

PARTEIRAS E CONTROLE DA NATALIDADE NA EUROPA DO SÉCULO XX

Alessandra Gissi

“Não seja lícito a alguém sangrar a mulher pelo pé por causa da gravidez caso não haja expressa determinação de um médico idôneo”.

(*Protomedicato*, Bolonha, Século XVII)

Resumo: Este artigo trata das políticas demográficas e da repressão imposta às práticas de controle da natalidade no norte europeu (Inglaterra, Países Baixos, França e Alemanha) na primeira metade do século XX. Com base na vasta historiografia – principalmente anglo-saxã, e no conjunto de leis e regulamentos relacionados a parteiras e ao controle da natalidade daquela região, examina as diversidades geográficas e culturais, os contextos históricos distintos, e os simbolismos que presidem orientações do controle da reprodução. Destaca resultados ambivalentes de dinâmicas sociais nas experiências de regulamentação das atividades de parteiras e seus percursos profissionais, com suas contradições e diacronias, levando em conta a delicada relação com a classe médica.

Palavras-chave: parteiras; políticas demográficas; medicina.

A citação acima enuncia a única proibição prevista pelo *Protomedicato* de Bolonha, durante o século XVII, para a prática de sangrias; sangrar a veia safena, ou veia da mãe, representava, de fato, uma manobra considerada abortiva, bastante difundida e praticada pelas comadres, mas também pelos barbeiros, seguindo prescrição da parteira (POMATA, 1981).

GÊNERO

O controle exercido sobre as parteiras, pelas autoridades constituídas, é um fenômeno digno de atenção devido à longa duração que o caracteriza. Tal controle assumiu uma ênfase particular exatamente nos anos entre o término do século XIX e a Segunda Guerra Mundial, período em que as parteiras tornaram-se objeto de repetidas leis, regulamentos, prescrições e de um forte controle policial e social. Eram, então, percebidas como possuindo exclusiva e potencialmente a capacidade de facilitar os nascimentos ou de limitá-los; vale dizer que esses são dois dos aspectos fundamentais da medicina das mulheres. Verifica-se, assim, em contextos históricos e geográficos profundamente diferentes, a tentativa de se utilizar as parteiras como massa de manobra na defesa de diferentes políticas demográficas. Se deixarmos de lado a propaganda, tais políticas, apesar de sua inegável diferença, podem ser lidas, também, como instrumento de transformação social e de redefinição dos papéis biológico e político das mulheres.¹

Uma vez que a reprodução começou a ser vista como questão política, os governos tentaram construir e legitimar identidades profissionais rígidas, como a dos médicos obstetras. Foram feitas, também, tentativas (nem sempre coroadas de sucesso) de eliminar redes sociais consolidadas, ligadas ao evento do parto e às práticas tradicionais de controle de natalidade. Estas intervenções tornaram-se inevitáveis, tanto em função da institucionalização do papel feminino, circunscrito à função procriadora, como pela elaboração de um conjunto de normas rígidas referentes à contracepção e ao aborto.

O interesse suscitado pelo assunto é bem visível na historiografia européia, que produziu a esse respeito uma rica bibliografia – principalmente de origem anglo-saxã – desde os primeiros anos após a Segunda Guerra Mundial, quando a importância das parteiras iniciou um irrefreável declínio. A Itália representou, por um longo tempo, uma evidente anomalia: a história das parteiras no século XX permaneceu em um significativo silêncio, excetuando-se os importantes trabalhos de Liliana Lanzardo e Nancy Triolo.² As autoras propõem dois estudos de caso relativos a contextos regionais geograficamente contrapostos – as regiões de *Friuli Venezia Giulia* e *Sicília* – enfatizando tanto o percurso de profissionalização que se deu ao longo do século XX, quanto as persistentes diferenças, evidenciadas sobretudo por Lanzardo, entre as áreas urbanas e as regiões de montanha e rurais. Os estudos revelam de que forma a complexidade dos fenômenos ligados à modernização envolveram a figura da parteira. Posteriormente, novas perspectivas historiográficas abriram-se graças a pesquisas inteiramente dedicadas à trajetória das parteiras italianas no período entre a Unificação e a deflagração da Segunda Guerra Mundial, com destaque para as duas décadas de regime fascista (GISSI, 2002).

Benito Mussolini (apud MORELLI, 1994, p. 139) afirmou que “o médico, o professor, o prefeito e o pároco” eram “os pilares da sociedade”. Anos antes o jornalista Cornélio di Mazio tinha escrito sobre a enorme “importância política” das parteiras, “muito ligadas à família e à vida do povo” para serem ignoradas, sobretudo se

a pretensão fosse a de transformá-las em “tutoras mais próximas à potência demográfica nacional”.³ Longe de aderir de modo uniforme ao modelo proposto/imposto pelo fascismo, as parteiras italianas continuaram, no entanto, durante os anos 1930, a se envolver nos dois principais aspectos da medicina das mulheres: a assistência e o controle da natalidade. As parteiras, diferentemente da propaganda que as configurava como profissionais fascistas enquadradas em um registro profissional e veementemente engajadas em defesa da raça e da estirpe, optaram por desempenhar uma variedade de papéis que ia além das limitadas fronteiras da categoria profissional.

Baseada em riquíssimas fontes – dossiês das parteiras degredadas por terem provocado aborto e descrição de si mesmas – as pesquisas revelaram que as parteiras reivindicaram tanto seu profissionalismo quanto um amplo papel social, que lhes possibilitava garantir, algumas vezes, uma espécie de *welfare* individual para as mulheres assistidas.⁴

As parteiras foram se profissionalizando, mesmo com dificuldade e atrasos e, a despeito das severas normas repressivas, foram perseverantes e continuaram exercendo o controle da reprodução. Apesar da imagem brutal atribuída às que provocavam abortos, tais práticas certamente não estavam confinadas a ambientes degradados ou marginais.⁵

Considero que as parteiras estavam efetivamente envolvidas com todo o processo reprodutivo das mulheres que, durante a primeira metade do século XX, se torna extremamente relevante não somente no âmbito privado, como também na esfera pública. Os historiadores que tiveram a intenção de seguir o processo de profissionalização das parteiras, empreendido no século XX, em geral se concentraram nas novas técnicas de parto como se as outras práticas – sobretudo as de provocar abortos – tivessem sido repentinamente abandonadas como um anacrônico e pesado fardo. Deve ser destacado, no entanto, que o liame parteira/controle da natalidade nunca se desfez verdadeiramente, nem no senso comum, nem na visão do legislador.

Por esta razão, a análise da historiografia sobre as parteiras inserir-se-á no contexto mais amplo dos estudos realizados pelos legisladores e pelos médicos sobre o controle da reprodução e sobre o corpo feminino.

O declínio da fecundidade. A primazia da França.

Embora um precoce declínio da fecundidade tivesse se manifestado na França, do final do século XVIII até a Primeira Guerra Mundial, os movimentos populacionistas agiram sob o impulso de organizações privadas e não do governo, tanto que o grupo mais ativo – a *Alliance nationale pour l'accroissement de la population française*,

GÊNERO

fundado em 1896 por Jacques Bertillon – tornou-se uma instituição pública somente em 1913. O primeiro conflito mundial representou um relevante momento de ruptura também na ordem simbólica. As perdas sofridas – dois milhões de mortos entre civis e militares – levaram a *Alliance* a desempenhar um papel de relevância nacional.

A perda de uma geração de jovens franceses e o emprego, mesmo que temporário, das mulheres em ocupações não tradicionalmente desempenhadas pelo sexo feminino aconteceram num momento marcado por fortes tensões nos papéis de gênero e não fizeram senão intensificar as preocupações preexistentes com a diminuição da natalidade. O debate sobre a “nova mulher” e a “sua independência” se fazia tão aberto e tenso devido ao fenômeno que Michelle Perrot (1987) definiu como “a crise da masculinidade”.⁶

O surgimento de novas figuras profissionais deu uma ênfase maior à natural e irrenunciável vocação das mulheres para a maternidade. Para as novas professoras, parteiras e enfermeiras, pretendeu-se construir uma imagem que limitasse a importância da novidade; eram somente “mães” que tornavam públicas as inatas devoção e inclinação femininas ao sacrifício, transformando-as em uma ocupação remunerada. Depois das primeiras eleições francesas do pós-guerra, em 1919, instalou-se um considerável número de deputados conservadores na Câmara e dentre eles existiam, também, alguns veteranos de guerra especialmente sensíveis ao apelo patriótico do pró-natalismo.⁷ Em 31 de julho de 1920, com 500 votos a favor e somente 53 contrários, a Câmara aprovou uma nova lei que proibia a propaganda, a venda e a distribuição de contraceptivos, a indução ao aborto e o comércio de instrumentos apropriados para provocá-lo bem como a difusão de informações sobre anticoncepcionais; até mesmo alusões mínimas ao controle de natalidade, em discussões públicas, foram consideradas ilegais.⁸ Mesmo que o aborto já fosse definido como crime pelo artigo 317 do Código Penal antes de 1920, o propósito principal da lei de 1920 foi o de planificar penas diversas para os diversos sujeitos envolvidos na interrupção da gravidez (a mulher grávida, quem induzia ao aborto, quem o praticava etc.). Havia uma maior tolerância em relação às mulheres que recorriam ao aborto, em detrimento daquelas que, materialmente, provocavam a interrupção da gravidez.⁹ A despeito disso, a taxa de natalidade prosseguiu em queda;¹⁰ o único efeito imediato da lei foi a censura da propaganda neomalthusiana que fazia parte de um projeto socialista para a paz e a prosperidade da classe operária. Na França dos anos 1920, Francis Ronsin escreveu: “armas e venenos estão quase livremente à venda, mas o comércio dos pessários está proibido” (apud DE LONGIS, 1982, p. 156).¹¹ No final dos anos 1930, a *Alliance* revelou inquietações com a difusão do método Ogino-Knauss, mas impressionada favoravelmente pelas políticas demográficas do regime fascista e, em particular, por aquelas nacional-socialistas, tornou-se promotora de uma repressão mais dura e de uma propaganda sensacionalista voltada para as práticas de controle da natalidade, agora identificadas como uma traição à integridade da nação. No início de 1939, Fernand Boverat, presidente da *Alliance* e vice-presidente do Conselho Superior para a Natalidade, tinha enviado para publicação o

tratado *Le massacre des innocents*, no qual, com a ajuda de desenhos, comparava os efeitos causados no feto pelos vários processos abortivos às tipologias de tortura sofridas pelos criminosos na antiga China (o esmagamento, a asfixia, a empalcação). A *brochure* tinha um estilo cru e propagandístico e a arte gráfica, com ilustrações e legendas, sugere que havia uma grande preocupação com a sua ampla difusão (REGGIANI, 1996, p. 736).¹²

Ainda em 1939, o escritório de Lion da *Alliance nationale contre la dépopulation* tornou público um relatório sobre o "Problema do aborto criminal",¹³ cujos dados reportavam-se a uma pesquisa de 10.000 abortos realizados em hospital. A maior parte das pacientes era, segundo a pesquisa, composta de mulheres casadas, sendo as mães solteiras uma exígua minoria. Além disso, no momento do aborto, um grande número de mulheres já tinha um, ou mais freqüentemente, dois filhos, e o que elas pretendiam era evitar o nascimento do terceiro filho.

A pesquisa tinha como objetivo demonstrar que a interrupção da gravidez era um ato de verdadeiro planejamento familiar e não a última salvação possível para "moças solteiras e desonradas". Obviamente o relatório serviu para apontar a falência das leis vigentes: não somente o número de abortos perseguidos era desprezível, se comparado ao número daqueles praticados, mas, o que era ainda mais grave, conforme escreveu o vice-presidente do Alto Comitê para a População em uma carta ao Ministro da Guerra, é que as práticas abortivas "eram conhecidas por toda a população".

