição de um fórceps já trouxesse consigo a história do atendimento aos partos. Mas qual história? O que restaria ao público concluir sobre o fórceps, um instrumento rodeado de significados de pavor, inclusive?[142]

Um fórceps, em um museu que não conta sua história, dá margens ao reforço de mitos e ideias do senso comum sobre este instrumento, além de ser uma musealização que contribui apenas para a manutenção da história oficial, dos grandes feitos e das grandes

141 Em visita ao Museu de Anatomia da Faculdade de Ciências Biomédicas da USP, em 2013, encontramos alguns exemplares de fórceps ao lado de outros instrumentos médicos sem qualquer legenda ou contextualização histórica. No Museu Carlos da Silva Lacaz, da Faculdade de Medicina da mesma universidade e no mesmo período, também encontramos exemplares em vitrina apenas com legenda portando nome do objeto. Experiências semelhantes são comuns nesse gênero de museus.

142 Esse instrumento é utilizado até hoje e causa, inclusive, um certo pavor quando do seu uso para auxiliar um parto normal a se concretizar. Entre gestantes é comum, por exemplo, se perceber a preocupação sobre o uso ou não de fórceps nas maternidades e hospitais que procuram para ter seus partos.

invenções tecnológicas, do objeto que foi novidade, mas que agora já está ultrapassado, pois que a tecnologia já se desenvolveu ainda mais e etc. Como afirma Lopes (2001, p. 24): "Musealização essa que se apoia em visões do mundo positivistas que distinguem um objeto de centenas de outros similares baseada na concepção histórica dos grandes feitos e grandes homens – e em geral não de grandes mulheres – e na reunião das peças consagradas como raras, únicas, originais, autênticas".

A partir dessa perspectiva, podemos pensar que possibilidades poderiam nos oferecer os objetos presentes nos museus históricos de medicina, como fotografias de formaturas dos cursos de medicina nos anos 1950, por exemplo, onde não são vistas mulheres ou elas estão em pouca quantidade; um selo brasileiro que homenageia uma mulher na medicina, como Rita Lobato na exposição *Mulheres e práticas de saúde.* Partindo dessa premissa, que foi constatada concretamente pela experiência com o MUHM, que, além dos objetos que fazem parte da exposição estudada, possui um acervo importante de instrumentos médicos e arquivos pessoais[143], sugerimos a pesquisa nessa instituição e em outros acervos de museus de história da medicina no Brasil.

Os instrumentos e documentos em acervo podem abrir, portanto, possibilidades de criação de exposições sobre o tema, mostrando que a perspectiva histórica e de gênero pode ser um caminho metodológico relevante para (re)contar a história da obstetrícia. A partir do registro visual dessa documentação e de dificuldades estruturais e institucionais que se colocam às vezes nos museus, além de um alcance local – como no caso de um museu regional como o MUHM – seria possível também pensar em outros formatos, como o das exposições virtuais – que poderia, inclusive, reunir em uma mesma exposição objetos e documentos históricos de diferentes acervos e que, dado à acessibilidade digital cada vez mais crescente em nossa sociedade, pode se configurar como uma estratégia significativa de comunicação do tema.

* * * * * * * * *

Esperamos com por meio desse percurso cartográfico ter conseguido mapear os

143 A Reserva Técnica do MUHM está organizada em *Acervo Tridimensional, Acervo Arquivístico* e *Acervo Bibliográfico* (obras raras). A catalogação de parte de seu acervo pode ser encontrada no *website* da instituição, na seção "Acervo". Disponível em: <http://www.muhm.org.br>. Acesso em 20 julho 2015.

diferentes territórios do tema do parto e nascimento e suas fronteiras, onde elas se comunicam, onde se distanciam, as fissuras, os relevos e as entradas por onde podemos acessar o tema de diferentes maneiras.

Como afirmamos na Introdução dessa tese, este trabalho de pesquisa tem um pressuposto político que é a necessidade de ampliação do acesso à informação e formação sobre a atenção ao parto e nascimento no Brasil. A comunicação em museus não é a única forma de realizar essa comunicação, mas pode se configurar como uma das estratégias para esse caminho na perspectiva histórica e de gênero. Nesse sentido, esperamos que essas e outras questões que emergem ao final dessa investigação possam contribuir para o início de uma discussão sobre a potencialidade da comunicação desse tema no âmbito do ensino de ciências e, em particular, em exposições em museus brasileiros, de ciências e de história da medicina, mas também de outras tipologias, tendo em vista o papel sociocultural dessas instituições para a sociedade.

Este trabalho pode ser acusado de apresentar apenas "um lado" da discussão sobre a problemática da atenção ao parto e nascimento. E a resposta é: sim, nós não buscamos cartografar o cenário obstétrico brasileiro a partir dos discursos e historiografias de ambos os lados do debate obstétrico − dos argumentos da medicina hegemônica e tradicional e o de seus críticos. Optamos por apresentar as críticas ao modelo, mas também não nos debruçamos sobre o mapa conceitual do movimento pela humanização do parto para uma descrição profícua de seus argumentos, de seus embates, bem como de possíveis problematizações conceituais que lhe podem ser feitas. Apenas trouxemos à tona alguns dos argumentos e discursos desse movimento amplo pelas mudanças da prática obstétrica brasileira – o que pode significar, também, uma possível falha no texto apresentado, por não aprofundar o panorama atual a depender de qual perspectiva se parte.

