

A Medicalização do Corpo Feminino

Antropologia e Saúde



Elisabeth Meloni Vieira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Starbuck Bass

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Adair de Castro Lial

EDITORA FIOCRUZ

Editora

Adair de Castro Lial

Editor Executivo

Josefa Maria de Jesus Pereira Mendes

Editorial

Maria Tereza Lial e Estela Patrícia de Sá

Coordenadora Editorial

Elaine A. Coimbra

Coordenadora Editorial

Elaine A. Coimbra

A Medicalização do Corpo Feminino

Elisabeth Melani Vieira

1ª Edição

Coordenadora Editorial

Elaine A. Coimbra

Maria Cecília de Souza Sá

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Marchiori Buss

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Maria do Carmo Leal

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Maria do Carmo Leal

Editor Executivo

João Carlos Canossa Pereira Mendes

Editores Científicos

Nísia Trindade Lima e Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Gilberto Hochman

Lígia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Maria Elizabeth Lopes Moreira

Pedro Lagerblad de Oliveira

Ricardo Lourenço de Oliveira

COLEÇÃO ANTROPOLOGIA E SAÚDE

Editores responsáveis: *Carlos E. A. Coimbra Jr.*

Maria Cecília de Souza Minayo

A Medicalização do Corpo Feminino

Elisabeth Meloni Vieira

1ª Reimpressão

Copyright® 2002 da autora
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-7541-016-4

1ª edição: 2002

1ª reimpressão: 2008

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Angélica Mello

Capa
Danowski Design

Ilustração da capa
A partir do relevo de Hans Arp, *Fruit of a hand*, c. 1927-8.

Revisão e copidesque
Irene Ernest Dias e Soraya Ferreira

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

V658m Vieira, Elisabeth Meloni
 A medicalização do corpo feminino – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ,
 2002.
 84 p.

1.Prática profissional. 2.Relações médico-paciente. 3.Saúde da mulher. 4.Obste-
trícia-história. I.Título.

CDD - 20.ed. – 613.04244

2008
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – 1ª andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
<http://www.fiocruz.br>



SUMÁRIO

Prefácio	9
Apresentação	15
1. A Medicina e o Feminino	19
2. Século XIX: as escolas médicas debatem a condição feminina	27
3. O Desenvolvimento da Tecnologia	47
Considerações Finais	69
Referências Bibliográficas	73

Prefácio

Medicina, médicos e poder: poder e medicina... Poder e resistência, ou, Versatilização da Chama. Poder médico, explorando novas áreas, sendo sintomático das mesmas. Poder e educação... Poder e incorporação de saberes.

Poder e medicina, medicina e poder e educação, desde a viragem da ciência médica, observando e controlando saberes tradicionais, dando, porém, poder e benefícios, desenvolvendo o social... Poder e vida... Poder e construção de espaços, construindo discursos.

Medicina e poder, estratégias da política, de poderes, dominações e liberdades... Poder de articulação, modificando o processo socio-histórico de poderes...

Quando se trata de escrever para crianças que possuem muita curiosidade, não se trata de substituir o sentido pesado do discurso relativo a um livro, pela linguagem frívola, ou de fazer um compromisso natural, buscando sempre a simplicidade, que trata-se de relações médicas e sociais, da perspectiva de um pesquisador médico, de quem se trata, trata-se de um livro de texto para quem quer aprender, mas não se trata de ensinar.

*À Mariana,
que me ensina diariamente o ofício maternal.*

O livro se trata de um texto que se encontra publicado em 1993, no curso de pós-graduação em Infância, Prevenção da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com o título "Prática Médica e Corpo Feminino", para uma série de revelar o tipo de relato em questão.

Mesmo assim, por ter sido desenvolvido para dois diferentes e diferentes do trabalho original, da produção, dos dados empíricos e da relação entre os discursos e o trabalho de campo e das estratégias históricas sobre a minha própria construção de original, material que coexistia com o cotidiano, desta feita a construção das verdades.

Prefácio

Medicina, médicos e poder: poder e violência... Poder e coisificação, 'dessubjetivação' do Outro... Poder médico expropriando juízos privados sobre sofrimentos, danos, morte. Poder e elitização... Poder e monopólio de domínios...

Poder e médicos, medicina: poder e soluções, desenvolvimento de eficácia técnica, intervenção e controle sobre sofrimentos, danos, morte... Poder e benefícios, desenvolvimento social... Poder e vida... Poder e constituição de sujeitos, expansão de domínios...

Medicina e poder: estratégias biopolíticas de sujeições, dominações e liberdades... Poder da medicalização! Medicalização: processo sócio-histórico de poderes...

Quando recebi o convite para escrever este prefácio, minha primeira reação foi a de substituir o sentido 'pesado' do encargo relativo a um dever, pelo sentimento prazeroso de quem abraça um compromisso natural. Escrever sobre um estudo que tratasse da relação medicina e sociedade, da perspectiva de processo medicalizador de questões sociais, soava-me por demais próximo a tudo que, afinal, venho trabalhando em meus próprios estudos por muitos anos.

O texto já me era familiar. Conhecia a pesquisa científica completa em que se embasa o texto atual: mestrado concluído em 1990, no curso de pós-graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cujo título – Prática Médica e Corpo Feminino – dava bem conta de revelar o tipo de estudo em questão.

Mas talvez por ter acompanhado parte dos dilemas e dificuldades do trabalho original, da produção dos dados empíricos à sua redação final, subestimei o impacto do tempo e das transformações históricas sobre minha própria compreensão original: julguei que conhecia ainda o conhecido, desatenta à sabedoria das Veredas.*

* "Acertasse eu com o que depois sabendo fiquei, para lá de tantos assombros..." (*Grande Sertão: Veredas*, João Guimarães Rosa).

Travessias e olhares re-feitos... Algo novo se apresentava à releitura e deveria ser explorado, ampliando para o leitor trilhas interpretativas, além das sedutoras instigações científicas ou mesmo literárias, já contidas neste eloquente objeto eleito – o corpo feminino.

Propor a medicalização como perspectiva para se conhecer a história dos saberes e práticas sobre este corpo parecia já estar suficientemente validado para apresentar a relação medicina e sociedade como problema de relevância científica e política. Acaso, não falará por si mesma a medicalização como problemática do social, tendo-se já introduzido como um vigoroso e atraente objeto de pesquisas, estudos e ensaios diversos?

Aparentemente já estaria tão reconhecida esta expansão de atribuições, esta ampliação de campo de competência para disciplinar a vida, o social, que a ninguém estranharia o próprio enunciado de uma normatividade *médica* para objetivar o social, instituindo-o já deste modo adjetivado. Além disso, já não se encontraria de tal modo público e publicado, para que os primeiros recortes em que se estudou a medicalização, absolutamente importantes como fundadores da problemática, fossem ultrapassados e expandidos em novas direções, novos questionamentos? Afinal, dos primeiros e valiosos estudos, como os de Maria Cecília F. Donnangelo, Hésio Cordeiro, José Carlos de S. Braga e Sérgio Góes de Paula, Madel T. Luz, ou dos imprescindíveis pensadores como Michel Foucault e Georges Canguilhem, aos presentes na atual e obrigatória produção intelectual a ser consultada, muitos nomes se acrescentaram... muitas outras sínteses interdisciplinares e criações teórico-conceituais. E a própria escolha da questão de gênero já representava esse movimento.

Seria por certo tentador restringir-me a exaltar, exatamente nesse sentido último, as várias qualidades deste texto: 1) a forma de aproximação e constituição de suas partes em *torno da questão do gênero na medicina*; 2) o resgate do *século XIX*, quando as escolas médicas iniciam seu debate normalizador da *condição feminina*; 3) a coerência metodológica no desenvolvimento analítico *da medicalização do gênero*; ou 4) a fluência do texto em sua argumentação. Julgo-o, porém, desnecessário. Que o leitor o perceba já pela competente introdução que a própria autora faz no capítulo 1. Que se delicie com o sintético e preciso capítulo 2, introduzindo-se na fecundidade epistemológica da questão do gênero na medicina e na virulência ético-política da condição feminina na modernidade... Como se disse, a instigar os estudos

sobre a medicalização, este eloqüente e instigante objeto de múltiplos e opostos desejos e normas, o corpo feminino!

Os elogios são fartos e fáceis. E se o leitor atentar para a própria historicidade do texto, datado e contextualizado (além de representar uma finalização de pesquisa que via de regra realiza-se por período não inferior a quatro ou cinco anos de duração), certamente também irá se admirar da antecipação de muitas das questões hoje presentes de forma incontestes.

Contudo, sua atual releitura assomara a dúvida! A história da tomada do corpo feminino pela medicina, conta, nela, outra história... Era preciso, então, repensar o propósito deste prefácio e talvez a própria natureza do convite para fazê-la.

Refletindo, perseguia-me uma imagem que, embora não registrada na atual monografia, pertence ao estudo. Entre os muitos achados empíricos que a pesquisa trouxe (a pesquisa dedicou-se a observar consultas ginecológicas e a entrevistar médicos e pacientes de determinadas instituições em São Paulo), estava um depoimento peculiar. Em um trecho do texto original, que tratava do acesso e consumo de serviços, mostrava-se a valorização da ida ao ginecologista, e certa paciente, perguntada sobre o sentido da consulta médica para o controle das condições de saúde e evitar o adoecimento em particular para a mulher, diante da indagação do tipo: “quantas vezes você acha, então, que seria necessário a mulher ir ao médico?”, não hesitou em responder, triunfante, que bom mesmo, o ideal, seria sempre... todo dia...

Esta cena já havia sido explorada por mim diversas vezes, em cursos e disciplinas tratando da questão do acesso e extensão de serviços para o planejamento e políticas de saúde ou para a organização do trabalho em saúde. O excesso é a figura que nela sobressai. Excesso ao extremo, como caricatura, que a fala popular, de modo ingênuo e certo, traduz: todo dia!

Todo dia que necessário? Todos os dias? Sempre!

Sempre estar atento à necessidade (de ir); todos os dias, penetrado e buscando penetrar-se pelas preocupações para as quais volta-se a medicina, consumindo avidamente não apenas seus serviços, introjetando não apenas as regras de seu uso, mas sua proposição de vida, sua interpretação dos fatos em uma leitura particular do mundo e da experiência social, seu saber.

De um lado, este excesso surge reconhecido pelo aspecto violento do poder, bem expresso na forma corporativa da existência de organização social

dos agentes de prática e sujeitos de saber da medicina: a capacidade dos médicos de sempre se diferenciarem, socialmente. Capacidade bem adquirida na modernidade, ainda que sob fortes tensões nos dias atuais. Ela representou a conquista de identidade social própria e singular, o destaque econômico-social, a elitização política e um inquestionável poder cultural e moral, com igual conquista do monopólio de saber e intervir, controlado de forma magistral.