Em julho de 1939 foi, finalmente, introduzido um quadro normativo global, o *Code de la famille*.¹⁴ Redigido pelo Alto Comitê para a População, ampliava as faixas de população com direito a salário-família e introduzia uma ampla série de medidas como, por exemplo, os empréstimos matrimoniais.¹⁵ Naturalmente o *Code de la famille* proibia, com penas ainda mais severas, a propaganda e a venda de contraceptivos e de substâncias abortivas, tudo acompanhado por uma campanha sobre o problema demográfico sob o ponto de vista estatístico, moral e familiar direcionada aos alunos, nas escolas. O aumento das sanções recebeu uma atenção especial no *Code de la famille*. As penas foram aumentadas tanto para as mulheres que abortavam quanto para aquelas que provocavam o aborto. Foi abolida a noção de "*dellito impossibile*" (o delito era reputado impossível na ausência de provas da gravidez da mulher); instituiu-se junto a cada brigada de polícia uma seção especial; os médicos foram autorizados a apontar todos os casos de aborto, enquanto o aborto terapêutico era rigidamente disciplinado.¹⁶ A definição de crime foi ampliada para incluir uma única tentativa de interromper a gravidez por meio de comida, bebidas, medicações ou por meios mecânicos; incluía as manobras abortivas realizadas em mulher grávida, como também em mulheres supostamente grávidas, dispensando, assim, o Ministério Público da obrigação de obter as provas da gravidez. A pena era duplicada para quem provocava o aborto "profissionalmente".¹⁷

GÊNERO

Desse modo, algumas mulheres sofreram condenações de até dez anos de prisão, mesmo sendo acusadas de provocar aborto pela primeira vez. As multas foram aumentadas e foi introduzida a possibilidade de revogação da licença por, no mínimo, cinco anos, para os médicos. Aboliu-se o direito à suspensão da pena e, em caso de um segundo procedimento, também o direito às atenuantes. Assim, os médicos foram recrutados “por lei” para a luta contra o aborto criminoso, recebendo em troca o reconhecimento do aborto terapêutico há muito solicitado.¹⁸ O texto da lei evitava, porém, mencionar a expressão “terapêutico”, mesmo enumerando todas as condições precisas em que esta operação podia ser praticada. Sob essa ótica, os testes de gravidez ficaram submetidos a rigorosa regulamentação; as clínicas, os sindicatos dos médicos e das parteiras e as associações das famílias foram convidados a se apresentarem como partes civis nos processos. A Legião Francesa dos Combatentes definiu a interrupção da gravidez como “homicídio pré-natal” e obteve uma profunda satisfação com o novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que, ao moderar “o antigo rigor do segredo profissional”, permitia ao médico “denunciar à justiça as mulheres que abortavam”.

Na realidade, o *Code de la famille* serviu para institucionalizar um contexto ideológico no qual aqueles que colocassem em prática manobras abortivas eram considerados traidores da pátria. Fica fácil imaginar que a repressão ao aborto, entendido como imperdoável e a pior forma de “egoísmo” feminino sofreu uma rápida escalada na França de Vichy. Na realidade, a Revolução Nacional não teve de fazer outra coisa senão aplicar o *Code de la famille*, cujas medidas repressivas logo se tornaram visíveis por meio das sentenças dos tribunais. Em Toulouse, apenas a intenção de abortar foi considerada como um motivo suficiente para se punir uma mulher; em Riom, uma parteira foi condenada por praticar manobras abortivas em uma mulher que não estava grávida; em Poitiers, um segundo aborto foi considerado “como um hábito” e severamente punido como tal, mesmo tendo a primeira interrupção da gravidez acontecido antes do decreto-lei de 1939 (MUEL-DREYFUS, 1998, p. 323). Em primeiro de setembro de 1941, uma nova lei excluiu os acusados de provocar aborto do direito à condicional, e também a mulher que tivesse praticado um aborto em si mesma, mesmo que pela primeira vez, não poderia obter atenuante. Com a lei 300, de 15 de fevereiro de 1942, o longo processo chegou ao seu cumprimento e o aborto passou do estatuto de crime contra o indivíduo ao de “crime contra a sociedade, o Estado, a raça”. A lei era endereçada a “cada indivíduo contra o qual existem precisos e consistentes indícios de que [...] tenha praticado ou tentado praticar um aborto em uma mulher que estivesse efetivamente grávida ou considerada como tal, ou que tenha fornecido os instrumentos para praticar o aborto” (art.1). Parece claro que não havia mais a necessidade de demonstrar a efetiva existência do crime: sua presunção era, na verdade, mais do que suficiente. Além disso, a lei previa: “as pessoas suspeitas, às quais há referência no art.1, são incluídas entre os autores, co-autores ou cúmplices de atividade cuja natureza ameaça o povo francês e podem, por esta razão, ser denunciadas ao Tribunal de Estado” (art. 2). A lei, portanto, solicitava dois tipos de medidas para os supostos culpados. A

primeira consistia na prisão como sanção administrativa, solicitada pelo ministro do Interior ou pelo governador de província. A segunda admitia a possibilidade de submeter o acusado ao julgamento do Tribunal de Estado, instituído em 7 de setembro de 1941; este tornara-se depositário de poderes especiais, graças aos quais podia agir independentemente das cláusulas do Código Penal. A sentença do Tribunal de Estado era definitiva e imediatamente executada, e as penas previstas iam de trabalhos forçados perpétuos à deportação, da reclusão à condenação à morte. Indican-do o caráter “público” do crime, a sentença do Tribunal era afixada nas portas da residência e do domicílio profissional do condenado.

O aborto foi, assim, igualado à sabotagem e à traição, impondo-se como metáfora de “deserção feminina”, a ser punida com a morte, nos mesmos moldes da deserção do exército em tempo de guerra. Da ocupação até a libertação houve um significativo aumento dos casos de aborto que terminaram diante do Tribunal: em 1941 eles dobraram em relação aos anos anteriores, e entre 1940 e 1944 houve um aumento de 30%.¹⁹

O Tribunal de Estado condenou à morte uma lavadeira de Cherbourg, Marie Louise Giraud, culpada, segundo a corte, de ter praticado mais de 20 abortos. O marechal Pétain negou-lhe o perdão e a mulher foi guilhotinada na prisão de *Petit Roquette*, na manhã de 30 de julho de 1943.²⁰ Uma segunda mulher foi condenada à morte, em agosto, mas a sentença não foi executada; uma costureira foi condenada à prisão perpétua e três mulheres – dentre as quais uma parteira – foram condenadas a trabalhos forçados perpétuos.²¹

A classe médica, certamente dividida a respeito dos critérios a serem adotados para impedir o aborto, especialmente no que se referia às ameaças que os métodos correntes traziam ao princípio do segredo profissional, não considerou, porém, oportuno protestar ante a execução capital de tais mulheres e, muito menos, diante das condenações à reclusão ou aos trabalhos forçados perpétuos.

Depois da guerra, a ab-rogação da lei de setembro de 1941 e do Tribunal de Estado tornou impossível a aplicação da lei de fevereiro de 1942, mas nem por isso a repressão ao aborto mudou a sua feição. Em 1947, foram discutidos diante das cortes dos Tribunais 2.022 casos de aborto contra os 205 de 1936. Não se renunciou, portanto, ao controle da reprodução, feita agora em nome das políticas de “reconstrução nacional”.²²

Qual o futuro da *sage-femme* (parteira)?

Na França, a medicina, como ciência e como corporação profissional, conseguiu inegavelmente assegurar a si mesma a mais alta autoridade e a maior credibilidade dentro do debate sobre a diminuição da população e o controle da reprodução. Isto

GÊNERO

Ihe permitiu pronunciar-se com veemência, também, em matéria de medidas repressivas. Tal autoridade tinha alcançado a sua consagração durante o debate sobre a lei de 1920, quando ficou decidida a contenção da diminuição da natalidade, através da repressão do aborto e da informação sobre contraceptivos.²³ Foi o momento do triunfo de “soluções médicas” para “problemas sociais” e, também, da demonstração de como o legislador/médico se movia tanto na ordem normativa do direito quanto na ordem simbólica, visando regular para o Estado a relação entre mulheres e homens no interior da família.

Deve-se considerar que uma área fundamental de interação entre médico e legislador era a da linguagem. O legislador usualmente extraía expressões do léxico da medicina – construído durante longo tempo – e mesclava velhos mitos com o saber científico a respeito de “natureza feminina”. Desse modo, sempre mais freqüente no debate parlamentar, o artifício retórico, típico do discurso político, dava lugar à “efetividade” de algumas expressões médicas, consideradas incontestáveis pelos relatores que pretendiam demonstrar a veracidade de suas afirmações.²⁴

Na França, a maneira pela qual a medicina alcançou essa posição de poder e de indiscutível prestígio foi estudada por numerosos historiadores.²⁵ O que se manifesta com certeza, durante o século XIX, é que a ascensão da profissão médica tinha se dado com prejuízo das parteiras, de seu papel dentro da comunidade, de sua capacidade de agir.

O art.4 da lei de 1892 estabelecia: “Às parteiras é proibido o uso de instrumentos; em caso de partos difíceis deverão chamar um médico ou um agente sanitário”. Era igualmente proibido prescrever medicamentos. Assim, os principais requisitos para a parteira obter um diploma – saber ler e escrever, e conhecer os remédios apropriados – foram literalmente desprezados em nome da pretensão dos médicos de controlar a prescrição dos medicamentos e o uso do fórceps (STOCK-MORTON, 1996).

Em 1916, a partida de muitos médicos para a guerra tornou urgente a aprovação de uma lei nacional que disciplinasse o recrutamento das parteiras. As mulheres que desejavam inscrever-se em um curso para obter um diploma deveriam, a partir daquele ano, possuir diploma da escola primária, mas deveriam, sobretudo, apresentar a permissão do pai ou do marido, a menos que fossem maiores de idade e solteiras. O diploma de segunda classe foi eliminado nesse mesmo período.²⁶ As mulheres que o possuíam foram, gradualmente, substituídas pelas enfermeiras nos hospitais. Esta é uma mudança digna de atenção, uma vez que as parteiras excluídas das instituições hospitalares continuaram a atuar como profissionais liberais e sobre elas pesou, em pouco tempo, a suspeita pelos abortos provocados. O controle estava se acentuando ao mesmo tempo: antes e depois da guerra, uma proposta que permitia às parteiras atuar somente nos hospitais ou nas casas dos clientes foi apresentada à Câmara dos Deputados, excluindo, assim, rigorosamente as suas próprias

casas, para onde tradicionalmente as mulheres se dirigiam para dar à luz. Uma outra proposta foi a criação de uma estrutura corporativa para as parteiras, presidida, porém, por um inspetor médico, que tinha também como função estabelecer o número de praticantes por cidade. Estes esboços de lei não foram aprovados, mas a figura das parteiras – cada vez mais prisioneira de um sistema de controles e licenças – passa a conhecer a total dependência em relação aos médicos quando se viu definitivamente agregada ao sistema hospitalar por meio de contratações regulares. O Estado, ao assegurar que o parto ocorresse em hospital, obtinha uma dupla vantagem: realizava, ao mesmo tempo, um rigoroso controle sobre as práticas das parteiras e sobre os comportamentos das puérperas. Já em 1882, a *Assistance Publique* em Paris tinha criado, por ordem do conselho municipal, a figura dos *médecins accoucheurs*. A partir daquele momento, a profissão de *sage-femme* começou o seu declínio, primeiro na capital e, depois, nas outras grandes cidades. Entre as duas guerras mundiais, essa tendência se propagou pelos pequenos centros até alcançar as áreas rurais.²⁷ Um aspecto não menos importante da história das *sages-femmes* foi a vontade, por parte das autoridades, de criar um tipo de parteira pouco especializada; no final do século XIX, não podiam usar o fórceps, nem prescrever medicamentos. Assim, primeiro a *bourgeoisie* e, depois, gradualmente, a classe operária optou pelos conhecimentos e práticas dos obstetras; as mulheres, enfim, renunciaram ao parto em casa priorizando a “ordem” dos hospitais em detrimento da “desordem” das casas das parteiras.²⁸

Segundo alguns historiadores, a parteira herdada da França do século XX tinha deixado para trás, de modo inevitável, todos os elementos tradicionalmente ligados à sua figura: a fixação dentro de um sistema comunitário, o compartilhamento do momento do parto somente entre mulheres, a transmissão do saber de mãe para filha por meio da prática. “Era uma vítima da modernização” e, já na metade de 1900, “a parteira típica francesa era empregada nos hospitais; as parteiras autônomas eram raras” (STOCK-MORTON, 1996, p.80).