Nosso objetivo foi mais o de buscar a história como ferramenta para traçar essa cartografia sobre o território da atenção ao parto e nascimento, a fim de entender o momento em que nos encontramos na contemporaneidade, especialmente no que se refere à dominação do corpo feminino pela medicina e à diminuição de seu protagonismo no parto ao longo de diferentes períodos. Não expusemos, contudo, os discursos médicos hegemônicos em sua defesa, numa tentativa de traçar um panorama para que o presente trabalho pudesse receber o – inocente – título de "imparcial" por uma simples razão: o que está em jogo é o

questionamento da autoridade médica que é praticada nesse modelo; autoridade essa que não é nem reconhecida nem, muito menos, discutida pela classe médica hegemônica, independente de quem ou do quê se encontra no verdadeiro. Assim, assumimos nossa posição diante desses movimentos de contestação das práticas médicas, no sentido de que é preciso que se enfrente esse embate que, nos parece, ignorado ou omitido pela classe médica hegemônica, representada por seus Conselhos federais e regionais, por Associações e Academias, as quais, quando se expressam, o máximo que fazem é tentar desqualificar as práticas distanciadas de seu modelo, sem contra argumentar de modo satisfatório as críticas que lhe são dirigidas.

Portanto, poderíamos definir este trabalho por um caráter de militância a favor, não de um movimento contra ou a favor da manutenção do modelo hegemônico, mas do enfrentamento que se faz necessário sobre as questões pertinentes ao atendimento obstétrico de mulheres no Brasil. Nossa militância é a favor da informação e da formação para que todas as mulheres, e homens, assim como meninas, jovens adolescentes, futuras gestantes e parturientes, possam ter condições de participar de seus processos ativamente, incluindo enfrentar e respaldar suas escolhas. Nossa militância é a favor de um atendimento obstétrico que, seja onde e por quem for feito, respeite a mulher, seu corpo e seus processos subjetivos, suas filiações culturais, étnicas e religiosas, sua configuração familiar e, sobretudo, seu direito a protagonizar seu parto. Nossa militância é a favor da inclusão do companheiro, da família, da doula, e de qualquer outro acompanhante ou pessoa que, em harmonia com os desejos da parturiente, possam participar desse momento existencial e ritualístico que é o parto e o nascimento. Nossa militância é a favor de que se discuta a ampliação dos direitos de paternidade para que novas subjetividades e culturas de paternidade possam ter condições materiais e simbólicas de se expressar. Nossa militância é a favor de um modelo obstétrico que inclua várias formas de atenção ao parto e nascimento, e que tenha como compromisso promover estímulos, preparação, orientação e educação das mulheres, desde o início do acompanhamento de sua gestação, para que elas tenham condições de participar ativamente de todo o processo que envolve o parto e o nascimento. Nossa militância é a favor da educação, no âmbito formal, por meio da formação de professores e da inserção do tema na escola; e das ações de educação não-formal, por meio dos museus, centros de saúde, universidades e outros espaços da sociedade que possam contribuir para sua comunicação e formação.

Referências*

BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Isa Paula Hamouche. **Trabalhando com Parteiras Tradicionais: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004.** Brasília, 2005. 84 f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-Graduação em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ADEODATO FILHO, José. **O ensino da clínica obstétrica na Universidade da Bahia.** Salvador: Departamento Cultural da Reitoria da Universidade Federal da Bahia. 196. *apud* AMARAL, 2008.

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALTMANN, Helena. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. **Educação em revista,** n. 46, p. 287-310, 2007.

ALVES, José Eustáquio Diniz; CAVENAGHI, Suzana Marta; BARROS, Luiz Felipe Walter. **A Família DINC no Brasil : algumas características sócio-demográficas.** Rio de Janeiro : IBGE. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2010. 34 p.

AMARAL, Marivaldo Cruz do. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 927-944, out-dez. 2008.

ARNEY, William Ray. **Power and the profession of Obstetrics.** Londres: The University of Chicago Press, 1982.

ARNEY, William Ray; NEILL, Jane. The location of pain in childbirth: natural childbirth and the transformation of obstetrics. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n.1, p. 1-24, 1982.

BACCEGA, Maria Aparecida. **Comunicação e linguagem: discursos e ciência.** São Paulo: Editora Moderna, 1998 *apud* CURY, 2005.

BALLÉ, Catherine; POULOT, Dominique. *Musées en Europe* – Une mutation inachevée. Paris: La documentation Française, 2004 *apud* VALENTE, 2008.

BARACHO, Sabrina Mattos et al. Influência da posição de parto vaginal nas varíaveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil,** v. 9, n. 4, p. 409-414, out-dez 2009.

* Baseadas na norma NBR 6023, de 2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

BERSTEIN, Basil. **A estruturação do discurso pedagógico – código, classes e controle.** Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

BLEIER, Ruth. **Science and Gender: A Critique of Biology and Its Theories about Women.** Oxford: Pergamon, 1984 *apud* LOPES, 2006.