De outro lado, é preciso atentar para as bases que positivamente ancoram esse processo *por inteiro*: não só ali onde é excessivo, radical e sem limites, mas ali onde é suave, mal transparecendo como medicalização. Afinal, o que terá convencido aquela mulher sobre necessidade tão abrangente, tão absoluta, que não se apresenta no cotidiano interrompendo-o, mas apenas capilarmente se insinua no próprio modo de andar a vida, como parte constitutiva dele?

Eis um imaginário que se funda em uma potente eficácia prática, de cotidiano, “todo dia”, e duplamente positiva: a medicina propôs uma dada intervenção, enfrentando a dor, o sofrimento e, mesmo, a morte; operou-a diretamente, expondo-se a ser perscrutada, aferida, avaliada. Desse modo, não apenas deixou-se confundir com o Estado e a Sociedade modernos, mas o fez declarando-se de público responsável por tal tarefa. Seu sucesso técnico e histórico garantiu, em contrapartida, o reconhecimento do que era e de seu valor.

A medicalização confunde-se aqui com a própria história da sociabilidade moderna: não só se altera a relação entre o visível e o invisível ou entre o presumido e o positivado (objetividade de sentidos e reflexão). Como também mostrou Foucault, através do corpo e de seu esquadramento positivador, é o sujeito que será atingido. A experiência médica levanta uma velha proibição aristotélica: “finalmente pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica”. E, ao fazê-lo, situa a formação de sujeitos e seu auto-reconhecimento no centro das questões sociais. Também o libertário aqui se apresenta. Na criação deste sujeito está a imagem do indivíduo livre.

Mas este indivíduo, que se é livre agora, e, pois, cidadão, apreende o ser sujeito em uma nova ordem de subjetividade: sujeitos não apenas o são, mas corretamente o devem ser, pois a ciência, neste caso através da medicina, regerá o comportamento adequado socialmente. Definindo juízos sobre a experiência da vida, disciplinará condutas ditadas pelo conhecimento

científico; moralidade retirada dos consensos intersubjetivos originários das interações do e no cotidiano social vivido e retirada até mesmo do Direito, da jurisprudência do magistrado, da norma jurídico-política, para situar-se na lei científica, de que emana como forma cientificamente correta de ser: interrelacionamentos sociais saudáveis!

Não mais se estará com o Outro, em relação ao Outro, mas este, fonte de todo mal (do contágio, do contato, do sentido e do sentir) deve ter a interação regulada por um conhecimento apropriadamente neutralizado do mesmo mal!

Não só a mulher foi o sujeito eleito para ter sua condição social vitalmente controlada e biologicamente regrado. Acaso não será deste movimento social que questiona o feminino criado na modernidade que emergem as críticas mais contundentes acerca da própria socialidade? E se estas críticas se mostram primeiro através da lente dos abusos, da violência e do excesso, não adentram igualmente a descortinar o produto dos sucessos da medicalização?

Não será apenas na direção de domínio da medicina para e sobre a condição feminina que se dá o processo medicalizador. Também o movimento dialético em direção oposta lhe pertence e o qualifica: o quanto o corpo feminino e a condição de ser mulher, por ter sido dos primeiros e historicamente original objetos de interesse e manipulação daquele poder, é substrato para seu próprio entendimento, enquanto prática que desqualifica atos, conhecimentos e sujeitos, mas ao mesmo tempo qualifica outros atos, conhecimentos e sujeitos. Processo que se pode apreciar não só pela transgressão prática e violência simbólica, senão pelo conjunto contraditório de valores éticos que criou – como técnica, ciência e socialidade.

É esta outra história que se pode igualmente perseguir no texto que segue. Ela poderá instigar o pensamento a ir adiante no entendimento da medicalização e o leitor deveria arriscar-se a encontrá-la. Digo encontrar, buscar olhar e não simplesmente ver na escrita do texto. É que o mote não se explicita no discurso registrado, mas nas entrelinhas do pensamento. Não é exatamente naquilo que de forma direta diz e quer ressaltar, mas no todo que conta, como uma narrativa que suscita e faz (re) pensar. Representando a própria medicalização, ali se pode divisar a mistura de questões como corpo, vida, sexualidade e reprodução, intencionalmente criando deslocamentos de uma à outra, equivalências, e, sobretudo, restrições de sentido. Corpo que só pode ser concebido como instrumental, ferramenta social, dirá Boltanski; sexualidade útil, mostrará

Foucault, em substituição à sexualidade substantivada, plena de sentido por si só como experiência humana, sem adjetivações.

Pode-se, assim, perseguir no texto e através dele, essa imensa necessidade que a ordem científica constituiu, a de classificar segundo o grau de utilidade prática, para então disciplinar. A socialidade útil, podemos parafrasear de uma sociedade do útil, pragmática; eixo de uma felicidade igualmente útil, como bem instituído na e da construção da vida social.

Se foi através do corpo, do somático, que se deu o grande investimento do projeto social de vida da sociedade capitalista (corpo realidade biopolítica e medicina estratégia biopolítica), foi, sem dúvida, nesses corpos *importantes* e *perigosos*, e através deles, que a medicina explicitou-se como construção de vida coletiva, e o valor de uma igualdade apolítica, exterior e anterior às relações humanas cotidianas – base da medicalização – explicitaram-se como ética social. Que os corpos femininos relatem, então, essa dupla história: do desqualificado, do dominado, ou da sujeição; mas igualmente da invenção do indivíduo-sujeito, da criação do poder e do poder-fazer sobre o próprio corpo, para que se evidencie, afinal, qual sujeito é este que se formou.

Lilia Blima Schraiber

Médica, doutora e livre-docente em Medicina Preventiva
e professora associada do Departamento
de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina/
Universidade de São Paulo

Apresentação

Este livro trata da medicalização do corpo feminino, ou seja, de como este corpo, através da história, é construído como objeto da medicina. Embora seja um resgate da história, esta análise não trata apenas do passado. Tenta identificar as origens das idéias e seus significados. Alguns destes, são com certeza ainda atuais e presentes no nosso dia-a-dia. Por ser extremamente incisivo e representar a verdade sobre os corpos, o discurso médico se apodera de determinados temas e os reduz à sua condição biológica. É o caso do ginecologista, por exemplo, que se transforma em um 'especialista em mulher'. Entender o significado do discurso médico é importante, para médicos e mulheres, e não foi por acaso que este livro nasceu em uma época na qual o movimento de mulheres no Brasil discutia principalmente o Programa de Saúde da Mulher. Este livro é baseado na primeira parte de dissertação de mestrado que defendi no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

Ao abordar a medicalização, o primeiro capítulo introduz algumas questões que delineiam não só o contexto e a época, mas também a lógica sob a qual esta ocorre. Para tornar-se objeto da medicina, será necessário primeiro tornar-se objeto da ciência; o processo de naturalização do corpo feminino, transformado em biologia, será explorado e esmiuçado no capítulo subsequente. Entretanto, será por meio do entendimento da medicalização e da sua expansão na sociedade que iremos verificar como a nova estrutura da medicina, forjada a partir do século XVIII, irá possibilitar o projeto de higienização da sociedade e o papel que os médicos irão desempenhar no projeto disciplinador dos corpos. O processo de naturalização do corpo feminino, que se promoverá, articulando condição orgânica e de gênero, será necessário para conformar este objeto, assim como a criação de uma nova disciplina médica: a obstetrícia.

No segundo capítulo, versamos sobre alguns dos vários aspectos da questão de gênero, visto pela medicina brasileira do século XIX e do início do século XX, valendo-se de seu discurso mais formal, aqueles das "Theses Inaugurais", as quais tivemos acesso na Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universi-

dade de São Paulo, que possui vários exemplares das originais provenientes das duas faculdades de Medicina da época, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a da Bahia. Discutimos, ainda, o contexto no qual esses discursos foram produzidos: a escola médica. Identificamos aí idéias que, ao disciplinarem os corpos, na proposta da formação de determinado tipo de indivíduo, física e moralmente adequado para a época, naturalizaram a condição feminina. Começamos, então, pela questão: existe mesmo uma 'natureza feminina', e qual o sentido dela? A idéia de natureza feminina é utilizada para discutir os três aspectos que foram selecionados entre os temas das teses inaugurais: a educação de mulheres, a sexualidade feminina e a menstruação. Apresentamos, então, essas questões sob a ótica da construção de um conhecimento que vai disciplinar o corpo feminino e criar os padrões de normalidade científica e, portanto, o discurso legítimo sobre a identidade feminina.

No último capítulo, analisamos como o desenvolvimento tecnológico foi fundamental para a construção da história da obstetrícia e como se dá sua criação como disciplina médica. Relatamos a apropriação do parto pelos médicos no início da assistência ao parto no Brasil e às dificuldades encontradas pelas escolas médicas em transformar a assistência ao parto em ato médico. Discutimos também a exclusão das mulheres da prática tradicional de assistir aos partos, e os obstáculos técnicos que foram superados na criação da obstetrícia. Além disso, abordamos os conflitos da institucionalização do parto nos hospitais, a resistência das mulheres em enfrentar os olhares masculinos e a misoginia da medicina.

Ainda neste capítulo, examinamos como se expandiu a assistência médica à mulher e nos serviços de saúde, a concretização da medicalização, no contexto do desenvolvimento de uma medicina pública e uma atenção ao cuidado individual dos corpos no caso do Brasil. Acrescentamos, ainda, a questão da medicalização da contracepção, problema que foi estudado, posteriormente, em meu doutorado. A partir da década de 60, o corpo feminino, que até então era visto pela medicina como essencialmente maternal, passa também a ser concebido por meio da negação do seu papel procriador, através dos programas de contracepção e planejamento familiar.

Acreditamos ser bastante atual e pertinente discutir o tema da medicalização e sua importância na construção do conceito de gênero. Tal discussão, certamente, poderá oferecer subsídios valiosos para o entendimento da identidade feminina e para o debate sobre a saúde da mulher.

Não teria escrito e pensado em publicar este trabalho se não tivesse tido o apoio de muitas pessoas que foram de fundamental importância. Difícil expressar a gratidão à Professora Lilia Blima Schraiber, que me incentivou e ajudou a entender várias questões. Meus sinceros agradecimentos à Professora Maria Lúcia Mott, que facilitou o acesso à história e aos documentos, ajudando-me em momentos difíceis para compreendê-la; ao Instituto da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, que aceitou a pesquisa como parte do meu trabalho de médica sanitária e financiou o trabalho empírico, e, em particular, ao seu ex-diretor Professor José da Rocha Carneiro, que sempre me estimulou, e à minha diretora da época, Dra. Marina Réa, que aceitou minhas excentricidades de pesquisar o século XIX.

Agradeço também a Tina Amado, que me sugeriu uma pesquisa histórica; à minha orientadora, Professora Amélia Cohn, assim como ao Professor Guillon de Albuquerque, cujo curso sobre Foucault, nas Ciências Sociais da USP, tive a oportunidade de frequentar. Agradeço ainda a Capes por ter recebido bolsa durante o curso do mestrado e, em especial, à Professora Maria Cecília F. Donnangelo (*in memoriam*), de quem fui aluna do último curso de pós-graduação, e cuja presença fugaz na minha vida marcou definitivamente o meu futuro.