O seu declínio foi interpretado como um claro exemplo das relações de poder entre os gêneros, caracterizadas pelo dar ou pelo negar saberes.²⁹ Podemos, em virtude deste breve exame, chegar aos motivos pelos quais não se encontra, no momento da máxima repressão praticada pelo regime Vichy, uma grande quantidade de parteiras condenadas por provocar aborto, mas no lugar delas, conforme afirma Francine Muel-Dreyfus, encontram-se “mulheres de origem popular que vivem nas cidades de província onde a busca das suspeitas mobiliza os piores instintos. São elas as acusadas e condenadas com mais facilidade [...]” (MUEL-DREYFUS, 1996, p. 326-327). Certamente as parteiras, reguladas e inseridas no sistema hospitalar já no início do século XX e riscadas do tecido social, não mais realizavam o “trabalho sujo”. Os abortos passaram a ser realizados fora do âmbito da profissão, ocorrendo nas redes da vizinhança ou da “pequena comunidade”.

GÊNERO

Como já foi dito, é preciso considerar que, para obter sucesso na regulamentação das parteiras, era necessário criar um instrumento de controle social eficaz, com evidentes conotações de gênero. Era necessário, também, defrontar-se com práticas e figuras conhecidas de longa data. Deve ser mencionado, ainda, que as políticas de controle da reprodução e as de repressão ao aborto nem sempre produziram mudanças radicais, imediatas e uniformes; isto sugere uma certa prudência no esboço de cenários gerais, considerando que, freqüentemente, as fontes historiográficas nos descrevem numerosas assincronias e nuances em casos específicos.

No caso da França, por exemplo, pode-se mencionar o caso de Marselha, cidade mediterrânea, meta de numerosos imigrantes, não somente de outras regiões francesas, mas também da Itália, Grécia, Espanha e das colônias do norte da África.³⁰ Em Marselha, os recém-chegados criavam agrupamentos (inclusive habitacionais) entre compatriotas, onde em geral atuava uma parteira pertencente à comunidade, preferida à oficial. Isto permitiu, apesar das políticas de controle e limitações das parteiras, comuns ao resto do território francês, a sobrevivência de práticas como o parto em casa assistido pelas vizinhas e pelas mulheres da família e a persistência da figura social de uma parteira fortemente caracterizada pela comunidade a que pertencia.³¹

Segundo Hélie Lucas (1991), no limiar da Segunda Guerra Mundial, a figura da parteira em Marselha ainda era sólida e difundida, demonstrando que redes sociais diversas reagem de modo autônomo, colocando em campo estratégias peculiares.

A Grã-Bretanha. Da *handywoman* à *professional midwife*.³²

Na Inglaterra, uma maior preocupação com a diminuição da natalidade se manifestou somente em torno dos anos 1880, com pelo menos uma década de atraso em relação à França. O verdadeiro motivo de apreensão, porém, não era tanto a queda demográfica quanto a “fecundidade diferencial”. A tomada de consciência de que as grandes famílias britânicas – tidas como responsáveis pela hereditariedade da melhor estirpe para a nação – estavam se reproduzindo num ritmo mais lento do que aquele das classes inferiores, levou o pai da eugenia, Francis Galton, a solicitar incentivos para a fecundidade das classes médias e altas, e desincentivos para o proletariado. Impunha-se, assim, nos últimos anos do século XIX, uma corrente de pensamento eugênico que acreditava numa limitação seletiva dos nascimentos, a fim de afastar a “degenerescência da raça” e o declínio do império causado pela excessiva reprodução daqueles que eram considerados “inaptos” (para gerar) (DAVIN, 1978).

Os governos liberais, entre 1906 e 1914, deram particular atenção à proteção da saúde da infância, entre outros motivos, porque a taxa de mortalidade infantil era, de certo modo, relevante.³³ Assim, a partir do início do século uma clara e eficaz ideologia da maternidade se afirmou; era dever e destino das mulheres ser mãe, além de ser sua suprema satisfação educar novas forças para a “raça imperial”. Havia aí, subentendidas, uma chantagem moral e uma renovada subordinação. Para ser boa mãe era necessário possuir, nesse momento, uma instrução para realizar da melhor forma, aquilo que, segundo uma difundida terminologia médica, era o “mister de mãe”. Inspetores sanitários, enfermeiras visitadoras e médicos impunham o seu saber, do qual resultava autoridade em relação às mães.

A autoridade do Estado sobre o indivíduo, do profissional sobre o prático, da ciência sobre a tradição, do macho sobre a fêmea, da classe dominante sobre a classe operária; naquele período, todos eram cúmplices da redefinição da maternidade e asseguravam que as mães da raça fossem orientadas atentamente (DAVIN, 1978, p. 13).

Os repetidos apelos a favor de pesquisas oficiais sobre o problema da população encontraram resistência por parte do governo, que manifestou uma persistente relutância em invadir a esfera familiar. No final dos anos 1930, uma evidente queda na taxa de natalidade provocou o recrudescimento de sombrias previsões de decadência da nação e da raça. Enquanto nenhuma das várias propostas – de salário-família, empréstimos matrimoniais – se traduziu em lei, as parteiras freqüentemente foram colocadas em evidência na arena pública e nos debates parlamentares.

Os historiadores que se ocuparam das parteiras, na Inglaterra, registraram a emergência da identidade profissional em torno de 1902, ano da promulgação do *Midwifery Act*, que estabelecia regras para formação e prática das parteiras e regulava a relação entre médicos e parteiras. Naturalmente, o *Midwifery Act* originou-se de uma dura batalha parlamentar, devido a uma oposição generalizada da classe médica, preocupada com a eventual concorrência nas lucrativas práticas obstétricas.³⁴ Na Inglaterra, diferentemente da França e, em parte da Alemanha, as parteiras não eram reconhecidas oficialmente uma vez que não havia cursos oficiais e a formação médica era proibida às mulheres. Mesmo não possuindo um status legalizado, ela era uma figura social de prestígio e bastante consolidada – a única ajuda que a classe operária, os pobres da área urbana e as populações rurais podiam obter. Até a Primeira Guerra Mundial, e em algumas áreas até os anos 1930, a maior parte das mulheres, sobretudo da *working-class*, recorria a uma mulher do local, em geral idosa e respeitada pela comunidade,³⁵ embora o *Midwifery Act* de 1902, ao instituir o *Central Midwife Board*, tivesse tentado introduzir normas restritivas e um poderoso aparato de fiscalização, a fim de tornar impossível a prática das parteiras tradicionais.³⁶

GÊNERO

Uma das principais medidas do *Midwifery Act* foi realizar um Registro das parteiras habilitadas, o que eliminava rapidamente do tecido social as parteiras leigas, velhas conhecidas da comunidade. Para implementação dessa medida complicada decidiu-se admitir, para Registro, as mulheres que já atuavam há mais de um ano, contanto que estas apresentassem um atestado de boa conduta assinado pela autoridade religiosa. Essas parteiras leigas habilitadas, designadas como *bona fide midwives*, eram efetivamente essenciais para cobrir a trágica falta de parteiras regularmente diplomadas.

Este era também o único modo pelo qual as parteiras tradicionais podiam, naquele momento, regularizar sua situação, ou melhor, ser toleradas. As novas regras tornavam, de fato, quase inacessível o registro profissional: os cursos eram muito caros, adotavam uma linguagem difícil, uma espécie de latim médico, e até mesmo o equipamento e a nova indumentária estabelecidos por lei eram excessivamente dispendiosos.³⁷ Mais uma vez, o objetivo não demasiadamente velado, era o de tranquilizar a classe médica quanto à concorrência das parteiras, inclusive daquelas não autorizadas.

Um grande número de inspetores passou a supervisionar as mães no desempenho de seu "mister" e começou a controlar as parteiras *bona fide*, com inspeções minuciosas de suas casas, que deviam ser impecáveis, embora fossem aconselhadas a não fazerem pessoalmente a faxina, a fim de protegerem suas mãos. Certamente não era apenas a higiene que interessava; mais do que isso, era a afirmação de uma classe e de um modelo que deveria ser transmitido pelo controle das parteiras.

Os relatórios no Conselho Central de Parteiras demonstram que muitas eram progressivamente eliminadas porque não se adequavam aos padrões de moralidade da *middle-class*; por exemplo, as parteiras que haviam dado à luz crianças fora do casamento tinham seu registro imediatamente cancelado (HEAGERTY, 1990). Além disso, muitas delas não estavam em condições de se defender porque eram semi-analfabetas e, de qualquer modo, não possuíam poder de representação.

Em 1910, as proibições à prática das parteiras não-diplomadas tornaram-se taxativas e visavam destruir a imagem evocada pela famosa Sairey Gamp – parteira desleixada e beberrona do romance *Martin Chuzzlewit* de Charles Dickens (1844) –, porém, sobretudo nas zonas rurais onde não havia parteiras diplomadas, os mesmos médicos infringiam a lei e recorriam aos serviços das parteiras ilegais.³⁸

O terceiro *Midwifery Act*, de 1926, considerou ilegal a assistência prestada pelas parteiras não qualificadas, inclusive nos casos de emergência, mas de novo a lei era regularmente evitada.³⁹ Dez anos mais tarde, em 1936, a apreensão gerada pela queda da taxa de natalidade e a preocupação com uma possível guerra facilitaram o acordo do Parlamento em torno de mais um *Midwifery Act*, o qual encarregava as

autoridades locais de assegurar um serviço de parteiras qualificadas, em tempo integral e regularmente remunerado.⁴⁰ Efetivamente, durante os anos 1930, o número de parteiras ilegais bem como o daquelas inscritas no registro *bona fide* diminuiu sensivelmente, mas a mortalidade por motivo de parto não decresceu e isso continuava a ser atribuído à imperícia das parteiras tradicionais ou das *handywomen* (HEAGERTY, 1990).

Em 1934, a taxa de mortalidade materna era de cerca de 4,60 em mil nascidos. Mas essa taxa chegava a 6,11 em mil numa cidade industrial como Sheffield, no norte da Inglaterra, profundamente atingida pela recessão econômica no período entre as duas guerras.