BOURDIEU, Pierre; DARBEL, Alain. ***O amor pela arte*: os museus de arte na Europa e seu público.** São Paulo: EdUSP. 2003 *apud* KÖPTCKE, 2003; KÖPTCKE e PEREIRA, 2010.

BORUN, M. Family learning in museums: a bibliographic review. **Curator,** v. 38, n. 4, p. 262-270, 1995.

BORUN, Minda; CHAMBERS, Margaret; DRITSAS, Jennifer; JOHNSON, Julie. Enhancing family learning through exhibits. **Curator,** v. 40, n. 4, p. 279-295, 1997.

BRASIL. **Plano Nacional de Educação 2014-2014:** Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências (Série Legislação, n. 125). Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014, 86p. Dispinível em: <http://www.observatoriodopne.org.br/uploads/reference/file/439/documento-referencia.pdf> Acesso em 20 junho 2015.

_____ Senado Federal. **Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres do Senado Federal**, 2013. http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1 Acesso em 13/12/2014.

_____ Instituto Brasileiro de Museus – IBRAM. **Museus em Números, v. 1.** Brasília: Instituto Brasileiro de Museus, 2011, 240 p.

_____ Ministério da Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares.** Brasília, 2010.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República – SPM/PR. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais.** Livro de Conteúdo. Versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009, 266p.

_____ Ministério da Saúde. ***Parto, aborto e puerpério:* assistência humanizada à mulher.** Brasília (DF), 2001.

_____ Ministério da Cultura do (MinC). **Subsídios para o planejamento de atividades educativo-culturais dos museus.** Museu Educação. Rio de Janeiro: Programa Nacional de Museus, n. 1, p. 7-20, 1985 *apud* LOPES, 1988.

BRENES, ANAYANSI CORREA. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos**

de Saúde Pública, v. 7, n. 2, p. 135 – 149, abr-jun 1991.

BRITO, Gabriel Ferreira; VIEIRA, Eloah Maria Martins; AZEVEDO, Mariana. Masculinidades e o descumprimento da "lei do acompanhante". In: **18o REDOR – Perspectivas Feministas de Gênero: Desafios no campo das militâncias e das práticas.** Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco, nov/ 2014.

CABRAL, C. S.; HEILBORN, M. L. Educação integral em sexualidade dos jovens: da Conferência do Cairo aos dias atuais. In: **Oficinas de trabalho, 2010, Brasília. Rumos para Cairo +20: compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Brasília: Cidade Gráfica, v.1, 2010 *apud* MOREIRA et al., 2015.

Câmara de SP retira questões de gênero do Plano de Educação. **G1 Portal de Notícias,** 11 de junho de 2015 (eletrônico). Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/06/camara-de-sp-retira-questoes-de-genero-do-plano-de-educacao.html> Acesso em 20 junho 2015.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de humanização do parto. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CARVALHO, Vanessa Franco de et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista Escola de Enfermagem USP,** v. 46, n. 1, p. 30-37, 2012.

CAZELLI, Sibele; MARANDINO, Martha; STUDART, Denise Coelho. Educação e Comunicação em Museus de Ciência: aspectos históricos, pesquisa e prática. In: GOUVÊA, Guaracira; MARANDINO, Martha; LEAL, Maria Cristina (orgs.). **Educação e Museu: a construção social do caráter educativo dos museus de ciências.** Rio de Janeiro: Access Editora, 2003, p. 83-106.

CÉSAR, C.C. et al. Efeito-idade ou efeito-pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 17, n. 1/2, jan-dez 2000.

CHEVALLARD, Yves. **La transposición didáctica: del saber sabido al saber enseñado.** Buenos Aires: Aique, 1998.

CHIZZOTTI, Antonio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evoluções e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**. Universidade do Minho. Ano/vol. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CIANFRANI, Theodor. **A Short History of Obstetrics and Gynecology.** Springfield, III: Charles C. Thomas, 1960 *apud* ARNEY, 1982.

COSTA, Raquel; Figueiredo, Bárbara; Pacheco, Alessandra; Pais, Adriane. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. **Psicologia, Saúde & Doenças,** v. 4, n. 1, p. 47-67, 2003.

CUNHA, Marcelo. **Teatro de memórias, palco de esquecimentos: culturas africanas e das diásporas negras em exposições.** 2006. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CURY, Marília Xavier (Coord.). Museu Tijucas. Diagnóstico. Prefeitura Municipal de Tijucas, Funcultrati - Fundação Cultural Tradição de Tijucas, Santa Catarina: **Giramundo Consultoria Cultural**, out 2010.

_____ Comunicação Museológica – Uma Perspectiva Teórico-Metodológica de Recepção. In: IV Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, **Anais do IV Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom,** 2007.

_____ Comunicação e pesquisa de recepção: uma perspectiva teórico-metodológica para os museus. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 12, Supl., p. 365-80, 2005.

_____ **Estudos sobre Centros e Museus de Ciências:** subsídios para uma política de apoio. São Paulo: Fundação VITAE, 2001.

DANTES, Maria Amélia; FIGUEIRÔA, Silvia; LOPES, Maria Margaret. Chapter 5 - Sciences in Brazil: An Overview from 1870–1920. In: KRAUSE, D.; VIDEIRA, A. (Eds.), **Brazilian Studies in Philosophy and History of Science,** Boston Studies in the Philosophy of Science 290, Springer Science Business Media B.V., 2011.