1

A Medicina e o Feminino

A tese da medicalização da sociedade ocidental tem sido discutida desde a década de 70. Illich (1975) foi provavelmente o mais famoso e contundente dos autores que a discutiu. Para Miles (1991), medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais.

Para abordar a questão do corpo feminino como objeto da medicina, temos de resgatar a sua dimensão social, ou seja, a articulação que se estabelece entre condição orgânica (biológica) e condição social de gênero. Entende-se por gênero a construção social dos sujeitos como femininos ou masculinos, sendo, portanto, histórica. A medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, baseada principalmente em sua biologia, e através dela a sua condição feminina será naturalizada. O processo de naturalização desse corpo como objeto da medicina será introduzido neste capítulo.

A medicina, como conjunto de conhecimentos, técnicas e práticas, tal como a conhecemos hoje, sofre sua configuração como intervenção cientificamente fundamentada a partir do final do século XVIII. Até então, era grande a diversidade de práticas na ‘arte de curar’, desenvolvidas nas diferentes organizações sociais que ao longo da história se estabeleceram na civilização ocidental.

Segundo Foucault (1980a), a medicina contemporânea fixa para si própria como data de nascimento o final do século XVIII devido às mudanças na estrutura do saber médico. Essa nova estrutura consiste, principalmente, em uma nova maneira de olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, bem como sobre a doença e a saúde. O que muda fundamentalmente é a relação que se estabelece entre o visível e o invisível. A construção desse outro olhar

se contextualiza na inauguração de uma racionalidade científica, específica, que rompe com a concepção de natureza da visão renascentista. Ao longo desse processo, a natureza passa a ser concebida como sinônimo de matéria de ordem natural, passível de exploração pelo conhecimento científico. De acordo com Luz (1982a), é a partir dessa ruptura e da construção de uma nova ótica que a racionalidade científica moderna vai conceber idéias sobre o corpo, a saúde e a doença como objeto da medicina. Para Novaes (1989), o nascimento da clínica significa, sobretudo, a descontinuidade no modo de apreender o objeto da medicina e a construção de um método de objetivação que marca definitivamente a medicina como saber científico. A partir daí, o conhecimento na medicina se modela como ciência experimental, ou seja, propõe-se a deduzir racionalmente leis universais da ocorrência de fenômenos, através da observação neutra, da qual se excluiria qualquer juízo de valor ou de subjetividade (Knibiehler & Fouquet, 1983).

O século XIX assiste à consolidação de um novo tipo de existência da prática médica: a medicina como saber científico, que surge no contexto historicamente determinado da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos. Os diferentes estágios desse projeto aperfeiçoarão o papel político da prática médica.

Machado et al. (1978) analisaram a transformação histórica dessa prática mostrando que no início do século XIX a medicina, através da higiene pública, procurou estabelecer e justificar sua presença na sociedade. Neste sentido, estes autores afirmam que não houve continuidade com a evolução histórica da medicina, mesmo que este projeto tenha, incessantemente retomado e deformado, preservado suas características mais importantes. Para a medicina, este período significou um novo tipo de existência, como saber e como prática social, que se diferenciou e se contrapôs ao seu passado.

Deve-se, portanto, entender a medicina vinculando o seu aspecto de saber científico ao de prática social que se constrói, a partir do significado que este saber vai adquirindo por meio das representações sociais que vão sendo (re) elaboradas sobre ele.

Donnangelo (1979), ao tratar da medicalização da sociedade, refere-se a dois sentidos para a questão da extensão da prática médica, os quais terão reflexo diretamente sobre a medicalização do corpo feminino em particular, muito embora o estudo dessa autora trate do processo de medicalização em

geral. O primeiro sentido refere-se à extensão do campo da normatividade da medicina, no que diz respeito às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la. Ou seja, inicia-se ainda no século XVIII a redefinição da prática médica na emergência do capitalismo, o que ampliou a necessidade desta, que passa a tomar como campo da sua jurisdição, entre várias questões, a regulação dos nascimentos e a demografia, a partir da qual o corpo feminino vai estar incluído, seja através da higiene, seja com o aparecimento da obstetrícia e da ginecologia. Estas irão compor uma especialidade para a prática clínica, que se propõe a atuar especificamente sobre o sofrimento feminino e que irá se consolidar no final do século XIX.

O segundo sentido tratado por Donnangelo (1979) compreende medicalização também como ampliação quantitativa dos serviços médicos e incorporação cada vez maior das populações ao cuidado médico individual. Ao tratar especificamente das raízes da medicalização na sociedade capitalista, a autora afirma que, na maior parte das sociedades capitalistas, desenvolveram-se os esquemas de seguro social, como mecanismos institucionalizados pelo Estado, estendendo, assim, o cuidado médico sob a forma de consumo individual. Constituindo-se este um momento adiantado de um processo cujas origens são mais remotas e revelam as especificidades do papel da medicina na estrutura social capitalista.

Será baseado nesses aspectos que iremos utilizar o termo 'medicalização', tentando recompor algumas características do processo que transformou o corpo feminino em objeto de saber e de prática.

A medicalização do corpo feminino está profundamente articulada à emergência da nova visão da prática médica que se consolida no século XIX. O significado dessa nova visão traz uma questão fundamental para o entendimento deste, já que existe um caráter específico na concepção de sua natureza, que está relacionada à questão da reprodução focalizada na mulher e na necessidade da sociedade de controlar suas populações.

A medicina, a partir de então, irá se caracterizar por uma penetração cada vez maior na sociedade, como objeto de reflexão e prática e como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado (Machado et al., 1978). Segundo Foucault (1980b), ao final século XVII surgem na sociedade ocidental os dispositivos que tratarão a sexualidade e a reprodução de uma forma política na emergência da sociedade capitalista e dos Estados nacio-

nais. O controle social desempenhado pela higiene durante a urbanização constituiu-se em um marco dessa penetração. Os dispositivos higiênicos estenderam-se dos espaços comuns e públicos à interioridade dos lares, no projeto maior de higienização da família e de seus membros, particularmente das mulheres e das crianças (Costa, 1979).

Segundo Machado et al. (1978), a transformação do objeto da medicina significa fundamentalmente um deslocamento do foco na doença para a saúde, nascendo assim o controle das virtualidades, a periculosidade e a prevenção. A doença passa a ser vista como causa de desorganização e de mau funcionamento social. O fundamento positivista que relaciona determinações biológicas a determinações sociais está em vigor no século XIX, e a biologia passa a ser considerada portadora de leis que deverão reger a sociedade. Legrand du Salle, em seu tratado de medicina legal, afirma que as ciências médicas são, sobretudo, ciências sociais:

As ciências médicas objetivam resolver os problemas que tocam a própria vida da sociedade, e é através das leis determinadas por elas que toda sociedade deve erigir sua segurança e seus melhoramentos, numa palavra, as regras de sua vida e de seu desenvolvimento. (apud Knibiehler & Fouquet, 1983: 206)

O médico passa, então, a ter um papel social mais amplo. Para Machado et al. (1978), ele se torna um cientista social integrando outras disciplinas – tais como a estatística, geografia, demografia, topografia, história – à sua lógica e configura-se como um planejador urbano.

Além disso, nesse seu novo papel, o médico também se transforma em educador e guardião da moral e dos costumes, à medida que o projeto de higienização se amplia e passa do espaço público das cidades à interioridade dos lares. No Brasil, no final do século XIX, a constituição de uma medicina social marca um período de ampliação dos objetivos do processo de medicalização da sociedade, principalmente na perspectiva de transformação não apenas dos grupos urbanos e dos espaços públicos, mas também dos indivíduos.

Nesse contexto, o controle social se estende à sexualidade e à reprodução – duas questões que no processo de medicalização serão frequentemente confundidas. Uma dessas confusões, por exemplo, está no fato de que, sendo essas questões tanto masculinas quanto femininas, a medicalização termina por transformar principalmente o corpo feminino em objeto de saber

médico, no que se refere à sexualidade e à reprodução. Isso exige que a introdução da prática médica na esfera dos nascimentos seja estabelecida e legitimada. Vale dizer que a questão demográfica vai se transformar, assim, em problema de natureza ginecológica e obstétrica.

Autores que analisaram o discurso médico sobre a mulher apontam para a higiene, a psiquiatria e a medicina legal como áreas nas quais este mais se desenvolve como discurso disciplinador (Costa, 1979; Nunes, 1982; Vainfas, 1985). Entretanto, não fazem referência à articulação do discurso médico com o desenvolvimento da prática de cuidados com o corpo feminino, como área do conhecimento que se consolida no século XIX. Essa articulação não pode ser ignorada, porque o desenvolvimento da tecnologia de intervenção nesse corpo significa exercer apropriação médica dele como objeto de saber. Isto porque a prática médica é, sobretudo, uma prática intervencionista, e mais que um discurso disciplinador sobre os corpos, teremos nessa área, ao estender sua jurisdição, a efetivação da apropriação.

Embora date do início do século XVI a aproximação dos médicos ao parto, será durante os séculos XVIII e XIX que a prática dos cuidados com o corpo feminino, considerada como competência exclusiva dos médicos, irá desenvolver-se, organizar-se, enfim, legitimar-se. A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia. Esta dará origem a outras disciplinas médicas que pretendem cuidar do corpo feminino, tal como a ginecologia e outras relativas à reprodução humana, como a embriologia, a genética, a contracepção. Será também a partir da obstetrícia que se irá promover a expansão da assistência médica à gravidez e ao parto, através de serviços e programas específicos.

O controle sobre o corpo feminino relaciona-se ao aprimoramento de uma tecnologia que permitiu a resolução de problemas cruciais para a sobrevivência das mulheres e crianças, emergindo num momento em que a manutenção da vitalidade e da saúde é fundamental para a reprodução social. Segundo Badinter (1985), do final do século XVIII até 1914, o problema da sobrevivência das crianças esteve na ordem do dia. Para esta autora houve uma valorização do ser humano transformando-o em provisão preciosa para o Estado.

contato ...

De fato, a história da medicalização do corpo da mulher na Europa Ocidental nos últimos séculos aponta para grandes mudanças no que se refere aos riscos relativos ao parto e à conseqüente diminuição da mortalidade, atrelada ao desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e dos efeitos da medicalização, tal como mostra Shorter (1982).

Ao analisar a natureza política da medicina na sociedade capitalista, Foucault (1982) a apresenta como estratégia de um controle social que começa no corpo, com o corpo. Para ele, a medicina é uma estratégia biopolítica, pois foi no somático, no corporal, no biológico que a sociedade capitalista investiu.

Knibiehler & Fouquet (1983) resgatam a história da medicalização do corpo feminino na França nos séculos XVIII e XIX, apontando seu atrelamento aos interesses demográficos daquela sociedade. Ao estudar as estratégias sociais em relação à questão da sexualidade a partir do século XVII, Foucault (1980b:37) questionou:

Toda essa atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade, há dois ou três séculos, não estaria ordenada em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir as formas das relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade útil e politicamente conservadora?