Segundo algumas historiadoras, a relação entre a alta taxa de mortalidade materna e as difundidas práticas abortivas deve ser reconsiderada.⁴¹ Na Inglaterra e em Gales, entre 1927 e 1935, estimou-se que as manobras abortivas causaram 22,4% das mortes por febre puerperal.⁴² Em 1933, o Relatório Anual do Oficial Médico Chefe observava: “Há também um real incremento, temo, nos abortos [...] que têm, no momento, uma influência substancial sobre a mortalidade materna”. No período entre-guerras, tanto na França como na Inglaterra, a maior parte das mulheres que abortava era casada, com filhos. Numa pesquisa realizada no *Jessop Hospital*, de Sheffield, entre 1923 e 1936, em um total de 1.802 casos de aborto que terminaram no hospital, descobriu-se que 1.715 diziam respeito a mulheres casadas (MCINTOSH, 2000, p. 88).⁴³ O *Medical Officer of Health* de Thurnscoe, pequena aldeia mineira próxima de Sheffield, em 1935, declarou: “estamos quase completamente à mercê de quem pratica os abortos” (MCINTOSH, 2000, p. 91). Ainda no *Sheffield Independent* foi publicado o relatório de um processo contra uma parteira, Florence Ellen Deakin, por “conspiração com intenção de provocar aborto”, o qual lhe valeu uma condenação de 10 meses de prisão.⁴⁴ Podemos notar que as penas aplicadas a este tipo de crime eram muito mais leves que aquelas na França.

No processo, o inspetor explicou que a mulher

já era conhecida pela polícia por provocar abortos em 1929 e, sem dúvida, desde então, havia praticado um grande número deles, em sua própria casa e nas casas das mulheres que a ela recorriam. Pode ser considerada como hábil e profissional na atividade de provocar abortos e toma as devidas precauções para evitar possíveis complicações. Recebe consideráveis somas de dinheiro que usa, sobretudo, para manter a família – possui 11 filhos (MCINTOSH, 2000, p. 91).

A mulher, uma viúva de 58 anos, era arrimo de família; sua posição social corresponde, na verdade, à de outras parteiras não-qualificadas, impedidas de ter qualquer tipo de emprego. Como a senhora Deakin, estas parteiras, freqüentemente viúvas, mantinham-se sem a ajuda de ninguém. A suspeita geral das autoridades era de que elas sabiam muito mais sobre abortos do que demonstravam.⁴⁵

A Alemanha. O número e o sangue.

Na Alemanha, o declínio da fecundidade manifestou-se em torno do final do século XIX e à preocupação com esse novo fenômeno logo se somaram os temores de degenerescência racial. Quando isso aconteceu, a questão da mortalidade infantil e da saúde das crianças adquiriu particular relevo, tanto que em 1904 foi criada uma associação específica para a luta contra a mortalidade infantil. No mesmo período, diferentes grupos solicitaram uma estatística da população. Depois de uma reunião do Comitê Consultivo Sanitário Prussiano, em 1911, o Ministério do Interior fez uma pesquisa de opinião em todo o país sobre as causas do declínio da fecundidade. A maior parte das pessoas entrevistadas o atribuiu à limitação voluntária dos nascimentos. Um estudo acerca do aborto foi realizado, em 1913, visando a elaboração de estratégias de repressão eficazes.

A reforma da profissão de parteira que previa, por exemplo, um certificado, um piso salarial e uma significativa distribuição em todo território nacional foi proposta, mas nunca se efetivou, embora uma Associação das parteiras alemãs (*Bund Deutscher Hebammen, BDH*) já existisse desde 1885.⁴⁶ O governo de Weimar era abertamente pró-natalista, mas essa legislação revelou-se difícil de ser aplicada; por causa da depressão econômica, os programas assistenciais não se desenvolveram, levando posteriormente à falência a reforma da obstetrícia, de 1924.

A discussão a respeito da repressão ao aborto tomou fôlego novamente entre 1928 e 1929, tanto que, na revisão do Código Penal efetivada pelo Comitê para a justiça criminal do Reichstag, a reformulação do artigo 218, que determinava a repressão penal do aborto, ganhou uma atenção especial.

No inverno de 1931 – um ano de profunda crise econômica e social – milhares de mulheres promoveram manifestações públicas pelas ruas, pedindo um salário igual ao dos homens e protestando contra o desemprego e o vertiginoso aumento dos preços. Entretanto, as duas reivindicações que caracterizaram aquele ano de mobilização foram a abolição do artigo 218 e a libertação dos médicos Wolf e Kienle, presos exatamente por terem violado o referido artigo.⁴⁷ Nesse contexto, pelo menos um milhão de mulheres procurou interromper a gravidez nesse ano, tendo como única possibilidade dirigir-se às “mulheres práticas” ou às parteiras, uma vez que não tinham meios para conseguir anticoncepcionais caros ou a conivência de um médico.⁴⁸

As mulheres e suas reivindicações permaneceram à margem da depressão econômica, na Alemanha, mas a sua função reprodutiva tinha um lugar central no discurso político, tanto que levou à criação de um Comitê nacional para as questões demográficas, destinado a investigar e combater o “flagelo nacional” (*Volkseuge*) do aborto (GROSSMANN, 1984, p. 69).

De qualquer forma, em 1930, somente a Áustria tinha uma taxa de natalidade mais baixa do que a alemã (MASON, 1976, p. 96). A crise econômica vivida pela Alemanha de Weimar, entre 1929 e 1933, levou o governo a efetuar um drástico corte nos benefícios sociais, delegando às famílias funções e serviços – como o cuidado da infância ou de refeições escolares – que, antes, estavam em parte a cargo do Estado ou dos empregadores, e que, naquele momento, passaram novamente a recair sobre cada mulher. Para muitas mulheres, sobretudo do proletariado urbano, o ônus e o conflito gerados pelo papel desempenhado na produção e na reprodução tornaram-se insustentáveis.⁴⁹ A violação do artigo 218 deu-se em massa. Parteiras diplomadas e “mulheres práticas” não podiam ficar alheias a isso. Tal atitude se tornou o símbolo da falência da República de Weimar, ainda que o artigo 109 da Constituição promettesse direitos e responsabilidades iguais para homens e mulheres e que o artigo 119 previsse que o Estado deveria assumir deveres em relação à saúde e à proteção social da família. A mobilização contra o artigo 218 e pela libertação dos médicos Wolf e Kienle foi admirável e percebida como perigosa pelo Estado, que vivia profunda crise.⁵⁰

Não pode ser esquecida a posição das mulheres médicas, sobretudo porque inédita no referido período. Em 1929, de um total de 45.332 médicos alemães, 2.562 eram mulheres e 476 delas exerciam a profissão em Berlim. No verão de 1930, elas apresentaram um documento ao Comitê para a justiça penal do Reichstag, no qual declaravam a “convicção de que o desejo da maternidade não pode ser fruto de coerção legal, nem do medo de punições” (GROSSMANN, 1984, p. 84). Como veremos a seguir, na repressão contra o aborto colocada em prática pelo nacional-socialismo, foram justamente as mulheres médicas que pagaram caro.

O advento de Hitler no poder mudou completamente o arranjo da política alemã, removendo obstáculos – iniciativas de cunho democrático – da política demográfica. Embora as parteiras fossem levadas em consideração na política demográfica do Reich, a sua instrução não passou por uma reforma radical. Na Prússia, os cursos duravam 18 meses, eram teórico-práticos e não estavam vinculados à Universidade. Na Baviera, duravam 12 meses. Ao mesmo tempo, a assistência ao parto não era gratuita, os encargos eram divididos de forma desigual, entre as famílias e as administrações municipais, esta última responsável pela menor parte. Em 1934, o Reich havia proposto uma reforma da obstetrícia, para organizar e unificar o exercício e a prática profissional, que não se realizou.

Maior atenção foi dada aos aspectos normativos da política eugênica e antinatalista com a promulgação, em julho de 1933, da chamada “lei para a prevenção da prole com doenças hereditárias”, que previa a esterilização obrigatória. As disposições da lei se referiam aos portadores de doenças como a demência, a esquizofrenia, a cegueira, como também aos manifestantes de comportamentos considerados desviantes, como o alcoolismo crônico, a homossexualidade ou a pedofilia.

GÊNERO

Ainda em 1933, a lei “sobre a proteção do povo e do Estado”, de 28 de fevereiro, reintroduziu a proibição do aborto e de todos os métodos de planejamento familiar. No mesmo ano foram instituídos empréstimos matrimoniais (de 600 a 1.000 marcos) para jovens casais (*Ehestandsdarlehen*). Até o reembolso total do empréstimo, a esposa deveria deixar o trabalho remunerado; um quarto do empréstimo era cancelado a cada filho que nascesse, indicando como cada aspecto do regulamento nazista deveria ter um impacto específico para cada sexo (*geschlechtsspezifisch*).

No que diz respeito ao aborto foram mantidas medidas de severa repressão: o artigo 218 do Código Penal proibia o aborto, mas a jurisprudência autorizava desde 1927, o aborto terapêutico, desde que dois médicos certificassem o perigo para a saúde da mãe. Depois de 1934, o aborto terapêutico foi admissível principalmente por motivos de “perigo para a raça”, sendo legalizado no ano seguinte. A notificação dos abortos espontâneos foi determinada aos médicos e às parteiras, em 1935, para que os suspeitos pudessem ser investigados. Naquele ano, quatro mil pessoas, sobretudo mulheres, foram condenadas por tentativa de aborto. Ainda em 1935, houve a concessão de subvenções especiais para famílias numerosas e a aprovação da lei Nuremberg, que proibia o casamento entre alemães sãos e portadores de doenças hereditárias, e com judeus.

Os métodos para a eutanásia das crianças foram regulados entre fevereiro e maio de 1939; o nome em código era “Aktion T4”. Em agosto do mesmo ano, o Ministério do Interior enviou uma diretiva “confidencial” aos médicos e às parteiras que lhes ordenava o registro de todas as crianças com idade inferior a três anos de idade e com malformações congênitas ou deficiência mental. O registro era obrigatório e era feito por meio de formulários especiais, chamados *Meldebogen*, que continham uma espécie de questionário preparado pelo Ministério da Saúde do Reich, graças ao qual eram estabelecidas “as vidas indignas de vida”. Ainda em 1939, por meio de um acréscimo ao famigerado parágrafo 218 do Código Penal, foi introduzida a pena de morte por aborto de um “foetus ariano”, “por atentado à força vital do povo alemão” (THALMANN, 1982).

Mesmo assim, nos anos 1930, a incidência dos crimes de aborto em relação ao total dos crimes cometidos cresceu de maneira constante: no final da década, algumas estatísticas informavam que o número de abortos oscilava entre 500.000 e 1.000.000 a cada ano. As penas por crime de aborto foram aumentadas em 1943. Segundo Claudia Koonz, as mulheres médicas foram as mais punidas, apesar de constituírem apenas 5% da categoria.⁵¹ A autora aponta que eram sobretudo elas que iam para a prisão, pois sua exclusão do Serviço Nacional de Saúde as havia obrigado a dedicar-se aos abortos para conseguirem manter os ambulatórios, ainda mais que a proibição dos métodos contraceptivos “tinha aumentado a demanda” (KOONZ, 1996).

As políticas nacional-socialistas de controle da reprodução mostram-se bastante ambíguas porque estão ligadas à preocupação com o “sangue” e, secundariamente, à do “número”.⁵² *Reichsleiter* Martin Bormann, braço direito de Adolf Hitler, assim escreveu a Alfred Rosenberg, ministro para os Territórios Orientais, em 23 de julho de 1942:

Se na região oriental as moças e as mulheres das zonas ocupadas abortam seus filhos, para nós pode ser vantajoso [...]. Segundo a intenção do *Führer*, seria necessário, pelo contrário, o fornecimento em larga escala de contraceptivos nos territórios ocupados, porque não temos nenhum interesse no incremento de populações não alemãs.