DASTON, Lorraine.; GALISTON, Peter. The image of objectivity. **Representations,** v. 0, ed. 40, Edição Especial: Seeing Science, p.82-128, 1992.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa. Representação de parturientes acerca da dor de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 100-109, 2008. 9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a09.htm> Acesso em 20 março 2015.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Ginecology and Obstetrics,** v. 75, n. 1 (suplemento), p. S5-S23, nov. 2001.

_____ The technocratic model of birth. In: HOLLIS, Susan Tower; PERSHING, Linda; YOUNG, M. Jane (eds.). **Feminist Theory in the study of Folklore.** University of Illinois Press, 1993, p. 297-326.

_____ Obstetric training as a rite of passage. In: HAHN, Robert (ed.). Obstetrics in the United States: Woman, Physician and Society. **Special Issue of the Medical Anthropology Quarterly,** v. 1, n. 3, p. 288-318, 1987.

DAVIS-FLOYD, Robbie; JOHNSON, Christine Barbara (Eds.). **Mainstreaming midwives: the politics of change.** New York: Taylor and Francis Group, 2006, 559 p.

DeLEE, Joseph B. The prophylactic forceps operation. **American Journal of Obstetrics and Gynecology,** v. 1, p. 34–44, 1920 *apud* ARNEY, 1982.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia v. 1.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

_____ **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano,** v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

_____ Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019> Acesso em 29 ago 2013.

_____ **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, AS.O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet,** v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.

DUARTE, Geraldo; COLTRO, Pedro; BEDONE, Rebeca V.; NOGUEIRA, Antonio A.; GELONEZZI, Glauce M.; FRANCO, Laércio J. Trends in the modes of delivery and thier impact on perinatal mortality rates. **Revista Saúde Pública,** v. 38, n. 3, p. 379-384, 2004.

DURKHEIM, Émile. **Les règles de la méthode sociologique.** Paris, 1894.

ESBERCI, Sizan Luis. Deputada Janete propõe reconhecer parteiras como patrimônio imaterial. Brasília, DF: Gabinete da deputada federal Janete Capiberibe PSB/AP, 09 maio 2014. Disponível em: <http://janetecapiberibe.com.br/noticias-relecionadas/item/706-deputada-janete-prop%C3%B5e-reconhecer-parteiras-como-patrim%C3%B4nio-imaterial.html> Acesso em 05/06/2014.

FALK, John Howard; DIERKING, Lynn. Free-choice learning: an alternative term to informal learning? **Iler Newsletter,** v. 2, n. 1, p. 2. july/1998 *apud* MURRIELLO, 2006.

_____ **Public institutions for personal learning: establishing a research agenda.** Washington, D.C.: American Association of Museums, 1995.

FAVIÈRE, M. Jean. **Les musées brésiliens et le développement social et économique du pays.** Rapport de mission au Brésil, de 15 juillet a 14 août 1972. Bourges, 1er. Novembre,

1972 *apud* VALENTE, 2009.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 15, n. 38, p. 663-675, Set. 2011.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues; BARROS, Nelson Filice de. A humanização do parto no cenário de disputas da obstetrícia. Resenhas e Críticas Bibliográficas. ***Physis*** **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1591-1593, 2012.

FLOWER, William H. Los museos de historia natural. **Revista del Museo de La Plata,** tomo I, p. 2-25, 1890-1891 *apud* LOPES e MURRIELLO, 2005.

_____ Lés musées d'histoire naturelle. **Revue Scientifique**, 3e série, n. 13 (26e année), p. 385-395, 28 set. 1889 *apud* LOPES e MURRIELLO, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 15ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003a, 152 p.

_____ **Microfísica do poder.** 18ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003b, 295 p.

_____ **A arqueologia do saber.** 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2002, 239 p.

_____ **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas.** 8ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2000, 541 p.

_____ **A ordem do discurso.** 7ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001, 79 p.

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

_____ **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977, 241 p.

FOX KELLER, Evelyn. **Reflections on Gender and Science.** New Haven and London: Yale University Press, 1985 *apud* LOPES, 2006.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou.** 2010. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou . Acesso em: maio 2013.

GABUS, Jean. **Musées du Brésil: Organisation scientifique et formation professionnelle.** Rapport de mission au Brésil, de août /sept, 1972 *apud* VALENTE, 2009.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al . Fatores associados à cesariana entre primíparas

adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 (suplemento 1), p. S117-S127, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 janeiro 2015. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145513.

GAVROGLU, Kostas. The ideology of popularization and the popularization of ideology: some issues for the history of science. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 224-231, jul/dez 2012.

GAYESKI, Michele Edianez; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 17, n. 2, 2009.

GERGEN, Kenneth J. A crítica feminista da ciência e o desafio da epistemologia social. In: GERGEN, Mary McCanney. (ed.) *O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento.* Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos/Edunb, 1993, p. 48-69 *apud* LOPES, 2006.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto; LAMOUNIER, Joel Alves; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. **Revista Saúde Pública,** v. 39, n. 3, p. 350-357, 2005.