É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar idéias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e conseqüente intervenção nesse corpo como estratégia social.

Obedecendo à lógica dessa racionalidade, as concepções que norteiam a medicalização do corpo feminino o tomam exclusivamente como entidade biológica, reduzindo-o ao seu aspecto orgânico (Gilberti, 1980; Bonder, 1984), a partir do qual será qualificado através de referenciais médicos.

Ehrenreich & English (1973) assinalam que o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em doenças representa uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista na nossa cultura. A 'doencificação' desse

corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico.

Turner (1987) argumenta que é impossível desenvolver uma análise social da medicina sem elaborar uma sociologia do corpo. Em relação à reprodução humana, isso implica desenvolver tanto uma análise das dinâmicas das populações, como da dinâmica do corpo singular e individual. Para as sociedades humanas, coloca-se o problema da reprodução da população e sua regulação no espaço e tempo, mas também frente à questão dos corpos individuais e suas representações. Na medida em que trabalha e focaliza sua intervenção no corpo feminino, a medicina cria modelos científicos para a sexualidade e a reprodução de tal forma que as ansiedades sociais em relação a essas questões possam ser expressas.

De fato, ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. Nas diferentes sociedades, esse corpo tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas.

O estudo da fisiologia será o instrumento que desvendará, a partir do século XIX, os 'mistérios' que até então envolviam esse corpo. O avanço do conhecimento médico colaborou para desmistificar as idéias sobre o corpo feminino que estavam até então relacionadas ao sobrenatural. O medo do corpo feminino presente nas diferentes sociedades da Europa Ocidental se expressa na origem dos tabus relacionados à menstruação, que ainda hoje persistem na cultura popular.

Remontam à Grécia antiga as qualidades bizarras que o útero possuiria, como a capacidade de perambular pelo corpo, provocando ataques. Durante muitos séculos, o útero foi concebido como uma criatura animada alocada no corpo feminino, que deveria ser alimentada e apaziguada. Na Idade Média, rezas especiais eram evocadas pelas mulheres para mantê-lo quieto. A relação entre a função reprodutiva e idéias religiosas concebia esse órgão com capacidade de manifestações sobrenaturais (Shorter, 1982).

Como dispositivo social, a medicina inicia, no século XVIII, a construção de um saber que irá, inicialmente, desenvolver a ordenação da saúde das populações e, posteriormente, a dos indivíduos no processo de medicalização. Para o caso do corpo feminino, a apropriação deste como objeto de saber e de prá-

tica permitirá que os modelos médicos para a mulher apresentem características definidas de acordo com as expectativas da sociedade. O século XIX é um período extremamente rico para o discurso médico sobre o corpo feminino, particularmente a sua segunda metade. O interesse científico em desvendar, investigar, entender esse corpo é componente fundamental para consolidar sua medicalização.

O modelo médico em relação ao corpo feminino que se estabelece então, concordante com as normas sociais vigentes, implica que as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente ligadas em matrimônio com finalidade reprodutiva. Relações sexuais extraconjugais eram associadas a distúrbios, assim como a masturbação e a prostituição, que, sobretudo, significavam doenças (Turner, 1987).

A histeria é um exemplo clássico dessa visão da medicina. Até meados do século XIX, a conversão histérica era tratada através da histerectomia.¹ Isso significa uma prática discursiva que se respalda no apoio técnico indispensável para a intervenção. Esse é o sentido que assume a medicalização na segunda metade do século XIX.

Por outro lado, as concepções sobre o corpo feminino relativas às raízes de sua medicalização, embora tenham se transformado, em outro sentido permanecem inalteradas, ou seja, arraigadas às suas origens. Tal é o caso da redução da condição de sexo à condição orgânica, entendendo-se esta, em última instância, como condição 'natural', essência própria e intrínseca do corpo das mulheres, o que transforma a dimensão social do corpo em elemento naturalizado.

Embutidas na transformação do corpo feminino em objeto de prática médica, essas questões são fundamentais para analisar como a medicalização se manifesta hoje. Relacionam-se às promessas criadas para a resolução de todos os problemas femininos, assim como às necessidades imperiosas de modelos médicos. Iniciaremos, portanto, o próximo capítulo pelo resgate de algumas idéias médicas presentes nas raízes do processo de medicalização do corpo feminino.

NOTAS

¹ Charcot foi o primeiro a afirmar que a histeria poderia acometer o sexo masculino.

2

Século XIX: as escolas médicas debatem a condição feminina

A importância do discurso médico na formação da sociedade brasileira no século XIX foi estudada privilegiando-se as áreas da higiene, medicina legal e psiquiatria como produtoras de discursos médicos normalizadores (Costa, 1979; Nunes, 1982; Vainfas, 1985). Já o desenvolvimento da prática obstétrica como disciplina médica permitiu o deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino das mãos de parteiras para as mãos dos médicos, o que vai caracterizar sua medicalização. O desenvolvimento da obstetrícia significa, sobretudo, o desenvolvimento técnico de uma prática intervencionista, além de discursiva. Analisaremos neste capítulo as idéias sobre o corpo feminino presentes nas instituições médicas para retomar as idéias de naturalização que serviram de base e participaram do processo de medicalização.

O decorrer do século XIX assiste ao processo de consolidação da profissão médica como profissão liberal e à valorização do médico na sociedade relacionada ao monopólio legal do saber e da prática. Segundo Machado et al. (1978), para cumprir a função política de normalizar o desvio, a medicina teve de instituir a figura normalizada do médico, por meio da criação de faculdades, e produzir a personagem desviante do charlatão para a qual se vai exigir a repressão do Estado. Outros autores afirmam que a segunda metade do século XIX foi o período de formação da profissão médica tal como a conhecemos hoje (Enrenreich & English, 1973).

Para o Brasil, o século XIX foi cenário de grandes mudanças políticas e sociais, principalmente a partir da metade do século, quando algumas instituições do período colonial entram em crise e vive-se um processo de transição para a construção de uma ordem burguesa na sociedade, marcada pela proclamação da República e pela abolição da escravatura (Vainfas, 1985). O processo

de urbanização, ao aumentar consideravelmente o contingente populacional das cidades, transformou o espectro social dos núcleos urbanos e, conseqüentemente, a necessidade de organização dos espaços e do seu saneamento. A urbanização produzia famílias nucleares, com poucos filhos, já que os índices de mortalidade infantil eram bastante elevados. As situações de celibato e concubinato produziam muitos filhos ilegítimos (Samara, 1983). A abolição da escravidão e a migração trouxeram para as cidades um contingente de mão-de-obra livre que, ao não ser absorvido, criou a categoria dos “desclassificados” sociais (Vainfas, 1985).

O papel do médico passa a ser redefinido em função desse novo contexto social e o discurso médico irá propor o controle da periculosidade sanitária das cidades, saneamento dos espaços públicos e ordenação da vida familiar (Costa, 1979).

A ESCOLA MÉDICA

A transformação da Colônia assinala a criação do ensino médico no país. Até 1808 não havia cursos médicos regulares no Brasil, embora os médicos e cirurgiões formados na Europa promovessem aqui cursos isolados (Santos Filho, 1977).

A regulamentação da profissão na administração colonial era exercida pelo cirurgião ou físico-mor, responsável pelos exames que autorizavam a prática da arte médica. Para Santos Filho (1976), a criação das escolas médicas não alterou a essência da prática médica desenvolvida no país até então, já que a medicina continuou por todo o século XIX vinculada ao conhecimento oriundo das escolas européias, principalmente a francesa. O ensino médico caracterizava-se por ser eminentemente teórico, aprendido nos compêndios importados.

Segundo Magalhães (1932), os cursos criados no Rio de Janeiro e na Bahia foram inicialmente cursos cirúrgicos, visto que faltavam condições propícias para a criação de uma escola médica. Esses cursos tinham como objetivo principal instruir cirurgiões sobre anatomia, fisiologia e medicina prática e formar alunos que se dedicassem à cirurgia militar e náutica. Inicialmente, funcionaram, tanto no Rio quanto na Bahia, no Hospital Militar. Posteriormente

essas escolas foram transformadas em academias, ampliando os objetivos do curso médico e passando também a ensinar clínica médica (Santos Filho, 1976).

A partir de 1828, as academias são retiradas da jurisdição do cirurgião-mor do Império, ganhando autonomia para outorgarem as cartas de permissão da prática da profissão após os cinco anos de curso. Em 1832, uma comissão de membros da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, fundada em 1828, elabora um projeto de reforma do ensino médico, transformando as academias médico-cirúrgicas em faculdades de medicina. O curso médico já estava de tal forma consolidado, que a sua fundação passa despercebida pela própria Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Magalhães, 1932).

As escolas médicas têm um papel fundamental na formação das idéias médicas. Em relação ao corpo feminino e o processo de medicalização no Brasil, as escolas propõem a hospitalização do parto em benefício do ensino médico e da apropriação e desenvolvimento da prática obstétrica. Serão as escolas médicas também que irão trazer da Europa a discussão sobre o corpo feminino como objeto médico. Almeida (1985) refere-se a esse fato afirmando que as idéias sobre a mulher importadas da Europa no século XIX configuram uma imagem calcada nos animais e nos selvagens, voltada para a maternidade, ponto crucial de sobrevivência das crianças.

Segundo Nunes (1982), dois momentos são importantes na organização da medicina do século XIX. O primeiro, que vai até a década de 1870, aponta para o surgimento da higiene pública nos discursos médicos e no estabelecimento de instituições, que se propõem a controlar as questões de salubridade na formação das cidades, a controlar e prevenir doenças, assim como a mortalidade. A partir de 1850, cria-se a Junta de Higiene Pública no Rio de Janeiro e as questões de salubridade são retiradas da Câmara, aumentando o poder das instituições médicas. Segundo esta autora, o discurso médico de caráter higienista, com objetivos sanitários na organização dos espaços urbanos e controle da população, vai delegar à mulher um novo estatuto dentro da família. A mulher que, na época colonial, estava submetida totalmente ao poder do marido, ao lado dos filhos e escravos, passa a ser valorizada como esposa e mãe, ganhando maior autoridade e responsabilidade pelo espaço doméstico, o que relativiza o poder do marido no núcleo familiar. Essa mudança visa basicamente a colocar a assistência aos filhos como atribuição materna, já que preservar a infância era uma das estratégias para o controle da mortalidade. O discurso

médico com sua racionalidade produz argumentos que devem provar que a mãe é a pessoa mais adequada para cuidar das crianças. Nascida para o casamento e para a vida doméstica, o valor da mulher está na sua condição maternal.

O segundo momento compreende o período de 1870 a 1910 e é indicado por Nunes (1982) como a época em que a medicalização amplia seus objetivos com o objetivo de transformar os indivíduos na sociedade. Essa mudança no discurso médico corresponde à necessidade de preservação do poder do Estado, em face dos riscos de uma organização não eficaz do meio somada ao crescimento econômico e populacional desordenado. O discurso médico propõe a formação de um determinado tipo de indivíduo para o aprimoramento da população e melhoria da raça. Passa a existir, juntamente com a perspectiva da higiene pública, a preocupação em produzir indivíduos física e moralmente adequados a um determinado projeto social (Machado et al., 1978).