Da mesma forma se expressou Erhard Wetzel, encarregado das questões da raça nos Territórios Orientais, em abril de 1942, a respeito de um plano geral para o Leste (*Generalplan Ost*): “Em relação a estas zonas, devemos praticar um crescimento negativo da população [...] A instauração de facilidades para abortar deveria ser estimulada. As parteiras poderiam ser instruídas a respeito [...]”. O que se mostra evidente é que parteiras e médicos eram tratados, nos programas oficiais, como uma verdadeira massa de manobra à disposição da “engenharia da população” estabelecida pelo regime nazista.

A anomalia dos Países Baixos

No final do século XIX e início do século XX desenvolveu-se, nos Países Baixos, um debate sobre as parteiras, distinto do ocorrido na Inglaterra e nos Estados Unidos. Algumas particularidades tornavam o quadro geral bastante diferente dos demais países da Europa: a introdução precoce de uma legislação, a institucionalização de cursos profissionalizantes para parteiras e a rejeição do hospital como lugar do parto.⁵³ No centro do debate não constavam temas que emergiram após a promulgação do *Midwifery Act* inglês de 1902 e de 1936, como, por exemplo, o controle ou o registro de parteiras e nem mesmo o grau de formação e as limitações da sua ação.

O conjunto de normas denominado *Health Act*, de 1865, havia reconhecido as parteiras como indispensáveis e lhes havia confiado o papel de assistir os partos, com a condição de que fossem absolutamente normais; mas também regulamentou – sem que se pudesse recorrer contra – poucas tarefas básicas,⁵⁴ um amplo controle por parte dos médicos e a impossibilidade de usar instrumentos, como o fórceps, ou administrar medicamentos.⁵⁵ Desde 1818, as parteiras tinham sido inseridas no quadro legislativo que regulava os que praticavam a medicina. Durante os anos 1820, foram inaugurados seis hospitais-escola (*klinische scholen*), embora ainda um restrito número de mulheres frequentasse os cursos. Em 1860, foi instituído um exame de estado a fim de abrandar as ansiedades a propósito da preparação insuficiente das parteiras. A primeira escola estatal (*Rijkskweekschool*) abriu suas portas em Amster-

GÊNERO

dã, em 1861, seguida por uma segunda em Rotterdam, em 1882. Em Groningen, no norte dos Países Baixos, a escola tinha sido aberta sob os auspícios da Faculdade de Medicina da Universidade e, em 1913, em Heerlen, foi instituída uma escola católica; cf. VAN LIEBURG; MARLAND (1989); MARLAND (1993).

Uma das particularidades dos Países Baixos foi que, embora as autoridades desejassem a supervisão da prática das parteiras, nunca foi considerada a transferência do parto do domicílio da parturiente para o hospital, onde seria mais facilmente permitido um rígido controle das parteiras.⁵⁶ Submeter as mulheres a deslocamentos difíceis, sobretudo no campo, era visto como perigoso pelos médicos e as autoridades municipais relutavam quanto ao abandono do lar como lugar do parto.

Nem parecia que havia se passado quase um século, desde 1826, quando o Conselho Municipal de Rotterdam declarou: “uma área destinada à maternidade seria totalmente contrária ao nosso caráter nacional e nenhuma mulher, mesmo de origem humilde, deverá se preparar para uma total separação de seus parentes e de seus relacionamentos [...]”.⁵⁷ Aqui, a centralidade da vida familiar na sociedade dos Países Baixos – da qual não se excluía mulheres e parteiras no evento do parto – parece evidente.

A orientação de proteção da esfera privada, na família holandesa, se manifestou bastante precocemente devido, entre outros motivos, à forte influência do calvinismo. O controle social exercido pelos parentes e pela comunidade era menos rígido do que em outros países ocidentais. Já nos séculos XVII e XVIII, a família conjugal era o modelo dominante. Alguns estudiosos relacionaram o forte apelo da *domesticity* e o interesse pelos filhos, a ser vivido dentro do núcleo familiar, ao protocapitalismo que caracterizava a sociedade holandesa do período (DAALEN, 1993, p.77-94).

O evento do nascimento assumiu, então, conotações fortemente privadas e a medicalização do parto se deu mais tarde do que em qualquer outro país ocidental. A frequência do parto em hospital aumentou durante a primeira parte do século XX, mas restringia-se aos casos difíceis ou às mulheres solteiras.⁵⁸

Até 1930, pelo menos, a ala destinada à maternidade nos hospitais tinha como dever “social” criar um ambiente para substituir o familiar, mas apenas nos casos de absoluta necessidade. O diretor do hospital católico de Heerlen, o doutor Clemens Meuleman, por exemplo, considerava o acolhimento das mulheres solteiras, para evitar “os insultos e a crueldade” que a comunidade a que pertenciam lhes teria reservado, como sendo a verdadeira missão da entidade.

Mesmo que nos hospitais-escola de Rotterdam ou de Amsterdã as condições gerais de higiene estivessem longe de serem as melhores, havia um certo empenho na organização e na instrução das parteiras.⁵⁹ Muitas já tinham freqüentado os cursos nos primeiros anos do século XX e a maior parte delas era de filhas de artesãos,

de comerciantes e de feitores. A maioria delas tinha trabalhado como criada antes de freqüentar a escola e, em geral, elas herdavam o ofício da mãe.⁶⁰ Diferentemente da profissão de enfermeira, a de parteira não atraiu o interesse das filhas das classes superiores por longo tempo, devido, provavelmente, à “liberdade” – considerada inapropriada para senhoritas da burguesia – de sair a todas as horas do dia e da noite e de dirigir-se aos bairros mais populares. Para algumas das mulheres que decidiam freqüentar as escolas, era garantida uma bolsa de estudo paga pelo Estado. As escolas holandesas possuíam um bom nível, quanto à duração do curso e à qualidade.⁶¹ As alunas admitidas nas escolas estatais deveriam ter entre 20 e 35 anos e ser preferivelmente solteiras ou viúvas.

Nos primeiros anos do século XX, apesar de uma legislação precoce, do grande empenho na criação de escolas governamentais e da fundação, em 1897, da Sociedade Holandesa das Parteiras (*Bond van Nederlandse Vroedvrouwen*), que em menos de um ano já tinha 300 sócias, nos Países Baixos também não havia homogeneidade na formação profissional da categoria. De fato, uma variedade de figuras profissionais e sociais, que iam da parteira diplomada às mulheres práticas locais, continuava a existir.⁶² Havia, nas diferentes regiões, diferenças tanto *qualitativas* quanto *quantitativas* bastante relevantes, embora não existisse uma acentuada divisão entre áreas rurais e urbanas.

Naturalmente, onde a parteira diplomada não era garantida pelo Estado, as parteiras sem qualificação continuavam a desempenhar suas tarefas, ajudadas por mulheres da vizinhança. Segundo uma estatística de 1906 sobre os Países Baixos, 6% das mulheres davam à luz sem uma assistência qualificada, mas em Groningen, aldeia na fronteira com o norte da Alemanha, o percentual subia a 20% e, em Noord-Brabant, a 13%. Aí, em 1899, apenas a metade das parteiras em atividade possuía uma preparação específica e, em 1920, somente 77% (MARLAND, 1995, p. 319).

O debate que se seguiu aos dois *reports* de 1897 e 1911, solicitados pela Sociedade Holandesa para a Promoção da Medicina (*Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst*, NMG), não resultou em reformas eficazes que fossem capazes de resolver os problemas provocados pelos baixos padrões da assistência no campo. Ao contrário, acabou por reforçar o existente e confirmar aquela espécie de *status quo* que reinava há quase um século.⁶³ Os dois reports enumeravam os dados relacionados quase exclusivamente às parteiras. Um dos resultados concretos do report de 1897 foi o surgimento do *Maanblad voor Praktische Verloskunde* (Periódico da obstetrícia prática), a revista oficial das parteiras (cf. MARLAND, 1993, p. 33-35).

Concluindo, foi reafirmado o papel indiscutível das parteiras como “guardiãs dos partos normais”; elas, porém, eram taxativamente obrigadas a recorrer aos obstetras em caso de dificuldade. A atitude da classe médica foi bastante paternalista e “ofereceu consolação à parcial perda de autoridade com promessas de aumento de salário e melhores relações de trabalho” (MARLAND, 1993, p. 39).

GÊNERO

Uma nova lei para proteger as parteiras da competição com os médicos foi promulgada em 1925. Durante a ocupação alemã, com a criação da Caixa de Seguro para a Saúde (*Ziekenfondsen*) que cobria 65% da população, o “monopólio” da assistência obstétrica, sem o uso dos instrumentos, foi concedido às parteiras. Foi um avanço importante de seu *status*, uma vez que esse seguro reembolsava os partos realizados pelas parteiras no domicílio da parturiente.⁶⁴

Conforme já foi colocado, também nos Países Baixos as práticas das parteiras estavam ligadas a alguns aspectos profundamente arraigados na sociedade. As parteiras eram, de fato, parte integrante de uma das mais rígidas e peculiares características da sociedade holandesa: a estrutura social “em blocos” (*Verzuiling*), segundo a qual os principais grupos culturais e religiosos, reunidos em “microsociedades dentro da sociedade”, organizam sua existência exclusivamente dentro de sua comunidade.⁶⁵ Considerando que essa divisão rígida dizia respeito à vida social, à instrução e até mesmo à imprensa, obviamente a figura da parteira também se revestia de elevado potencial simbólico. Assim, as parteiras católicas eram sistematicamente enviadas para dar assistência às mulheres católicas; a possibilidade de que essa regra falhasse era fonte de grande preocupação. Quando, em 1913, foi aberta uma escola católica para parteiras em Heerlen, nas províncias do sul, o doutor Meuleman expressou sua viva aprovação à formação de “boas parteiras católicas” para dar assistência adequada a “mães católicas” (MARLAND, 1995, p. 327). A rígida divisão era expressa pela existência de duas entidades de classe distintas: a Associação das Parteiras Católicas Romanas, criada em 1921, e a União das Parteiras dos Países Baixos, fundada em 1926.⁶⁶

Mesmo nesse contexto peculiar, em que as parteiras mantinham uma exclusividade anômala na assistência ao parto, a historiografia não deixou de evidenciar a hostilidade da classe médica em relação a elas. Essa hostilidade se manifestou, sobretudo, quando algumas parteiras se envolveram nas atividades da Associação Neomalthusiana, por iniciativa de Johannes Rutgers. Secretário da entidade desde 1900,⁶⁷ e descontente com a fraca adesão dos médicos à entidade, Rutgers se empenhou em trazer as parteiras para a causa da contracepção. A suspeita sobre a possibilidade de participação destas “experientes colaboradoras” no incremento do aborto – publicamente condenado por Rutgers – provocou severas críticas da classe médica às atividades da Associação e o seu rompimento definitivo com ela. Logo em seguida, em represália, foi fundada uma Liga para a Luta contra o Neomalthusianismo. A ascensão dos partidos confessionais ao poder levou à promulgação, em 1911, de uma lei sobre a moralidade pública que, num artigo, baniu a propaganda dos métodos contraceptivos. Conforme solicitação veemente das associações dos médicos, cuja franca hostilidade às parteiras que colaboravam com a Associação Neomalthusiana provocou um sério declínio no movimento em favor do controle da natalidade, nos Países Baixos “a decência” voltava a reinar formalmente.⁶⁸

Certamente, o limite mais grave sofrido pelas parteiras dos Países Baixos foi a falta de uma coordenação unitária e de uma *leadership*, o que resultou num certo isolamento em comparação com outras profissões da área de saúde, como, por exemplo, a de enfermagem. As parteiras foram, assim, obrigadas a aceitar a forte presença dos médicos no controle de suas atividades.