GILBERT, John; PRIEST, Mary. Models and discourse: a primary school science class visit to a museum. **Science Education,** v. 81, n. 6, p. 749-762, 1997.

GODINHO, Roseli Aparecida; SCHELP, Joselaine Rosália Batista; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; BERTONCELLO, Neide Marina Feijó. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 25-32, abril 2000.

GOLDANI, Ana Maria. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. **Cadernos Pagu,** Campinas, v. 1, n. 6, p. 68-110, 1993.

GONÇALVES, Carla Vitola et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. ***Revista Associação Médica Brasileira***, v. 55, n. 3, p. 290-295, 2009.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Sueli. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petropólis: Vozes, 1986.

GUARNIERI, Waldisa Russio Camargo. Conceito de cultura e sua inter-relação com o patrimônio cultural e a preservação. **Cadernos Museológicos,** v. 3, p. 7-12, 1990.

GUERRA, Gláucia Virgínia de Queiroz Lins. **Indução do trabalho de parto na América Latina: inquérito hospitalar.** Tese (Doutorado em Tocoginecologia). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

GUIMARÃES, Claudiane Aparecida; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Os possíveis porquês do cuidar. **Rev. SBPH** [online], v.15, n.1, p. 249-263, 2012.

HAESBAERT, Rogério; BRUCE, Glauco. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. **GEOgraphia,** v. 4, n. 7, 2002.

HAGER, Lori. Sex and Gender in Paleo-anthropolgy. In: HAGER, Lori (ed.) **Women in Human Evolution.** New York: Routledge, 1997 a*pud* SCHIEBINGER, 2001.

HOOPER-GREENHILL, Eilean. Education, comunication and interpretation: towards a critical pedagogy in museums. In: HOOPER-GREENHILL, Eilean. (org.) **The educational role of the museum.** London: Routledge, 1994a, p. 3-25.

_____ Museum learners as active postmodernists: contextualizing constructivism. In: HOOPER-GREENHILL, Eilean. (org.) **The educational role of the museum.** London: Routledge, 1994b, p. 67-72.

_____ **Museums and the shaping of knowledge.** London: Routledge, 1992.

HORTA, Maria de Lourdes Parreiras. Semiótica e Museu. ***Cadernos de Ensaios***, Estudos de Museologia, n. 2, Rio de Janeiro: MINC/ IPHAN, p. 09-28, 1994.

HUBBARD, Ruth. Algumas idéias sobre a masculinidade das ciências naturais. In: GERGEN, Mary M. (ed.) **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/Edunb, p.21-36, 1993 *apud* LOPES, 2006.

JONGE, Ank de et al. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. **BMJ,** 346, jun 2013.

JORDANOVA, Ludmilla. **Nature Displayed: gender, science and medicine 1760-1820.** London/New York: Longman, 1999.

KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda; PEREIRA, Marcele Regina Nogueira. Museus e seus arquivos: em busca de fontes para estudar os públicos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** v. 17, n. 3, p. 809-828, 2010.

_____ Parceria museu e escola como experiência social e espaço de afirmação do sujeito. In: GOUVÊA, Guaracira; MARANDINO, Martha; LEAL, Maria Cristina (orgs.). **Educação e Museu: a construção do caráter educativo dos museus de ciência.** Rio de Janeiro: Access Editora, 2003, p. 107-128.

LONGINO, Helen; DOEL, Ruth. Body, Bias and Behavior: A Comparative Analysis of Reasoning in Two Areas of Biological Science. **Signs,** v. 9, p.207-227, 1983 *apud* LOPES, 2006.

LOPES, Maria Margaret. Sobre convenções em torno de argumentos de autoridade. **Cadernos Pagu,** v. 27, p. 35-61, jul-dez 2006.

_____ Museus e educação na América Latina: o modelo parisiense e os vínculos

com as universidades. In: GOUVÊA, Guaracira; MARANDINO, Martha; LEAL, Maria Cristina (orgs.). **Educação e Museu: a construção social do caráter educativo dos museus de ciências.** Rio de Janeiro: Access Editora, 2003, p. 63-82.

_____ Museus, história, educação e ciências – contradições e exclusões. **Ciência & Ensino,** n. 10, p. 23-25, junho/2001.

_____ Resta algum papel para o (a) educador(a) ou para o público nos museus? **Boletim do CECA-Brasil,** ano 1, n. 0, p. 1-4, 1997.

_____ A favor da desescolarização dos museus. Campinas, Papirus: **Revista Educação & Sociedade/CEDES**, ano XII, n. 40, p. 443 – 455, 1991.

_____ **Museu: uma perspectiva de educação em Geologia.** 1988. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1988.

LOPES, Maria Margaret; MURRIELLO, Sandra Elena. Ciências e educação em museus no final do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, Supl., p. 13-20, 2005.

MACHADO, Roberto. **Deleuze e a Filosofia.** Rio de Janeiro: Graal, 1990.

MAIA, Ana C. B. Informacões sobre temas relativos à sexualidade em um grupo de adolescentes de uma escola pública de Bauru – SP. Bauru: **Mimesis**, v. 19, n. 1, p. 41-58, 1998.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 189 p.