Como é necessário assegurar que a mulher não relaxe ou abandone suas funções tradicionais, criam-se para isso estatutos de anomalias potenciais em relação ao sexo feminino. Nesse processo, o poder do médico aumenta à medida que sua opinião torna-se soberana para os casos controvertidos. Mott (1988) cita o exemplo do aborto terapêutico que até 1870 era uma decisão médica que necessitava da autorização da mulher, mas que muitas vezes era também tomada junto aos familiares. A partir de 1880, a decisão médica passa a ser soberana.

A mudança qualitativa no discurso, que passa então a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, traz a necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre seu próprio corpo. A 'natureza feminina' vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia. Apesar de deter o importante papel de transmissora da moral, a mulher é um ser tutelado, de maneira que o modelo idealizado de mãe e esposa não possa ser negado sob o risco de transformá-la em doente. A doença passa a ter um significado de degeneração moral, e a idéia de mulher relaciona-se à idéia de periculosidade. As teorias naturalistas e evolucionistas vão se esforçar para demonstrar esses princípios. Knibiehler & Fouquet (1983) citam argumentos evolucionistas nos quais o discurso médico se apóia para justificar a condição 'natural' de inferioridade da mulher:

A embriologia da época estabelece que o embrião humano passava por todos os estágios sucessivos de evolução das espécies animais, quer dizer, o embrião primeiro é fêmea, depois transforma-se em macho, portanto macho é a última etapa da evolução, estado superior, enquanto o embrião que permanece fêmea, conhece uma parada de desenvolvimento. (Knibiehler & Fouquet, 1983: 212)

É com base na ‘natureza feminina’, portanto, que se constrói o discurso médico-social, assim como se tenta entender a fisiologia desse corpo, realizando-se intervenções médicas que ampliarão o processo de medicalização do corpo feminino. As idéias da higiene social que evoluem a partir do final do século XIX irão se conformar em preocupações eugênicas nas primeiras décadas do século XX. É o que confirma Rossi (1926), ao se referir a Pinard, obstetra francês com intensa participação na medicalização do parto na França. Ao defender a puericultura intra-útero, o pré-natal, Pinard estaria também em defesa dos ideais da eugenia, que, segundo Rossi, nada mais seria do que o aperfeiçoamento físico e moral da espécie humana. As idéias eugênicas entre os médicos atingem seu apogeu na década de 1920, por ocasião do I Congresso Médico Eugênico.¹ Contudo, é ainda sobre as idéias pré-eugênicas que nos deteremos, examinando-as a seguir, posto ser necessário identificar melhor essa questão de uma ‘natureza’ própria e singular das mulheres.

A NATUREZA FEMININA

Levantara parcialmente o véu que cobria a face da Natureza, mas seus contornos imortais continuavam a ser uma maravilha e um mistério... Eu olhara as fortificações e os obstáculos que pareciam impedir a entrada dos seres humanos na cidadela da natureza...

Frankenstein (Mary Shelley, 1817)

A idéia de ‘natureza feminina’ baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorrem idéias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão

sexual do trabalho como atributos 'naturais' e 'essenciais' à divisão de gêneros na sociedade. Entretanto, estudos que abordam essa questão de maneira histórica, como faz Badinter (1985), ou antropológica, como faz Mead (apud De Romani, 1982), revelam que as relações de gênero são construções sociais, apresentando-se de maneiras diversas nas diferentes culturas e contextos históricos.

A 'natureza feminina' faz parte do conjunto de concepções através das quais a identidade de gênero e a divisão sexual do trabalho são construídas no interior da sociedade capitalista. Petchesky (1980) fala da mediação entre a biologia e a organização social e cultural, afirmando que a situação reprodutiva das mulheres nunca é somente o resultado da biologia, mas da biologia mediada pela cultura e pela organização da sociedade. Para De Romani (1982), tratar a identidade de gênero de maneira a-histórica e atemporal tem como finalidade reafirmar o fixo, o eterno, o 'natural' dessa condição, estabelecendo, assim, um discurso que desloca a assimetria sexual do plano das relações concretas para o plano da natureza. Segundo a autora, a eficiência dessa ideologia consiste na introjeção do caráter supostamente essencialista, a partir do qual são construídas 'verdades' absolutas, porque naturais, de forma que teoricamente não seria possível ultrapassar a condição 'natural' de sexo.

Segundo Bonder (1984), a crença naturalista estabelece relações de causalidade lógica entre a potencialidade biológica da mulher gerar filhos e o cuidado e criação das crianças como atividade feminina. A mística maternal baseia-se no amor incondicional da mãe e no acesso à maternidade como fatores essenciais para a constituição da feminilidade e identidade da mulher. Desse fator nuclear, a 'natureza maternal' decorreria uma série de atributos de personalidade e de conduta da mulher que lhe seriam 'naturais', negando-se persistentemente as intermediações da cultura no âmbito da maternidade. Para esta autora, é imprescindível diferenciar a capacidade biológica de gerar filhos e as experiências emocionais da maternidade de sua relação com a feminilidade da maternidade como função social, o que se vincula à função e imagem da mulher na cultura.

As concepções que se constroem sobre a 'natureza feminina' impõem para o saber médico esforços consideráveis para desenvolver o conhecimento sobre as especificidades biológicas da condição feminina, como pressuposto do movimento maior de transformação social que ocorreu a partir do século XVIII, mudando a relação da prática médica com o corpo feminino.

Para Luz (1982b), existe uma divisão política de papéis em torno de concepções do que venha a ser homem ou ser mulher. A definição de gênero para a mulher estaria relacionada à formação das Nações, na constituição do Estado moderno. Para a autora, o papel da mulher na construção das Nações passa pelo lar, de forma a assegurar a harmonia celular da sociedade, e pela maternidade, que garantiria sua realização existencial como ser feminino (fêmea) e a realização da existência biológica da sociedade.

Para reconstituir o discurso médico sobre a 'natureza feminina' no século XIX, no período de consolidação da medicalização do corpo feminino, alguns documentos brasileiros da época foram analisados. São, principalmente, as teses de doutoramento, denominadas "theses inaugurales", obrigatórias para a obtenção do título de médico, apresentadas às faculdades de medicina do Rio de Janeiro, a partir de 1834, e da Bahia, a partir de 1938. Segundo Santos Filho (1976), as teses inaugurais eram escritas em latim ou português, impressas às custas do candidato que a defendia em sessão pública perante uma banca examinadora composta por três lentes. As teses repetiam noções importadas da Europa, principalmente da França, sendo a contribuição original notadamente reduzida. Elas também refletiam a falta de recursos para a pesquisa e orientação, tinham caráter exclusivamente teórico. Por serem obrigatórias, vários formandos compravam, de colegas com dificuldades financeiras, o serviço de escrever teses, tal qual comenta Rodrigues (1929: 80): "nos meus tempos de estudante, divaguei o tempo em que repousava dos estudos, a escrever teses por empreitada e a preços módicos".

Esse fato explica uma profusão de títulos iguais e a semelhança entre teses de autores diferentes. Esses documentos refletem o debate no meio médico e com a própria sociedade sobre os temas relacionados ao corpo feminino, já que significa o discurso da medicina institucionalizada. Para Rohden (2000), a importância das teses inaugurais é fundamental no resgate histórico do pensamento médico, pois elas representam o que havia de mais oficial no discurso científico de então, sendo julgadas pela elite médica da época que não poderiam aprovar idéias não legitimadas pela medicina da época.

Magalhães (1922) cita 1.777 trabalhos acadêmicos de obstetrícia produzidos no período de 1832 a 1921 nas faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia. Dentre os trabalhos escolhidos para este estudo, estão aqueles relativos à mulher que incluem a questão da 'natureza feminina', tendo sido sele-

cionados os temas: educação, gravidez, parto, sexualidade e menstruação, já que estes discutem os aspectos biológicos da construção do feminino, como será visto a seguir.

A EDUCAÇÃO DAS MULHERES

Educar mulheres para transformá-las em educadoras fez parte do projeto maior de higienização da sociedade. Os argumentos utilizados demonstram que era necessário provar que as mulheres seriam seres educáveis. A mesma fonte de idéias – o naturalismo, que aproximava as mulheres dos selvagens – era usada para definir o papel social da mulher baseado em sua biologia. Tito Lívio de Castro, em sua obra *A Mulher e a Sociogenia*, escrita em 1887 e publicada postumamente em 1893, utilizando as teses evolucionistas, defende o acesso à educação para as mulheres desenvolverem sua capacidade cerebral: “A mulher pouco precisou do cérebro, pouco serviu-se dele, por isso não se desenvolveu cerebralmente” (p.85).

Para ele, educação e hereditariedade são qualidades humanas relacionadas, ou seja, a educação obtida hoje seria transmitida no futuro: “O que é a educação, será a hereditariedade no futuro, como a hereditariedade de hoje foi algum dia educação” (Castro, 1893: 189).

As idéias de Castro contrapõem-se às de Spencer (1873) que, no artigo ‘A psicologia dos sexos’, argumentava que a energia requerida para o crescimento e desenvolvimento do cérebro humano estava, na mulher, dirigida para o desenvolvimento do sistema reprodutivo, explicando assim a inferioridade das medidas cerebrais femininas (Barroso & Amado, 1988).

A capacidade maternal excluía todas as outras qualidades não maternais. Esse dualismo conflitava com a necessidade social de se formarem mães educadas e educadoras, já que, se superado através do discurso naturalista, poderia criar uma alternativa segundo a qual, sendo seres educáveis, as mulheres poderiam exercer outras funções, e não necessariamente o papel de mães. Utilizando ainda o raciocínio dual, ter-se-ia a escolha entre ser mãe e não ser mãe, sendo esta última a da mulher emancipada. Para João da Matta Machado (1875), na tese inaugural “Educação física, moral e intelectual da mocidade no Rio de Janeiro e sua influência sobre a saúde”, a questão

da emancipação da mulher estava de tal forma viva e incandescente que o autor não poderia se furtar a essa discussão. Afirma ele que a capacidade intelectual da mulher é igual a do homem, “sendo esse um ápice (sic) filosófico que dispensa provas” (p.13).

Seu argumento consistia em defender que nas diferentes espécies animais o grau do instinto não se diferencia por sexo, pois se considera que nos humanos a inteligência é um instinto, não sendo, portanto, diferente para as mulheres. A educação das mulheres é necessária, a mulher precisa ser educada para poder educar os filhos, mas caso sua missão não fosse criar filhos, a mulher poderia se emancipar ao se profissionalizar através da educação, de forma que poderia haver escolha entre ser ou não ser mãe. Nas palavras de Machado (1875: 15), “Permitir-lhe somente o papel de mãe de família é atentar contra os direitos da personalidade humana”.