Considerações finais

Conforme registraram Hilary Marland e Anne Marie Rafferty: “uma das mais importantes mudanças nas funções das parteiras foi sua passagem da esfera privada à pública” e “à medida que o século XX avançava, o seu espaço de trabalho viu-se cada vez mais supervisionado no âmbito das instituições, não somente em termos de organização, mas também de sua prática cotidiana” (MARLAND; RAFFERTY, 1997, p. 10).

Sabendo-se que reconstruir uma história realmente exaustiva das parteiras na Europa do século XX implica, também, enfrentar temas aqui tratados de maneira sumária⁶⁹ escolheu-se inserir deliberadamente a história das parteiras, por meio da análise de uma vasta bibliografia sobre o tema, no conjunto das políticas demográficas e do aparelho repressivo das práticas de controle da natalidade. Apesar das múltiplas diversidades de contextos, isto permitiu compreender como as parteiras eram percebidas, ainda, como exclusivas e potenciais depositárias da capacidade de facilitar os nascimentos ou de limitá-los, o que equivale a dois dos aspectos fundamentais da medicina das mulheres.

É possível, também, colocar em discussão algumas periodizações e especificidades. A lei francesa de 1920, por exemplo, já representava uma notável extensão do controle jurídico sobre a reprodução, embora as medidas de caráter eugênico, pró-natalista e familiar tenham sido organicamente implementadas durante os anos 1930, “com uma ação de alcance nunca visto” e, pelo fato de o problema feminino ter sido “tratado em nível de massa”, pela primeira vez, estruturando, assim, “um papel homogêneo interclassista” – aquele de *mãe*.⁷⁰ Conservadores e liberais do início do século XX, ainda que perseguindo a separação entre esfera pública e âmbito familiar, não descuidavam de regular a esfera reprodutiva. Neste intento, estavam absolutamente conscientes do papel desempenhado pelas parteiras, de sua capacidade de agir e de seu relevante potencial simbólico, objetos de fato de preocupações e intervenções. Neste quadro, dificilmente houve exceções, sobretudo quanto ao controle e à repressão que atravessaram não só o “corpo biológico” das mulheres, mas também o “corpo” de suas relações interpessoais.⁷¹

Abstract: This paper deals with population policies and the repression imposed upon birth control practices in the European North (England, Netherlands, France and Germany) during the first half of the XXth century. It takes as basis the vast historiography – mainly Anglo-Saxon – and the collection of laws and regulations of that region on midwifery and birth control; it then examines geographical and cultural diversity, the distinct historical contexts, and the symbolisms behind directives for reproduction control. It highlights ambivalent results of social dynamics in experiments to regulate midwives' activities and their professional routes, with their contradictions and diachronisms, taking into account their delicate relationship with the medical class.

Keywords: midwives; population policies; medicine.

(Recebido e aprovado para publicação em dezembro de 2005).

Notas

¹ Cf. DEL RE (1989).

² Até o século XIX, ver CALVI (1982), LONNI (1984), FILIPPINI (1985), PANCINO (1984), PELAJA (1994), SCHIAVONI (2000-2001). Em relação ao século XX, ver LANZARDO (1985), TRIOLO (1994, 1995).

³ Segundo a definição dada por Cornelio Di Marzio, à frente da Confederação Fascista dos Profissionais e Artistas, e diretor do periódico *Le professioni e le arti* (apud MORELLI, 1994, p. 149). À potência demográfica era dedicada uma parte fundamental do Código Rocco de 1930 que, com o artigo 545, inseria o crime de aborto criminoso numa nova categoria de delitos, naquela contra “a integridade e a saúde da estirpe”, contemplada no Título Décimo, em que estão compreendidos todos os crimes contra a procriação. 11 artigos eram dedicados às práticas abortivas, à instigação ao aborto, à impotência provocada, ao incitamento ao contágio venéreo. A proibição se estendia a todos os meios de prevenção ou interrupção da gravidez.

⁴ Num contexto no qual o regime tentava chamar para si a assistência à maternidade, com instituições apropriadas, como a Onmi, as parteiras continuavam a levar as crianças abandonadas aos orfanatos, organizar o batismo dos ilegítimos, abrigar em suas casas as mães solteiras. Todas essas atividades continuavam a caracterizar a identidade das parteiras; ver GISSI (2004).

⁵ Das 236 parteiras degredadas por provocarem aborto, consideradas nesta pesquisa, 62,3% eram regularmente diplomadas e exerciam suas funções como profissionais liberais; 15,7% eram parteiras contratadas pela municipalidade; as ex-enfermeiras representavam 2,3%, as parteiras, assim definidas também

pelas autoridades policiais, mas provavelmente não habilitadas, somavam 2,3%, enquanto somente 17,4% eram donas de casa, locadoras de quartos e costureiras. A idade média, 44 anos, não era tão elevada.

⁶ Sobre a construção da masculinidade na França, ver, dentre outros NYE (1993).

⁷ Venceu, na verdade, o Bloc National, uma aliança formada por republicanos moderados e católicos-conservadores.

⁸ Conforme escreveu Françoise Thébaud “pode-se bem dizer que a lei de 31 de julho de 1920 instaura um autêntico crime de opinião”; cf. THÉBAUD (1999, p. 22).

⁹ Iniciava-se, assim, um processo de longa duração que culminará, como veremos, na introdução da condenação à morte na França de Vichy. Ver MCLAREN (1983), FUCHS (1991).

¹⁰ Sobre a falência da lei de 1920 e sobre a subsequente a esta, de 1923, ver LE NAOUR; VALENTI (2003).

¹¹ Pessário, segundo o dicionário Houaiss: “aparelho elástico que se apresenta sob formas diversas, de flexibilidade variável, usado para conter órgãos pélvicos (como, p.ex., o útero) e, no passado, como anti-concepcional” [Nota da Revisora].

¹² Nos desenhos, o feto tinha o aspecto de uma criança completamente formada, acomodada no ventre de uma mãe sem rosto. A representação do feto no interior do ventre materno tem uma história tão complexa quanto relevante que não é possível aqui percorrer. Vale a pena remeter às páginas escritas por Barbara Duden a respeito da passagem ocorrida com Leonardo da *illuminatio à illustratio* (da percepção à ilustração); cf. DUDEN (1994, p.43-44).

¹³ Rapport de la Section Lyonnaise du comité d'études démographiques de l'Alliance nationale contre la dépopulation, Le Problème de l'avortement criminel, março de 1939, em REGGIANI (1996, p. 737).

¹⁴ Por código da família se entende o decret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française, aprovado pouco depois da ocupação da Boêmia e da Moravia pelo exército nazista. Em um clima de guerra, solidariedade nacional e emergência foi votado também pelos comunistas franceses que se encontravam na oposição; cf. REGGIANI (1996, p. 743).

¹⁵ O governo Daladier tornou operativo o Alto Comitê em fevereiro de 1939.

¹⁶ Cf. THÉBAUD (1986).

¹⁷ Assim se nomeavam aqueles que “se abandonam habitualmente a estas censuráveis ações”.

¹⁹ E um aumento de 22,6% entre 1944 e 1947.

²⁰ Cf. BERTIN (1993); SZPINER (1989).

²¹ Entre estas condenações exemplares, também houve um homem condenado à morte, em 22 de outubro de 1943, por ter praticado três abortos. Cf. OLMIER (2002, p. 253-264); MUEL-DREYFUS (1998, p. 325).

²² Segundo Jean-Yves Le Naour e Catherine Valenti (2003), as estatísticas penais revelam que o período máximo da repressão ocorreu em 1946, e não durante o período de Vichy.

²³ Odillon-Marc Lannelongue, autor do projeto de lei que remontava a 1910, era um médico. Outro pioneiro desse debate foi Paul Strauss, membro da Academia de Medicina. A única oposição ao texto definitivo foi o médico Adolphe Pinard, cuja preocupação principal consistia em considerar a lei pouco sólida do ponto de vista médico. Vale a pena lembrar que Jean Elisabeth Pedersen destacou cuidadosamente que o conjunto de normas de 1920 foi definido por alguns historiadores como “o mais severo da Europa contra a contracepção e o aborto”; em PEDERSEN (1996, p. 675).

GÊNERO

²⁴ Sobre a longa duração do saber médico e sua capacidade de fundir estereótipos e novas aquisições científicas em matéria de “natureza feminina”, ler MUEL-DREYFUS (1998, p. 329). Em relação a esta particularidade, a autora compara as instituições médicas às eclesásticas.

²⁵ Por exemplo, ELLIS (1990); FUCHS (1992); HARRIS (1989).

²⁶ A lei de 30 de novembro de 1892 tinha introduzido um diploma de primeiro e de segundo níveis, correspondentes a dois graus diversos de especialização.

²⁷ É uma diferença substancial com respeito à Itália, onde o parto começa a ser realizado em hospitais com notável atraso.

²⁸ É lícito perguntar-se se, mais freqüentemente, estas decisões não eram tomadas pelos maridos, sobretudo burgueses que, ao decidirem levar a esposa para dar à luz junto a um médico homem, reservavam para si um poder de decisão sobre o nascimento dos filhos e sobre o evento do parto, sempre um assunto entre mulheres.

²⁹ Cf. SCOTT (1988); STOCK-MORTON (1996, p. 81).

³⁰ Cf. STOCK-MORTON (1996, p.81); SEWELL (1985).

³¹ Podem ser encontrados interessantes estudos sobre as parteiras imigrantes e suas práticas etnocêntricas, não somente em relação ao parto, mas também às manobras abortivas. Ver DECLERCQ (1985).

³² Handywoman é o termo inglês correspondente ao italiano *donna pratica* ou *mamma*. Em português “comadre”.

³³ A taxa de mortalidade infantil na Inglaterra e em Gales, em 1899, foi de 163 em mil no primeiro ano de vida. As médias eram obviamente mais altas nos distritos pobres e populosos.

³⁴ O acordo foi alcançado através da regra pela qual para cada parto que não se apresentasse como absolutamente normal, as parteiras teriam de chamar o médico, assegurando assim o pagamento e reduzindo ao mínimo a concorrência.

³⁵ Estas mulheres, às vezes, se ocupavam também dos doentes e moribundos. Leap e Hunter são autoras do livro *The Midwife's Tale* sobre parteiras inglesas no século XX, elaborado a partir de numerosas entrevistas com parteiras. Observam justamente que hoje os historiadores tendem a se referir a esse tipo de figura com o termo handywoman, visando estabelecer uma nítida diferença entre esta última e a parteira profissional. As mulheres entrevistadas, porém, a nomeiam midwife, para indicar o que ela representa para a comunidade.

³⁶ No princípio foi uma elite de filantropos de classe média, média-alta e aristocrática que dirigiu a campanha para a regulamentação das parteiras, os mesmos que negociarão com os médicos a aprovação do Midwifery Act.

³⁷ A *Nursing Notes*, revista do Midwives Institute, publicou, em 1905, um artigo que estimava o custo dos instrumentos necessários em um guinéu, soma de dinheiro que nenhuma handywoman poderia possuir, sobretudo porque o mais usual era não receberem dinheiro como forma de pagamento. Cf. LEAP; HUNTER (1993, p. 5).

³⁸ Ver LEAP; HUNTER (1993, p. 102); LOUDON (1992).

³⁹ Em Birmingham, em 1929, havia pelo menos cem handywomen que prestavam serviços e isto era sabido pelos médicos; ver CHAMBERLAIN (1981).