MANSANO, Sonia Regina Vargas. Alguns desafios colocados para a pesquisa qualitativa na contemporaneidade. **Revista Espaço Acadêmico.** Ano XII, n. 136, p. 1-9, 2012.

MARANDINO, Martha et al. A Educação Não Formal e a Divulgação Científica: o que pensa quem faz?. In: IV Encontro Nacional de Pesquisa em Ensino de Ciências - ENPEC, 2004, Bauru. **Atas do IV Encontro Nacional de Pesquisa em Ensino de Ciências - ENPEC**, 2004.

MARANDINO, Martha. Por uma didática museal:propondo bases sociológicas e epistemológicas para análise da educação em museus. Tese de Livre Docência. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2011.

_____ A pesquisa educacional e a produção de saberes nos museus de ciência. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** v. 12 (suplemento), p. 161-81, 2005a.

_____ Museus de Ciências como Espaços de Educação. In: FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; VIDAL, Diana Gonçalves (Org.). **Museus: dos Gabinetes de Curiosidades à Museologia Moderna**. Belo Horizonte: Argumentum, p. 165-176, 2005b.

_____ Transposição ou recontextualização: sobre a produção de saberes na

educação em museus de ciências. **Revista Brasileira de Educação,** n. 26, mai/jun/jul/ago, 2004.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da ginecologia e da obstetrícia.** Tese (Doutorado em História). Instituto de Filosfia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

_____ A ciência dos partos: visões do corpo feminino na construção da obstetrícia científica do século XIX. Florianópolis: **Revista Estudos Feministas,** v. 13, n. 3, p. 645-665, set-dez/ 2005.

_____ **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

MARTINS, Luciana Conrado. A consituição da educação em museus: o funcionamento do dispositivo pedagógico por meio de um estudo comparativo entre museus de artes plásticas, ciências humanas e ciência e tecnologia. 2011. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARTINS-COSTA, S. E.; RAMOS, J. G. L. A Questão das Cesarianas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 10, p. 571-574, 2005 *apud* DINIZ, 2009.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface – Comunicação, Saúde e Edcação,** v. 16, n. 40, p. 107-119, jan-mar 2012.

MATURANA, Humberto R.; VERDEN-ZÖLLER, Gerda. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia.** São Paulo: Palas Athenas, 2004. 272p.

McMANUS, Paulette. Topics in museums and science education. **Studies in Science Education**, n. 20, p. 157-182, 1992.

MENESES, Ulpiano T. Bezerra de. Do teatro da memória ao laboratório da História: a exposição museológica e o conhecimento histórico. **Anais Museu Paulista,** v. 2, n. 1, p. 9-42, 1994.

_____ A problemática da identidade cultural nos museus: de objetivo (de ação) a objeto (de conhecimento). **Anais Museu Paulista,** v. 1, n. 1, p. 207-222, 1993.

MENSCH, Peter van. **O objeto de estudo da museologia.** Rio de Janeiro: UNI-RIO, Pré-textos Museológicos 1, 1994 *apud* CURY, 2005.

MOLD, J.; STEIN, H. F. The cascade effect in the clinical care of patients. **The New England Journal of Medicine,** v. 314, n. 8, p. 512-514, 1986 *apud* DINIZ, 2005.

MORAIS, Fátima Raquel Rosado; NUNES, Tatiana Paiva; VERAS, Renata Meira and AZEVEDO, Luciana Fernandes de Medeiros. Conhecimentos e expectativas de adolescentes nuligestas acerca do parto. **Psicologia em Estudo**, v.17, n.2, p. 287-295, 2012.

MOREIRA, Lisandra Espíndula; NARDI, Henrique Caetano. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). **Revista Estudos Feministas,** Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 569-594, mai-ago. 2009.

MOREIRA, Maria de Fátima Salum; MARTINS, Taluana Laiz Torres; FREITAS, Valteir Carvalho. Direitos reprodutivos, parto e violência contra a mulher: o que está dentro/ fora da educação sexual dos jovens. XII Semana da Mulher: Mulheres, Gênero, Violência e Educação. In: **Anais do XII Semana da Mulher: Mulheres, Gênero, Violência e Educação.** Marília, SP: UNESP, 2015. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/direitos-reprodutivos_maria-de-fatima-salum.pdf> Acesso em 23 junho 2015.

MORENO, F. P. **Revista del Museo de La Plata,** tomo I, 1890-1891 *apud* LOPES e MURRIELLO, 2005.

MOSCUCCI, Ornella. ***The science of woman: gynaecology and gender in England (1800-1929)***. Cambridge: Cambridge University Press, 1996 *apud* ROHDEN, 2002.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 19, n. 4, p. 1085-1094, 2014.

MOTT, Maria Lúcia. Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. **Cadernos Pagu** [online], n.24, p. 41-67, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332005000100004&script=sci_arttext> Acesso em 20 maio 2015.

_____ Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830 – 1960). **Projeto História,** São Paulo, v. 25, 197-219, dez 2002.

_____ O curso de partos: deve ou não haver parteiras? **Cadernos de Pesquisa**, n. 108, p. 133-160, nov 1999.

MUNDURUKU, Daniel. **O Banquete dos Deuses:** Conversa sobre a origem da cultura brasileira. São Paulo: Angra, 2000, 126p.