Assim, a educação das mulheres também lhes permitiria a independência individual. Este confronto sobre a educação das mulheres mostra que, apesar da hegemonia da idéia das mulheres exclusivamente como reprodutoras, havia vozes dissonantes questionando-lhes o destino. Não se pode esquecer que mesmo idéias hegemônicas, no âmbito científico, constroem-se através do debate e das argumentações. É importante frisar que, nessa época, algumas mulheres reivindicavam o acesso ao ensino superior, que seria oficialmente concedido no Brasil com a Reforma Leôncio de Carvalho, em 1879 (Saffioti, 1979). Entretanto, apesar dos ventos liberalizantes do final da década de 1880, o discurso médico-social recrudescera e continuará defendendo a educação das mulheres com o objetivo de formá-la não apenas mãe educadora, mas boa reprodutora. Vinte anos depois da tese de Machado, Marie Renotte, médica francesa, formada nos Estados Unidos, defende uma tese na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, para obter reconhecimento da profissão no Brasil, na qual afirma que o objetivo principal da educação das mulheres seria formar mães educadoras e boas reprodutoras. Seu trabalho, “A influência da educação da mulher sobre a medicina social”, de 1895, critica o sistema educacional da época para mulheres, colocando em questão a qualidade e adequação desta educação. Segundo ela, as mulheres estavam submetidas a um tipo de educação que não lhes dava: “raciocínio lógico, nem noções elementares sobre a natureza”(p.4).

Renotte afirma que a falta de educação das mulheres atrasaria o desenvolvimento nacional. Parafraseando Pestalozzi, ela afirma que “O futuro das

nações repousa sobre a educação das mães” (1895). Propõe o ensino de higiene e fisiologia na educação das mulheres, visando ao desenvolvimento do raciocínio e da saúde corporal. A autora utiliza analogias com o comportamento animal para combater a idéia de fragilidade do sexo feminino, já que em várias outras espécies animais as fêmeas são mais fortes. Para ela, o ensino da educação física para mulheres atuaria na saúde corporal, proporcionando nascimentos saudáveis, em um país onde: “se dá mais importância ao aperfeiçoamento da raça bovina do que à saúde da mulher para reprodução de filhos robustos” (Renotte, 1895: 14).

O desenvolvimento de uma sociedade sadia dependeria do desenvolvimento físico, intelectual e espiritual das mulheres e, por isso, critica tanto a moda das roupas apertadas quanto o comportamento repressivo em relação às mulheres:

correr não convém, gritar é proibido, enfim escrava de suas emoções mais inocentes, a mulher até no seu rir é sujeita a regras. Mas pergunto eu, que influência sanitária, que ação benéfica pode ser uma suposta distração em que o indivíduo é constantemente vigiado, em que o espírito é represado, coibido sem fim, perpetuamente constrangido por essa ou aquela autoridade. (Renotte, 1895: 14)

A via para medicalizar o corpo feminino vai ser a questão da reprodução; daí o discurso médico atribuir particular importância à educação das mulheres. Por trás dessa questão, evidentemente, está a valorização da vida e o significado da preservação de determinados segmentos sociais, sendo que essa valorização obedece às normas sociais vigentes. A higiene social inaugura uma época em que o discurso médico está voltado para a construção de uma sociedade sadia. Esse discurso tem como alvo, no entanto, uma parcela da sociedade, já que o projeto educacional para mulheres visava a uma elite que necessitava preservar-se, evitando as doenças e a mortalidade, principalmente a infantil. Dessa forma, os discursos médicos serão diferentes para as mulheres de condições sociais diferentes, como as escravas e prostitutas, tal como assinala Nunes (1982).

Para justificar intervenções médicas diferenciadas em relação às mulheres, de acordo com sua inserção social, o discurso médico cria conceitos relativos à menor ou maior aproximação da ‘natureza’ dos corpos femininos de diferentes estratos sociais. Ou seja, as mulheres da elite da sociedade

teriam uma 'natureza' menos 'natural', em função de estarem inseridas em uma vida mais 'civilizada'.

José Belizário de Lemos Cordeiro (1876), em sua tese inaugural sobre o uso de anestésicos durante o parto normal, afirma que a urbanização e o progresso, que ele denomina civilização, criam para as mulheres ricas o hábito do luxo, do bem-estar, da cultura da inteligência, aperfeiçoando-lhes a sensibilidade e propiciando maior disposição à dor: "A mulher civilizada, por essas mesmas condições de vida que passa, afastando-se de sua natureza, afasta também a função do parto do seu curso natural" (p.13).

Ao se referir às diferenças entre a mulher da corte e a da província, no ato de parir, declara que, no primeiro caso, o parto é laborioso e excessivamente doloroso; no segundo, o parto é mais rápido e, apesar de doloroso, o choque nervoso encontra um organismo que não se deixa abater.

Ehnreich & English (1973, 1979) analisam o mito da fragilidade física feminina construído pela medicina no século passado. Segundo as autoras, esse mito servia apenas às mulheres de elite, já que as da classe trabalhadora na Inglaterra tinham jornadas de trabalho de até 14 horas diárias. Para elas, esse culto ao "invalidismo feminino"² relaciona-se à expansão da medicina como profissão liberal, a serviço daquela parcela da sociedade que podia pagar os honorários médicos. Dessa forma, o conceito de 'natureza feminina' precisava também explicar necessidades médicas e de saúde de acordo com a condição de classe. Conclui-se, portanto, que havia várias 'naturezas femininas': uma 'natureza geral', de acordo com a condição de sexo, e outras 'naturezas', de acordo com a situação social.

A NATUREZA REPRODUTORA E A FISIOLÓGIA DO DESEJO

O período da profilaxia e da prevenção inaugurado pela higiene inicia uma fase de preocupação extremada com a qualidade da reprodução da espécie humana, traduzida por normas médicas extremamente rígidas. Na tese inaugural de Guilherme Augusto Moura, "Prophylaxia da infecção puerperal", de 1896, observa-se que, entre as medidas higiênicas para prevenir a infecção puerperal, consta a anti-sepsia corporal durante a gravidez, que deveria ser feita através da desinfecção da vulva e da vagina, por meio de lavagens vaginais

diárias. Vital Modesto da Silva Mello (1899), na tese inaugural “Hygiene no puerpério” apresenta, detalhadamente, quais deveriam ser as atividades das puérperas, como por exemplo: “No oitavo dia a puérpera pode ficar recostada comodamente em uma cadeira pelo espaço de meia hora pela manhã e à tarde, mas sem andar pelo quarto” (p.34).

A rigidez das normas médicas traduz a necessidade intensa de ordenar e organizar a medicalização do corpo feminino. No século XIX, é através do discurso médico sobre a sexualidade e a reprodução que se coloca esse corpo como campo subordinado ao controle médico. Embora a regulação da sexualidade baseada em preceitos científicos não tenha se restringido ao corpo feminino foi, no entanto, assaz contundente em relação a este, já que o seu processo de medicalização permitiu que esta regulação fosse exercida através de intervenções médicas radicais, dentre elas a castração ou a mutilação, como mostram os documentos da época. Paulo Araújo Novaes (1925), em sua tese inaugural, “Loucura menstrual”, comenta que, durante um certo tempo, os ingleses preconizavam a extirpação dos ovários ou a gravidez como forma de cura da loucura menstrual. Alexandre Augusto D’Almeida Camillo (1886), na tese “O onanismo na mulher, sua influência sobre o físico e o moral”, cita, entre as medidas de cura do onanismo na mulher, resoluções cirúrgicas como clitorectomia, nevrotomia clitoriana e aderência dos grandes lábios, além de medidas constritivas como a camisola de força (p.48).

Por ter de ser a natureza feminina essencialmente maternal e reprodutiva, a sexualidade feminina só poderia estar relacionada a essas qualificações. Surge então a imagem da mulher ‘degenerada’ e da mãe ‘desnaturada’ por referência aos desvios da norma. As medidas repressivas da sexualidade tornam-se medidas terapêuticas, já que a normalidade instituída é a sexualidade procriadora. Nesse período combate-se o aborto, a esterilização voluntária e a masturbação. Potencialmente capazes de algumas dessas atitudes, as mulheres passam a possuir em sua ‘natureza’ um potencial, de degeneração, de loucura e criminalidade. Esse potencial apresentado como desvio da ‘natureza’ será a doença em si ou trará como conseqüência a doença.

Na tese “O onanismo na mulher e sua influência sobre o físico e o moral” (Camillo, 1886: 4), a masturbação é considerada, para ambos os sexos, “um hábito funesto, um vício detestável que atenta contra a natureza” (p.4).

Pela interpretação das leis da natureza o prazer sexual deveria apenas ser vivido a dois com finalidade de procriação. O argumento utilizado para provar que esse vício atentava contra a natureza estava assentado na aquisição de doenças pelo onanista em consequência de seu ‘vício’, entre elas são citadas a digestão difícil, vômitos, gastrites, enterites, palpitações cardíacas, aneurismas vasculares, gagueira, rouquidão, respiração difícil, tísica e epilepsia. Segundo o autor “Na árvore aérea nota-se, como afecção mais grave, a tísica pulmonar que vem indicar ao onanista que é chegado o momento de pôr termo aos seus depravados excessos e receber suas recompensas” (Camillo, 1886: 39).

A sexualidade feminina exigia maior controle, já que se pensava que a mulher teria uma sexualidade mais fisiológica baseada no fenômeno do cio. Na tese “Da continência como fonte de energia” (Dias, 1913), o autor afirma que, na mulher, a continência sexual é mais difícil fisiologicamente porque com ela se dá o fenômeno do cio, um despertar periódico do instinto da reprodução que surgiria no início da menstruação:

estado nervoso especial, vago, inquieto, indefinível, uma espécie de tristeza sem motivo, necessidade sem objeto determinado invade o ser, o subjuga, o absorve (...). Esta necessidade vaga, esta sensação especial de falta de alguma coisa, esse desconhecido que nos atrai para si, velando-nos a verdade, é o desejo sexual. (Dias, 1913:9)

A necessidade de explicar a fisiologia feminina levou à construção de várias teorias a respeito da reprodução e da sexualidade, muitas baseadas em observações de animais, como é o caso do cio, que, até meados da década de 1920, aparece em trabalhos acadêmicos explicando a ovulação. Se durante o cio houvesse estímulo erótico, os ovários produziram a ovulação. A descoberta da função ovariana trouxe esse órgão para o campo das explicações da sexualidade feminina e, mais do que isso, para a explicação da psicologia feminina. Segundo Ehnrenreich & English (1973: 33), ovário e útero tornaram-se órgãos controladores da economia feminina e da feminilidade, funcionando a psicologia feminina como mera extensão da capacidade reprodutiva: “os ovários dão à mulher todas as suas características do corpo e da mente”.