⁴⁰ As parteiras entrevistadas no livro de Leap e Hunter demonstraram considerar o Midwifery Act de 1936 como a maior mudança de sua vida profissional, enquanto as historiadoras sustentam que a autêntica

reviravolta na profissão aconteceu com a criação do Serviço de Saúde Nacional (National Health Service) em 1948; cf. LEAP; HUNTER (1993, p. 16).

⁴¹ Defendido, por exemplo, por Tânia McIntosh (2000) em um recente trabalho sobre Sheffield.

⁴² Cf. GITTINS (1982); MCLAREN (1977); SZRETER (1996).

⁴³ Em Camberwell, Londres, segundo uma outra pesquisa, a idade média das mulheres que abortavam era de 28,4 anos e mais de 397 delas já possuíam três filhos.

⁴⁵ Em Sheffield, em particular, a maioria das parteiras vivia na parte leste da cidade, onde havia uma alta taxa de emprego masculino na indústria pesada e onde se constatavam o maior número de casos de aborto (MCINTOSH, 2000, p. 91).

⁴⁶ A regulamentação das parteiras alemãs, educadas em clínicas do governo, era muito admirada nos Estados Unidos do início do século XX, que consideravam o nível de formação em Obstetrícia, superior a de qualquer médico americano (KOBRIEN, 1984).

⁴⁷ O artigo 218 tinha sido brevemente revisto pelo Reichstag, em 1926, e previa a prisão para as mulheres que provocassem um aborto e para aquelas que lhes prestassem ajuda. O artigo 184 proibia a propaganda e a difusão de métodos contraceptivos porque eram “objetos para usos indecentes”. Quanto aos dois médicos presos em Stuttgart, em 9 de fevereiro de 1931: Else era diretora da Liga dos Consultores do Reich, Friedrich era membro do Partido Comunista, autor da obra teatral *Cyankali*, sobre o tema do aborto; cf. GROSSMANN (1984).

⁴⁸ Os observadores a favor e os contra a lei afirmavam que o aborto ilegal tinha alcançado as proporções de um verdadeiro “flagelo”. Naturalmente, as estatísticas divergiam, mas a cifra de um milhão de abortos, numa população feminina de cerca de 31 milhões, parecia, de modo geral, aceita. Naturalmente as estatísticas oficiais eram reconhecidas publicamente como pouco exatas. Uma importante fonte para o assunto foi o chamado *Grotjahn Kartothek*, do sobrenome do médico Alfred Grotjahn, que, em 1927, registrou sua atividade médica em uma pequena cidade de 25 mil habitantes, durante a qual era obrigado a ocupar-se de cerca de sete casos de aborto por dia; cf. GROSSMANN (1984, p. 81).

⁴⁹ O *Grotjahn Kartothek* revelava que, em 426 abortos, somente 74 eram relacionados a mulheres solteiras; cf. GROSSMANN (1984, p. 81). Assim escrevia Else Kienle da prisão, sobre as mulheres que havia ajudado a abortar: “[Embora] o natural desejo de levar adiante a gravidez e de colocar no mundo o filho [...] deveria reconhecer que não possuía as bases econômicas para cuidar dele” (GROSSMANN, 1984, p. 70). Para uma discussão geral sobre estratégias inerentes à reprodução na economia familiar, cf. SCOTT; TILLY (1978).

⁵⁰ O assunto, ainda que de grande interesse, não pode ser aqui aprofundado, mas a mobilização foi realmente significativa, suscitada também pela encíclica *Casti connubii* de Pio XI, tornada pública em 31 de dezembro de 1930. No período do áspero conflito entre o Partido Comunista e o Partido Social-Democrata, ambos aderiram ao protesto que via engajados médicos, advogados e intelectuais radicais, o movimento feminista autônomo para as Reformas sobre a Sexualidade, a Liga Internacional das Mulheres pela Paz e a Liberdade e milhares de mulheres; cf. BRIDENTHAL; GROSSMANN; KAPLAN (1984); HEYMANN; AUGSPURG (1977).

⁵¹ Esta particular repressão poderia ligar-se também ao claro compromisso assumido pelas mulheres médicas, em 1930, a favor da legalização do aborto, do qual se falou anteriormente.

⁵² Por outro lado, a própria historiografia teve dificuldade de identificar a base da política nacional-socialista em relação às mulheres. Em 1986, Gisela Bock, publicando o livro sobre esterilização forçada, eviden-

ciou não tanto a propaganda natalista e o culto à maternidade, colocados em destaque pelos estudos anteriores, quanto o seu oposto: o antinatalismo; cf. BOCK (1986).

⁵³ Uma outra característica dos Países Baixos, que teve um certo peso no papel das parteiras, foi a taxa de natalidade em crescimento constante, durante o século XX, tendência contrária em relação aos demais países industrializados do Ocidente.

⁵⁴ As parteiras tinham como atribuições oferecer encorajamento e confiança às mulheres no parto, cortar e amarrar o cordão umbilical, verificar se a placenta havia sido expelida completamente, dar apoio à mãe e ao recém nascido após o parto.

⁵⁵ Desde 1818, as parteiras tinham sido inseridas no quadro legislativo que regulava os que praticavam a medicina. Durante os anos 1820, foram inaugurados seis hospitais-escola (*klinische scholen*), embora ainda um restrito número de mulheres freqüentasse os cursos. Em 1860, foi instituído um exame de estado a fim de abrandar as ansiedades a propósito da preparação insuficiente das parteiras. A primeira escola estatal (*Rijkskweekschool*) abriu suas portas em Amsterdã, em 1861, seguida por uma segunda em Rotterdam, em 1882. Em Groningen, no norte dos Países Baixos, a escola tinha sido aberta sob os auspícios da Faculdade de M^{éd}icina da Universidade e, em 1913, em Heerlen, foi instituída uma escola católica; cf. VAN LIEBURG; MARLAND (1989); MARLAND (1993).

⁵⁶ Esta declaração encontra-se entre as notas redigidas pelo Conselho da cidade de Rotterdam a respeito da abertura de um hospital-escola, onde seriam realizados cursos de treinamento para parto direcionados às parteiras; ver MARLAND (1995, p. 321).

⁵⁷ De 1913 a 1938, as mulheres internadas no Hospital de Heerlen foram cerca de 10.000. Metade das primeiras 5.000, e 17% das segundas 5.000 eram mulheres solteiras. *Limburgsch Dagblad*, 20 de junho de 1938.

⁵⁸ A anti-sepsia foi introduzida no setor de maternidade do Hospital Municipal de Amsterdan pelo novo diretor Van der Mey, somente em 1880, e, finalmente, diminuíram os óbitos das mulheres por febre puerperal e a mortalidade infantil decresceu 50%; cf. Abraham-van der Mark (1993).

⁵⁹ Em um relatório publicado pela Sociedade Holandesa para a Promoção da Medicina, em fevereiro de 1911, estão contidos alguns dados significativos. Algumas alunas da escola estatal para parteiras de Rotterdam, de 1883 a 1909, registraram o ofício dos pais: 27 delas tinham uma mãe parteira; em somente quatro casos a mãe era costureira; havia também mães cujos ofícios eram os de vendedora, padeira, verdureira, negociante de tecidos etc. Em VAN LIEBURG; MARLAND (1989, p. 308-309).

⁶⁰ Em 1921, a duração dos cursos passou de dois para três anos. As matérias eram relacionadas a anatomia, psicologia, teoria e prática da obstetrícia. Muitas se retiravam antes do término e, em mais de uma ocasião, a metade das alunas teve de repetir o ano. Houve polêmicas sobre a formação das parteiras pelo fato de ir além daquilo que lhes era consentido aplicar na prática cotidiana. Em comparação, na Inglaterra, somente durante a Primeira Guerra Mundial, foi dobrada a duração dos cursos, indo de três para seis meses, e o diploma de enfermeira profissional era obtido em quatro meses; em MARLAND (1995, p. 324).

⁶¹ Na Inglaterra deve ser salientado, porém, que houve uma nítida ruptura entre as mulheres que atuavam informalmente dentro de sua comunidade e as ladies midwives, provenientes da classe média. Nos Países Baixos, no entanto, certamente se produziu menor tensão social entre as chamadas mulheres práticas e as profissionais, uma vez que a classe social de proveniência das parteiras era, sobretudo, aquela dos artesãos, pois a mensalidade da escola era bastante acessível, enquanto o custo das escolas inglesas era em alguns casos, proibitivo.

⁶³ Esta medida de 1914, também chamada de “lei alemã”, obviamente não foi seguida de nenhum debate, devido à ocupação. Em 1947, foi retomada a discussão sobre o monopólio obtido pelas parteiras, mas a medida se tornou lei apenas em 1966; cf. Abraham-van der Mark (1993).

⁶⁴ Os quatro “blocos” ou “pilares” sobre os quais se apoiava a sociedade eram: o liberal, o socialista, o calvinista (no norte) e o católico (no sul). Este modelo foi se consolidando progressivamente como solução para os fortes conflitos entre calvinistas e católicos depois da unificação dos Países Baixos, conforme decisão do Congresso de Viena e, mais tarde, como solução para os conflitos entre socialistas e liberais/conservadores que ocorrem depois da Revolução Industrial. Segundo os historiadores e os sociólogos, esse tipo de organização conservou uma certa rigidez, pelo menos, até os anos 1950.

⁶⁵ As duas organizações fundiram-se somente em 1975 na Organização Holandesa das Parteiras.

⁶⁶ Rutgers, em primeiro lugar, tinha sido pároco de uma igreja reformada, depois médico e admirador de F. Domela Nieuwenhuis, um dos maiores expoentes do anarquismo. A Associação Neomalthusiana tinha sido fundada, em 1881, pelo jovem advogado Samuel van Houten, que parece ter tido a responsabilidade da introdução na Europa do termo “neomalthusianismo”, com a colaboração de C.V. Gerritsen, marido de Aletta H. Jacobs, primeira mulher médica dos Países Baixos. Por iniciativa desta última, no final do século XIX, foi aberto uma espécie de centro de orientação num bairro popular de Amsterdã para informações sobre métodos contraceptivos, o que provocou reações hostis entre seus colegas médicos; cf. RÖLING; RONSIN (1995).

⁶⁷ O declínio durou pelo menos até 1931, quando o doutor B.Presela introduziu consultores de informação sexual.

⁶⁸ Como, por exemplo, a instrução, a remuneração, as competências, a possibilidade ou não de ocupar-se do tratamento pré-natal e da saúde da criança nos meses seguintes ao nascimento, elementos que mudavam de país para país.

⁶⁹ DEL RE (1989, p. 122).

⁷⁰ Por exemplo, a repressão ao aborto, colocada em prática por meio da delação, tentou espalhar-se através de vínculos de vizinhança e redes informativas. Ver, entre outros, PASSERINI, L. Torino operaria e fascismo em LATERZA, ROMA-BARI (1984).

Referências

ABRAHAM-VAN DER MARK, Eva (Ed.). *Successful home birth and midwifery: the Dutch model*. Westport: Bergin; London: Garve, 1993.

BERTIN, Célia. *Femmes sous l'occupation*. Paris : Stock, 1993.

BOCK, Gisela. Antinatalism, maternity and paternity in national socialist racism. In: _____; PAT, Thane (Ed.). *Maternity and gender policies: women and the rise of the European Welfare States, 1880s-1950s*. London: Routledge, 1991. p. 233-55.

_____. *Geschichte, Frauengeschichte, Geschlechtergeschichte. Geschichte und gesellschaft*, [S.l.], n. 14, p. 364–391, 1988.