MURRIELLO, Sandra Elena. **As exposições e seus públicos: a paleontologia no Museo de La Plata (Província de Buenos Aires, Argentina)**. Tese (Doutorado em Ciências). Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MZ PORTAL. Ministro da Cultura apoia projeto da deputada Janete que valoriza o saber das parteiras tradicionais (Reportagem). MZ Portal, 23 de maio de 2015. Disponível em: <http://mzportal.com.br/?p=5360> Acesso em 13/06/2015.

NOSSA CAPA. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboral**, vol.42, n.5, p. 0-0, 2006.

NUNES, ISA MARIA; MOURA, MARIA APARECIDA VASCONCELOS. A atenção ao parto como espaço de poder. Acta Paulista Enfermagem, v. 17, n. 3, p. 340-346, jul-set 2004.

Organização Mundial de Saúde - OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal.** Unidade de maternidade segura. saúde reprodutiva e da família. Genebra, 1996.

OSAWA, Ruth Hitomi; RIESCO, Maria Luiza Gonzales; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 59, n. 5, p. 699-702, set-out 2006.

OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the Natural Body: an archeology of sex hormones.** London: Routledge, 1994 *apud* LOPES, 2006.

PARTO DO PRINCÍPIO; FÓRUM DE MULHERES. Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica (Cartilha). 1a. edição. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2014. Disponível em: <ttp://media.wix.com/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf> Acesso em 14/12/2014.

_____ Violência obstétrica: "parirás com dor". (Dossiê sobre a violência obstétrica no Brasil elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito CPMI) da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> Acesso em 13/12/2014.

PADILLA, Jorge G. C. Museos y Centros de Ciencia en México In: CRESTANA, Silvério (Coord.). **Curso para treinamento em Centros e Museus de Ciência**. São Paulo: Editora Livraria da Física Ltda, 2001 *apud* VALENTE, 2008.

PEARCE, Susan. Museum studies in material culture. In: Pearce, Susan (org.). **Museums studies in material culture.** Londres: Leicester University Press, 1989 *apud* LOPES e MURRIELO, 2005.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia,** v. 61, n. 3, p. 376-388, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf> Acesso em 20 maio 2015.

PERINI, Edson; MAGALHÃES, Sérgia Maria Starling; NORONHA, Vanessa. Consumo de medicamentos no período de internação para o parto. **Revista Saúde Pública,** v. 39, n. 3, p. 358-365, 2005.

PESTRE, Dominique. Por uma nova história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens. **Cadernos IG/Unicamp***,* v. 6, n. 1, p. 3-56, 1996.

PIMENTEL, Camila; RODRIGUES, Laís; MÜLLER, Elaine; PORTELLA, Mariana. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, v. 4, n. 1, jan-jun 2014.

PINHEIRO, Luana; GALIZA, Marcelo; FONTOURA, Natália. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. **Revista Estudos Feministas,** Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 851-859, set-dez 2009.

POMEROY, Ralph H. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? **American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children,** v. 78, p. 211-220, 1918 *apud* ARNEY, 1982.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface: Comunicação, Saude e Educação**, v.13 (suplemento), p. 595-602, 2009a.

_____ Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface: Comunicação, Saude e Educação**, v.13 (suplemento), p. 759-768, 2009b.

RESTA, D.G.; BUDÓ, M.L.D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Scientiarium. Health Sciencies**, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. Do orgulho à resignação: educação e atuação profissional de obstetrizes formadas pela Universidade de São Paulo. **Cadernos de História da Ciência,** São Paulo, v. 7, n. 2, 2011.

_____ Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 43, Suplemento 2, p. 1297-1302, dez. 2009.

RIVIÈRE, Georges Henri. Stage régional d'études de L'Unesco sur le rôle éducatif des musées. **Etudes et documents d'éducation,** n. 38, 1960 *apud* VALENTE, 2009.

ROHDEN, Fabíola. Homem com "H": ideiais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. **Cadernos Pagu,** v. 40, p. 287-321, jan-jun 2013.

_____ Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 17, n. 10, p. 2645-2654, 2012.

_____ Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos,** ano 8, n. 17, p. 101-125, jun 2002.

_____ **Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher.** Tese (Doutorado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ROSSITER, Margaret. **Women scientists in America:** struggles and strategies to 1940. Baltimore: The John Hopkins University Press. 1982.

SALIBA, Elias Thomé. Comentário VII. **Anais Museu Paulista**, vol.3, n.1, p. 85-88, 1995.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto en casa: hacia adelante o hacia atrás? Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Rev. Gaúcha Enferm.**, v .35, n. 1, p. 157-160, 2014.

SANTANA, J. e GONZAGA, L. **Escola de mães, saúde dos filhos.** 2a. Edição. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas da Casa Lausinguer, 1931 *apud* MOTT, 2002.

SANTOS, Francimário Vito dos. O ofício das rezadeiras como patrimônio cultural: religiosidade e saberes de cura em Cruzeta na região do Seridó Potiguar. **Revista CPC** [online], São Paulo, n. 8, p. 6-35, mai-out/2009. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/cpc/article/viewFile/15647/17221. Acesso em 05/09/2014.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery,** v.12, n.4, p. 645-650, 2008.