Com a descoberta da função ovariana, o aforismo *Tota mulier in útero* foi substituído por *Tota mulier in ovário* (Cesar, 1924). Dessa forma, podiam ser explicadas as crenças médicas da época como: “A mulher não é mulher

enquanto não tem filhos” (p.15); ou a menopausa significando para a mulher o fim de sua sexualidade:

N’ esta época os caracteres de sexualidade desaparecem e a força substitui a graça, quer do lado físico, quer do lado moral. Começam a aparecer os atributos próprios do homem (...). A menopausa, pelo que acabamos de dizer, representa na mulher uma das mortes parciais que precedem a morte geral. (Silva, 1891: 133)

Os ovários são tão identificados com a função sexual que Dias (1913) afirma que 70% das mulheres ooforectomizadas não têm desejo sexual. Identificava-se na época uma relação entre desejo sexual, ovulação e menstruação, ou seja, autores falam de reflexos simpáticos entre a mente feminina e a função ovariana:

As fecundações precipitadas, que algumas vezes observa-se logo em seguida ao casamento, correm por conta de uma maturação rápida dos folículos, provocada pela influência das excitações amorosas, sempre observadas nos recém-casados (...). São os folículos que sob influência de excitações, a maior parte das vezes amorosas, amadurecem e rompem-se determinando todo o cortejo sintomático observado por ocasião das épocas catameniais. (Silva, 1891: 97)

O autor prossegue:

Nas moças do campo, o sistema nervoso, que goza de tão importante papel em tudo que se refere à reprodução da espécie, vive sem estímulo do exterior, pela educação e relações sociais. O contrário observa-se nas grandes cidades, em que tudo parece excitar a ovulação. Os sentimentos aí desenvolvem-se mais precocemente. As inclinações e as amizades bem cedo se manifestam. Nos colégios, então, as diferentes espécies de paixões, a rivalidade, o ciúme, a inveja, etc..., aparecem bem cedo, fatos que, parecendo indiferentes, não são aos olhos de um observador atento, que vê a ovulação acompanhar sempre progressivamente o adiantamento moral da mulher. A leitura de romances, a freqüência a bailes, teatros, etc. concorrem para excitar sobremodo a mulher, provocando a função da ovulação. Tudo que excita os desejos sexuais, provoca o funcionalismo do ovário. (Silva, 1891: 126)

Essa ‘natureza feminina’, construída no discurso médico por ter como alvo os segmentos diferenciados da sociedade, define-se principalmente pelos modos de vida desses segmentos. De forma que a sexualidade feminina,

procriadora por excelência, tinha uma 'essência' fisiológica relacionada aos seus sentimentos, ao seu comportamento e atitudes, o que explicaria a natureza diferente entre os sexos:

Um homem pode satisfazer seu apetite com uma prostituta sem deixar de ser um esposo dedicado e amoroso. O mesmo não se dá com a mulher, não há o dualismo sexual, e quando seu apetite se manifesta para um outro homem, já antes houve a manifestação do amor. (Cesar, 1924: 54)

A particularidade principal da sexualidade feminina, na visão dessa época, é a sua potencialidade patológica relacionada aos desvios das normas que restringiam o papel da mulher ao papel de reprodutora. O desvio da norma significava doença, doença esta com alto grau de significado moral e social, estreitamente relacionada à criminalidade.

A membrana, símbolo da inocência, a que os teólogos deram o nome de 'clastrum virginal', é ainda um fato de ordem anatômica que oferece terreno a várias considerações. A nós se nos afigura representar ela uma defesa da mulher contra a hipocrisia social. Sendo a sua presença um atestado quase certo da virgindade, nenhuma virgem poder dar-se aos prazeres ilícitos sem que deixe em si mesma a eterna denúncia do seu crime. (Rabello, 1920: 15)

Em relação à homossexualidade o mesmo autor afirma que:

Nos sentimentos sexuais da mulher há uma particularidade em seu instinto que se transforma em um fenômeno patológico ainda não bem definido, verdadeiro contraste para o homem: quero me referir à homossexualidade. Ninguém ignora a existência desse fato no sexo feminino; desde a tenra idade a menina apresenta uma atração amorosa para com seu semelhante. A homossexualidade é rara no homem, e muitíssimo comum na mulher, salvo quando naquele há a inversão sexual, isto é, satisfação do desejo genésico para com o seu semelhante. Geralmente a mulher é mais escrava de seu instinto que o homem. (1920: 56)

Dessa forma, para qualquer desvio do padrão social nesse âmbito tornava-se imprescindível o diagnóstico e a terapêutica. Relações sexuais fora do casamento, masturbação e homossexualidade passam a ser legitimadas pela medicina como relações criminosas.

A MENSTRUÇÃO

*Mulher é bicho esquisito
todo mês sangra.*

Rita Lee

A necessidade de entender a 'natureza feminina' e sua fisiologia fez com que os fenômenos biológicos passassem a ser objeto de investigações e especulações. Intimamente relacionada à psicologia e à sexualidade feminina, a menstruação passa a ser vista pela ótica científica no interior do processo de construção de padrões de normalidade para o corpo feminino. Durante muitos séculos, a relação entre as idéias religiosas e a reprodução humana perpassou as concepções sobre o corpo feminino. Essas idéias, que concebiam os órgãos genitais femininos como algo com manifestações sobrenaturais, transformavam o sangue menstrual em substância temida que, ao emergir do útero, poderia contaminar, envenenar, conspurcar (Shorter, 1982).

Os dizeres do romano Plínio ilustram essa concepção, ao afirmar que a menstruação teria poderes malignos: "pelo seu simples vapor ou contato os vinhos se azedam, os renovos das árvores morrem, os seus frutos secam, as plantas novas crestam-se, a beleza do marfim desaparece, o ferro e o cobre estragam-se, o ar infecciona-se, os cães que o provam danam" (Silva, 1891: 28).

Segundo algumas teses inaugurais, as teorias médicas de origem grega sobre a menstruação permaneceram até o século XVIII, quando foram superadas pelo empirismo (Silva, 1891; Novaes, 1925; Santa Rosa, 1901). Segundo a medicina grega, a menstruação era uma evacuação purificadora e, portanto, favorável à saúde. O *purgativo menstrua* era explicado pela teoria da plethora. Aristóteles e Galeno, assim como todos os médicos até o século XVIII, diziam que a mulher tinha um estado natural de plethora, que a menstruação agia como agente regulador do sangue e que somente na gestação poderia ser suprimida, sem causar inconvenientes (Cesar, 1924). Segundo essa teoria, a mulher economizava sangue durante os nove meses para formar o bebê, e o peso da criança deveria ser igual ao peso do sangue economizado (Silva, 1891).

O primeiro trabalho médico moderno sobre a menstruação foi publicado em Oxford, em 1703, por Freind, com o nome de *Emenologia*. Mas foi somente no século XIX que a teoria da plethora foi combatida, inclusive por Haller, e

novas teorias foram criadas. Como exemplo, a teoria ovular da menstruação foi elaborada por Von Pfluger, em 1865, baseada nos estudos de ovulação espontânea, realizados por D' Angers, em 1831 (Silva, 1891). Segundo essa teoria, as excitações amorosas, influenciando os ovários, promoveriam a ovulação que, por sua vez, determinaria a menstruação (Novaes, 1925). O cio ocorreria no período pré-menstrual e haveria influências mútuas por ações simpáticas do útero e do ovário com o cérebro, de forma que as emoções morais teriam grande influência sobre o fluxo catamenial. A menstruação sofreria influência do tipo de vida que a mulher levasse, do seu biotipo e do exercício da vida sexual:

Assim, é fato de observação, que as mulheres voluptuosas, embora franzinas são abundantemente regradas. A cópula fornece a perfeita regularidade menstrual e influi, como veremos adiante, sobre o modo de produção das regras. Se for imoderada pode até causar hemorragias violentas. (Silva, 1891: 47)

As freiras são menos abundantemente regradas e têm irregularidades menstruais. (1891: 129)

Por sua vez, a menarca indicaria simultaneamente o início da vida reprodutiva e o da vida sexual, já que estes eram conceitos equivalentes: “Como a menstruação representa a função sexual da mulher, sua vida começa com a primeira e termina com a última menstruação” (Cesar, 1924: 83).

A relação entre o cérebro e os ovários explicaria os desequilíbrios e as desordens mentais nas mulheres:

Guibot diz que a mulher menstruada não é senhora de si mesma, que às vezes as coisas mais insignificantes podem provocar as impressões mais sérias e desordenadas. Em sua opinião a mulher menstruada não é equilibrada. Atendendo ao estado psíquico da mulher nestas condições, Icard, Berthier e Lawson Tait dizem mesmo que a mulher deve ficar arredada dos negócios públicos. (Silva, 1891: 67)

Devido ao quadro clínico que as mulheres apresentam durante o período menstrual, vários fisiologistas da época afirmavam que a menstruação não é um estado fisiológico, mas uma moléstia fisiológica. Esse quadro clínico incluía:

perda ou recrudescência do apetite, fetidez de hálito, perturbações digestivas, diarréia ou constipação de ventre, fisionomia alterada, seios

modificados. Fácies menstrual caracterizada por palidez da face e círculos azulados nas pálpebras. Fraqueza e aumento de temperatura que Bordeau chamava de febre hemorrágica. As cólicas menstruais podem ser confundidas com cólicas nefréticas, pela sede e intensidade da dor. Alterações de humor: irritabilidade, impertinência, irascibilidade ou seus opostos, imaginação exaltada, crise psíquica. (Silva, 1891: 63)

Baseadas na lógica da moléstia fisiológica, várias teorias clínicas foram desenvolvidas, tomando por referência a menstruação, principalmente na área psiquiátrica. Duas teses inaugurais são exemplos dos desdobramentos desse raciocínio. Em “Das desordens menstruais nas psicoses e nevroses”, de 1901, o Dr. Josephino Satyro Santa Rosa argumenta que, embora as psicoses e nevroses tenham sua gênese relacionada à hereditariedade, está demonstrado que as desordens do aparelho genital, em particular da menstruação, têm ação manifesta no estado psíquico da mulher, sendo o contrário também verdadeiro e evidente, ou seja, que as desordens psíquicas agem sobre a função menstrual. As psicoses e nevroses são infinitas em sua forma de expressão, podendo figurar em uma escala que inicia com uma simples dor de cabeça e termina com a alienação mental.

Essa teoria colocava em risco de loucura todas as que menstruavam ou que sofriam alguma alteração menstrual. Vinte e quatro anos depois, quando a teoria ovular da menstruação já havia sido substituída pela teoria endócrina, o Dr. Paulo Araújo Novaes, em sua tese, “Loucura menstrual”, apesar de admitir que a causa da loucura não era a menstruação, e sim um fator constitucional latente, ainda defende que a menstruação traz um estado de menor resistência, oferecendo campo propício aos diferentes estados patológicos, entre os quais as psicopatias.

Evidencia-se, assim, que as idéias médicas sobre a ‘natureza feminina’ aqui estudada através dos temas educação das mulheres, natureza reprodutora, sexualidade e menstruação, se, por um lado, exaltavam a maternidade, por outro, criaram referências patológicas para a negação do modelo maternal, que, ao passar a ser um modelo médico, relaciona loucura e doença como atribuições ‘naturais’ da condição feminina. Dessa forma, em termos de identidade feminina, o caminho da normalidade ficou restrito e circundado de patologias.