_____. Il nazionalsocialismo: politiche di genere e vita delle donne. In : FRANÇOISE, Thébaud (a cura di). *Storia delle donne: il Novecento*. Roma: Laterza, 1992. p. 176-212.

_____. *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik*. Westdeutscher: Opladen, 1986.

CALVI, Giulia. Manuali delle levatrici XVII-XVIII secolo. *Memoria*, [S.l.], v. 3, p.114-116, 1982.

CHAMBERLAIN, Mary. *Old wives' tale: their history, remedies and spells*. London: Virago, 1981.

CHARNITZKY Jürgen. Donne e nazional-socialismo: risultati e prospettive della ricerca. *Studi storici*, [S.l.], v. 3, p. 655-668, 1997.

DAALEN, Rineke van. Family change and continuity in the Netherlands: birth and childbed in text and art. In: ABRAHAM-VAN DER MARK, Eva (Ed). *Successful home birth and midwifery: the Dutch model*. Westport: Bergin; London: Garvey, 1993. p. 77-94.

DAVIN, Anna. Imperialismo e maternità. *Nuova DWF*, [S.l.], v. 6, n. 7, p.5-87, 1978.

DEL RE, Alisa. Politiche demografiche e controllo sociale in Francia, Italia, Germania negli anni '30`. In: DEL RE, Alisa (a cura di). *Stato e rapporti sociali di sesso*. Milano: Franco Angeli, 1989. p. 119-147.

DE LONGIS, Rosanna. In difesa della donna e della razza. *Nuova DWF*, [S.l.], v. 19, n. 20, p. 149-177, 1982.

DECLERCQ, Eugene. The nature and style of practice of immigrant midwives in early twentieth century Massachusetts. *Journal of social history*, [S.l.], v. 19, p.113-130, 1985.

DEVITT, Neal. The transition from home to hospital birth in the United States 1930-1960, *Birth and the Family journal*, [S.l.], v. 4, p. 45-58, 1977.

DICKENS, Charles. *Martin Chuzzlewit*. London: Chapman & Hall, 1844.

DUDEN, Barbara. *Il corpo della donna come luogo pubblico*. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.

ELLIS, Jack. D. *The Physician-Legislators of France: medicine and politics in the Early Third Republic, 1870-1914*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

FILIPPINI, Nadia M. Levatrici e ostetricanti a Venezia fra sette e ottocento. *Quaderni storici*, [S.l.], v. 1, p.149-180, 1985.

FUCHS, Rachel. *Poor and pregnant in Paris: strategies for survival in the Nineteenth century*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992.

_____. Public power and women's bodies: abortion, infanticide and the penal code in Nineteenth century. *Proceedings of the annual meeting of the western society for French history*, [S.l.], v. 18, p. 567-577, 1991.

GISSI, Alessandra. *Avvalendosi del suo mestiere: fra tradizione e professione, le levatrici durante il regime fascista*. Tesi (dottorato in Storia delle donne e dell'identità di genere in Età Moderna e Contemporanea, XIII ciclo) - Università di Napoli "L'Orientale", 2002.

- _____. Between tradition and profession. Italian midwives during the Fascist Period. In: PERRY, R. Willson (Ed.). *Gender, family and sexuality: the private sphere in Italy 1860-1945*. London: Palgrave; New York: Macmillan, 2004. (in corso di pubblicazione)
- GROSSMANN Atina. *Abortion and economic crisis*. In: BRIDENTHAL, Renate; _____; KAPLAN Marion (Ed.). *When biology became destiny: women in Weimar and Nazi Germany*. New York: Monthly Review Press, 1984.
- HARRIS, Ruth. *Murder and madness: medicine, law and society in the Fin-de-siècle France*. Oxford: Clarendon, 1989.
- HAUSEN, Karin. Madri e figli, simboli e merci: la «giornata della madre tedesca 1923-'33'. *Memoria*, [S.l.], v. 4, p. 5-29, 1982.
- HEAGERTY, Brooke. *Class, gender and professionalization: the struggle for british midwifery, 1900-1936*. Ph.d thesis, Michigan State University, 1990 (unpublished).
- HÉLIE-LUCAS ; MARIE-AIMÉE. *Les sages-femmes de Marseille, 1826-1945*. Marseille: [s.n.], 1991 (Mémoires de Maîtrise de l'Université de Provence).
- HEYMANN, Lida Gustava; AUGSPURG, Anita. *Erlebtes - Erschautes: Deutsche Frauen kämpfen für Freiheit, Recht und Frieden, 1850-1940*, Frankfurt/Main: Meisenheim am Glan, 1992.
- IPSEN, Carl. *Demografia totalitaria: il problema della popolazione nell'Italia fascista*, Bologna: Il Mulino, 1997.
- KOBRIN, Frances E. The american midwife controversy: a crisis of professionalization. In: WALZER, Leavitt Judith (Ed.). *Women and health in America: historical readings*. Madison: The University of Wisconsin Press, 1984. p. 318-326.
- KOONZ, Claudia. *Donne del Terzo Reich*. Firenze: Giunti, 1996.
- LE NAOUR, Jean-Yves; VALENTI, Catherine. *Histoire de l'avortement: XIX^o-XX^o siècle*. Paris : Éditions du Seuil, 2003.
- LANZARDO, Liliana. *Il mestiere prezioso: racconti di ostetriche*. Torino: Forma, 1985.
- _____. Per una storia delle ostetriche condotte. *Rivista di storia contemporanea*, [S.l.], v. 1, p. 136-152, 1985.
- LEAP, Nicky ; HUNTER, Billie. *The midwife's tale: an oral history from handywoman to professional midwife*. London: Scarlet Press, 1993.
- LONNI, Ada. Il mestiere di ostetrica al confine tra il lecito e l'illecito. *Società e storia*, [S.l.], v. 25, p. 563-590, 1984.
- LOUDON, Irvine. *Death in Childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800-1950*. Oxford: Clarendon press, 1992.
- MARLAND Hilary. Questions of competence: the midwifery debate in the Netherlands in the early twentieth century. *Medical History*, [S.l.], n. 39, p. 317-337, 1995.
- _____. *The guardians of normal birth: the debate on the standard and status of the midwife in the Netherlands around 1900*. In: ABRAHAM-VAN DER MARK, Eva (Ed.). *Successful home birth and midwifery: the Dutch model*. London: Bergin&Garvey, 1993. p. 23-44.

MARLAND, Hilary; RAFFERTY, Anne Marie (Ed.). *Midwives, society and childbirth*. London: Routledge, 1997.

MASON Timothy. Women in Nazi Germany: family, welfare and work. *History Workshop journal, [S.l.]*, v. 1, p. 74-113, 1976.

MCINTOSH, Tania. 'An abortionist city': maternal mortality, abortion and birth control in Sheffield 1920-1940. *Medical History, [S.l.]*, v. 44, p. 75-96, 2000.

_____. Profession, skill or domestic duty? Midwifery in Sheffield. 1881-1936. *Social History of Medicine, [S.l.]*, v. 11, p. 403-420, 1998.

MCLAREN, Angus. *Sexuality and social order: the debate over the fertility of women and workers in France, 1770-1920*. New York: Holmes & Meier Publishing, 1983.

_____. Women's work and regulation of family size: the question of abortion in the 19th. *History workshop journal, [S.l.]*, v. 4, p 70-81, 1977.

MORELLI, Anna. La missione del medico negli anni '30'. In: TURI, Gabriele (a cura di). *Libere professioni e fascismo*. Milano: Franco Angeli, 1994. p. 139-227.

MUEL-DREYFUS, Francine. *Vichy et l'éternel féminin*. Paris : Éditions du Seuil, 1998.

NYE, Robert. *Crime, madness, and politics in Modern France: the medical concept of national decline*. Princeton: Princeton University Press, 1984.

_____. *Masculinity and male codes of honor in Modern France*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

OLIVIER, Cyril. Du "crime contre la race": l'avortement dans la France de la Révolution Nationale. In: BARD, Christine et al. *Femmes et justice pénale, XIXe-XXe siècle*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2002. p. 253-264.

PANCINO, Claudia. *Il bambino e l'acqua sporca: storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche*. Milano : FrancoAngeli, 1984.

PASSERINI, Luisa. *Torino operaia e fascismo*. Roma : Laterza, 1984.

PEDERSEN, Jean Elisabeth. Regulating abortion and birth control: gender, medicine and republican politics in France 1870-1920. *French Historical Studies, [S.l.]*, v. 19, n. 3, p.673-698, 1996.

PELAJA, Margherita. *Matrimonio e sessualità a Roma nell'Ottocento*. Roma: Laterza, 1994.

PERROT, Michelle. The New Eve and the Old Adam: changes in french women's condition at the turn of the century. In: HIGONNET, Margaret et al. *Behind the lines: gender and the two world wars*. New Haven: Yale University Press, 1987.

POMATA, Gianna. Barbieri e comari. In: AA.VV., *Cultura popolare nell'Emilia Romagna, Medicina erbe e magia*. Milano: Silvana Edizioni, 1981. p. 162-183.

REGGIANI, Andrés Horacio. Procreating France: the politics of demography 1919-1945. *French Historical Studies, [S.l.]*, v. 19, n. 3, p. 725-754, 1996.

ROBERTS, Marie Louise. *Civilization without sexes: reconstructing gender in postwar France, 1917-1927*. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.

RÖLING, Hugo; RONSIN, Francis. *Le néo-malthusianisme en France et aux Pays-Bas*. Amsterdam: IISG, 1995. Catalogue d'exposition.

SCHIAVONI, Claudio. L'attività delle ostetriche di Roma e dello Stato pontificio tra la Restaurazione e l'Unificazione. *Rivista storica del Lazio, [S.l.]*, v. 13-14, p. 47-72, 2000-2001.

SCOTT Joan. *Gender and politics of history*. New York: Columbia University Press, 1988.

_____; TILLY, Louise. *Women, work and the family*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1978.

SEWELL, William H. *Structure and mobility: the man and the women of Marseille*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

SZPINER, Francis. *Une affaire des femmes*. Paris: Livre de Poche, 1989.

STOCK-MORTON, Phyllis. Control and limitation of midwives in Modern France: the example of Marseille. *Journal of women's history, [S.l.]*, v. 8, p. 60-94, 1996.

SZRETER, Simon. *Fertility, class and gender in Britain 1860-1940*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

THALMANN, Rita. *Être femme sous le IIIe Reich*. Paris: Editions Laffont, 1982.

THÉBAUD, François. Donne e guerre nella Francia del XX secolo. *Storia e problemi contemporanei, [S.l.]*, v. 24, p.11-25, 1999.

_____. *Quand nos grands-mères donnaient la vie: la maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1986.

TRIOLO, Nancy. Famiglia, aborto e ostetriche in Sicilia 1920-1940. In: FIUME, Giovanna (a cura di). *Madri: storia di un ruolo sociale*. Venezia : Marsilio, 1995. p. 247-265.

_____. Fascist unionization and the professionalization of midwives in Italy: a sicilian case study. *Medical Anthropology Quarterly, [S.l.]*, v. 8, p. 259-281, 1994.

TUSSENBROEK, Catharine van. *De ontwikkeling der aseptische verloskunde*. Haarlem: De Erven, 1911.

VAN LIEBURG, Marius Jan; MARLAND, Hilary. Midwife regulation, education and practice in the Netherlands during the Nineteenth century. *Medical History, [S.l.]*, v. 33, p. 296-317, 1989.

WALZER, Leavitt Judith. *Brought to bed: childbearing in America 1750-1950*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

WATSON, Cecily. Birth control and abortion in France since 1939. *Population studies, [S.l.]*, v. 5, p. 261-286, 1952.