SARINHO, C. Travassos. **Faculdades de Medicina no Brasil:** (as dez mais antigas). Resumo Histórico. Natal, RN: Nordeste Gráfica, 1989 *apud* MOTT, 2002.

SAVIANI, Demerval. **Escola e Democracia.** São Paulo: Cortez Editora. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 5. 1983, 96p. *apud* LOPES, 1988.

SCHEINER, T.C. Museums and exhibitions: appointments for a theory of feeling. In: **The Language of Exhibitions.** ICOM International Committee for Museology, Switzerland, 1991.

SCHIELE, Bernard; KOSTER, Emlyn. *La Révolution de la Muséologie des Sciences*. Canada: Editions Multimondes, 1998 *apud* VALENTE, 2008.

SCHIENBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: EDUSC, 2001, 382 p.

SHEETS-PYENSON, Susan. **Cathedrals of science: the development of colonial natural history museums during the late nineteenth century.** Montreal: McGill-Queen's University Press, 1988 *apud* MENESES, 1994.

SIMONNEAUX, Laurence; JACOBI, Daniel. Language constraints in producing prefiguration posters for a scientific exhibition. **Public Understanding of Science,** n. 6, p. 383-408, 1997.

TERUGGI, Mario. Museums and scientific and technological development. **Museum,** v. 25, n. 3, p. 127-131, 1973 *apud* VALENTE, 2009.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista Estudos Feministas**, ano 10, v. 2, 2002.

TORNQUIST, Carmen Suzana. “Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. **Revista Estudos Feministas.** v.10, n.2, p. 483-492, 2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Educação. Centro de Documentação em Ensino de Ciências – CEDOC. **Catálogo de Teses e Dissertações em Ensino de Ciências no Brasil 1996-2008.** Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <https://www.fe.unicamp.br/cedoc/> Acesso em 28/08/2012.

_____ **Catálogo de Teses e Dissertações em Ensino de Biologia no Brasil 1972-2004.** Catálogo. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <https://www.fe.unicamp.br/cedoc/> Acesso em 28/08/2012.

_____ **Catálogo de Teses e Dissertações em Ensino de Ciências no Brasil 1972-1995.** Catálogo. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <https://www.fe.unicamp.br/cedoc/> Acesso em 28/08/2012.

VALENTE, Maria Esther. Museus de Ciência e Tecnologia no Brasil: uma “Reunião de Família” na Mesa Redonda de Santiago do Chile em 1972. **Museologia e Patrimônio**, v. 2, n. 2, jul/dez, 2009.

_____ **Museus de ciências e tecnologia no Brasil: uma história da museologia entre as décadas de 1950-1970**. Tese (Doutorado em Ensino e História das Ciências da Terra). Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLACO, Vânia Sorgatto. **Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram.** Revista Brasileira de Enfermagem[online], v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200282&script=sci_arttext> Acesso em 22 nov 2014.

WAGENSBERG, Jorge. A favor do conhecimento científico. In: **Endoxa**: Séries Filosóficas, n. 14, UNED, Madrid, pp. 341-356, 2001.

_____ The "total" museum, a tool for social change. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, v. 12, supl., p. 309-321, 2005.

-WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enfermagem,** v. 20, n. 4, out-dez/ 2011.

World Health Organization – WHO. Appropriate Technology for Birth. **Lancet**, v. 2, n. 8452, p.436-7, 1985.

WOLFF, L. R. (2004). **Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto.** Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004 *apud* MORAIS et al., 2012.

ZIHLMAN, Adrienne. The Paleolithic Glass Ceiling: Women in Human Evolution. In: HAGER, Lori (ed.) **Women in Human Evolution.** New York: Routledge, 1997 *apud* SCHIEBINGER, 2001.

FONTES

Documentais:

Journal Officiel de la Martinique [19 de abril de 1831]. Archives Nationales d'Outre Mer (ANOM), França.

Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Ofi cial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

Lei de 03 de outubro de 1832. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1832, Página 87 Vol. 1 pt. I (Publicação Original). Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html> Acesso em 26 novembro 2013.

Materiais audiovisuais:

Exposição "Nascer" - MV/Fiocruz (Fotos). Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/museudavida/sets/721 57628050711266/> Acesso em 03 set. 2013.

Fé. Documentário. Direção: Felipe Henrique Gavioli, 2009. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hNTuVQN4LY0> Acesso em 09 mai 2013.

Vida. Documentário. Direção: Felipe Henrique Gavioli, 2009. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pxS4uuapFrk> Acesso em 09 mai 2013.

Materiais institucionais:

Dossiê Exposição Nascer: Especificação técnica para empréstimo da exposição. Disponível em http://www.museudavida.fiocruz.br/media/Nascer%20dossie.pdf, Acesso em 03/09/2013.

Oficinas do Setor Educativo do Museu de História da Medicina do Rio Grande do sul – Descrição https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxlZHVjYXRpdm9tdWhtfGd4OjJiYTY4M

mM3N2RlMzgyY2U Acesso em 31/09/2014.

Websites institucionais:

http://www.muhm.org.br (Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul – SIMERS)

http://www.museudavida.fiocruz.br/ (Museu da Vida – FIOCRUZ)

http://www.pucrs.br/mct/ (Museu de Ciência e Tecnologia – PUCRS)