NOTAS

- ¹ Em 1924, foi realizado em Milão o I Congresso Médico Eugênico que propõe o estabelecimento da disciplina da eugenia em todas as faculdades de medicina e estabelecimentos de ensino superior.
- ² As autoras relatam o caso da poeta inglesa, Elizabeth Browning que, aos 21 anos, traumatizada pela morte do irmão, ficou inválida, acamada, por seis anos (Ehrenreich & English, 1973).

3

O Desenvolvimento da Tecnologia

A produção de idéias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma teórica e isolada da tomada desse corpo como objeto da prática dos médicos: por quase três séculos eles vinham se preparando para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em um evento médico.

A medicalização do corpo feminino se estabelece no século XIX, em meio aos discursos de exaltação da maternidade, que se torna então objeto da medicina. O processo para medicalizar o parto foi longo: começa por volta de trezentos anos antes de sua institucionalização nos hospitais e do estabelecimento desta área do conhecimento como área médica. A partir do século XVIII, existirão condições para a criação da obstetrícia como disciplina médica. Esta, no século XIX, delegará aos médicos o papel de partejar, propondo e efetivando a hospitalização do parto e a criação de maternidades, instituições hospitalares exclusivas para tal fim.

O PARTO TRANSFORMADO EM ATO MÉDICO

Embora na Antigüidade grega clássica já houvesse algum interesse dos médicos nessa área, esse fato foi sepultado durante séculos até o Renascimento (Mello, 1983). Por um longo período, partejar foi tradição exclusiva de mulheres; no século XVI, no entanto, esta tradição começa a sofrer regulamentação, sejam elas governamentais ou da Igreja, submetendo as parteiras das cidades européias a exames prestados junto a comissões municipais ou eclesiásticas. O objetivo fundamental dessa regulação era garantir ao Estado emergente e à Igreja que não seriam realizados abortos e

infanticídios, já que se exigia da parteira, examinada pelas comissões, a profissão da fé católica, saber batizar o recém-nato moribundo assim como moral e reputação ilibadas. Essas regulamentações coincidiam com a perseguição às feiticeiras, entre as quais encontravam-se parteiras (Mello, 1983).

Vários autores afirmam que nesse processo houve a execução de milhares de pessoas na Europa Ocidental, das quais 70% a 90% eram mulheres, principalmente no período de 1563 a 1727 (Turner, 1987). Ehrenreich & English (1976) argumentam que a história da caça às bruxas e a extinção das curandeiras devem ser vistas como parte da história da exclusão das mulheres da 'prática médica', já que na Europa Ocidental havia uma antiga tradição de mulheres sábias – as curandeiras, as parteiras e as herboristas. Para as autoras, a caça às bruxas fez parte de uma estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura de doenças e legitimá-lo como saber médico através das universidades criadas no Renascimento.

Turner (1987), da mesma forma, afirma que, ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e da educação universitária, a medicina transformou-se em uma atividade reservada aos homens, de forma que a situação das parteiras e das curandeiras tornou-se uma ameaça ao monopólio do saber. A caça às bruxas não conseguiu acabar com as curandeiras e parteiras, mas teve como consequência transformar a sua prática em atividade suspeita.

As regulamentações da prática de partejar exigiam que as parteiras chamassem os físicos ou cirurgiões em caso de emergência, ou quando da necessidade do uso de instrumentos. Quando a família de Peter Chamberlein inventou o fórceps em 1616, as guildas de cirurgiões já haviam estabelecido o monopólio para o uso de instrumentos cirúrgicos. Com isso controlava-se em suas regiões um grupo de parteiras impedidas de usar instrumentos (Kitzinger, 1978). Esse fato gerava situações contraditórias, pois a parteira era por força da lei obrigada a chamar os físicos ou cirurgiões, que na maioria das vezes não poderiam auxiliá-las por falta de prática e conhecimento (Mello, 1983).

Shorter (1982) argumenta que até 1750 as parteiras eram provavelmente mais competentes que os médicos, representando o que havia de melhor em termos de conhecimentos e prática até então existentes. Esta afirmação é compreensível quando aliada à informação de que será partir do século XVIII que os estudantes de medicina passarão a freqüentar as maternidades européias (Mello, 1983).

A competição entre médicos e práticos, particularmente entre cirurgiões e parteiras, iniciada no Renascimento, estendeu-se durante séculos. Os textos de médicos instruindo parteiras caracterizavam-se pela sátira e condenação da ignorância delas. Assim, foram escritos *Rosengarten*, por Eucharius Roesslin, em 1513; *Erreurs populaires*, por Joubert, em 1578 (e o livro de Gervais de la Rousche, de 1587). As parteiras também publicaram suas experiências e enfrentaram contendas com médicos, como a polêmica pública estabelecida por uma parteira inglesa, Elizabeth Nihell, e o médico cirurgião londrino William Smellie. Sobre esse fato, Mello (1983: 112) afirma: “Aquela [Elizabeth] lançou *A Treatise on the Art of Midwifery*, em 1760, onde denunciava a prática tocológica, segundo ela, não qualificada, dos médicos cirurgiões, traçando severas críticas às mutilações produzidas pelo fórceps mal indicado de Smellie”.

O estabelecimento desse conflito e a sua notoriedade demonstram o empenho que ambas as categorias profissionais, cirurgiões e parteiras, mantiveram, no afã de deter o domínio da prática obstétrica. Embora essa época tenha conhecido parteiras famosas e competentes, elas não chegavam a formar nenhuma corporação profissional no sentido que hoje se dá ao termo, embora se organizassem em guildas. Isto se explica talvez pelo fato de partejar ser uma prática popular e de haver pelo menos dois tipos de parteiras, a partir de 1750: as urbanas, qualificadas, treinadas em escolas mantidas pelos municípios, e as rurais, que haviam aprendido a partejar por tradição ou necessidade (Shorter, 1982).

Durante o século XVII na Inglaterra, as parteiras tentaram juntar-se várias vezes ao College of Physicians, porém sem sucesso. Sem acesso, portanto ao conhecimento, às universidades, subordinadas aos cirurgiões e físicos, elas foram aos poucos perdendo a hegemonia da prática obstétrica. Com o advento do capitalismo industrial, a prática médica se consolidou como exercício monopolizado dos médicos, e assim legitimado e reconhecido. Na competição do mercado, que viria então a se instalar, a prática das parteiras foi sendo progressivamente colocada na marginalidade terminando por garantir o monopólio e a reserva da prática para os médicos, iniciada com as regulamentações corporativistas do final da Idade Média (Mello, 1983).

Os primeiros parteiros ingleses foram reconhecidos no século XVII, e na segunda metade do século XVIII já havia se tornado moda, na Inglaterra, ter um médico assistindo ao parto. A posição inglesa para parir – a mulher em

decúbito lateral esquerdo, de costas para o parteiro – explicita o espírito da época segundo o qual a parturiente e parteiro não deveriam se encarar (Kitzinger, 1978).

O desenvolvimento da obstetrícia como conhecimento médico foi uma tarefa árdua para médicos e mulheres, já que essa história se desenvolveu com conflitos e dificuldades. A etimologia da palavra obstetrícia, originada do latim *obstetricum*, em que *obs* significa ‘estar diante de’ e *tetricum* significa ‘tétrico, mórbido’, expressa em si um dos aspectos que a apropriação dessa área de saber trouxe para os médicos da época, frente a situações que tecnicamente não dominavam.

Até o século XVIII, o parto foi vivido como um risco de morte bastante real, já que a mortalidade materna na Europa Ocidental era bastante elevada. A medicina necessitou de todo o século XIX para desenvolver as técnicas cirúrgicas e o uso de anestésicos e combater a infecção puerperal, para então efetivamente dominar essa prática. Nesse sentido, o processo de hospitalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento do ensino médico e de sua apropriação do saber. Segundo Foucault (1980a), foi a partir do século XVIII que as instituições hospitalares incorporaram características diferentes daquelas que, até então, faziam dessa instituição um abrigo de pobres, doentes e desvalidos. Rosen (1980: 367) comenta a esse respeito: “os ricos recebiam atenção médica, inclusive cirúrgica em casa; e os pobres temiam a admissão no hospital como se fosse uma sentença de morte, um estágio intermediário que terminava com um funeral miserável”.

As mudanças nos hospitais transformaram-nos em instituições terapêuticas, um local de acúmulo e desenvolvimento do saber, que passou a incorporar registros, médicos em postos de direção do processo de sua reorganização e, a partir daí, o hospital passa a ser local de formação de médicos e de renovação técnico-científica. A dificuldade principal para defender a hospitalização do parto surge a partir do momento em que é identificada uma entidade nosológica de caráter epidêmico: a infecção puerperal. Esse talvez tenha sido o maior obstáculo a ser vencido e dominado para efetivar os anseios da medicina em desenvolver a prática obstétrica no século XIX.

O parto, por tradição uma prática domiciliar, ao ser hospitalizado, trouxe como consequência o enfrentamento desse problema. As várias teorias apresentadas para explicar a infecção puerperal tinham em comum o reconhecimento de seu caráter epidêmico: “é preciso pois admitir uma causa oculta im-

iatrogenes

penetrável, que escapa aos nossos meios de investigação; esse princípio geral desconhecido em sua essência, é designado gênio epidêmico” (Soares, 1862: 9).

Alguns autores afirmam que o contágio já havia sido descoberto em 1839 e que, com base nos princípios higiênicos, os médicos lavavam as mãos e trocavam de aventais para atender os partos, principalmente se haviam estado antes em trabalhos de autópsias. O contágio chegou a ser explicado pelo cheiro que lhes ficava nas mãos (Soares, 1862).

Kneeland, em 1846, supõe que nesse contágio, além do ar, estavam envolvidos instrumentos e roupas. Smmelweiss, em 1847, observa que a injeção de líquidos cadavéricos em coelhos provocava as mesmas lesões da febre puerperal, confirmadas em estudos anatomopatológicos. Em 1861, ele publica em Viena o trabalho *Die Aetologie, der Begriff und der Prophylaxis de Kind-Bettfiebers*, defendendo a idéia da contaminação dos corpos vivos com o material cadavérico. Em função dessa descoberta, Smmelweiss adota para a desinfecção uma solução de cloreto de cal que reduz o aparecimento da infecção puerperal na clínica onde trabalhava.

A natureza bacteriana dessa doença foi pela primeira vez aventada por Mayhofer, em 1865, que, ao examinar lóquios de mulheres doentes, encontrou vibriões móveis. Em 1869, apareceram os trabalhos de Lister sobre os curativos anti-sépticos, fato que, além de revolucionar a cirurgia, influenciou parteiros, que os adotaram na prática obstétrica. Em 1879, Louis Pasteur publica a versão definitiva da etiologia da infecção puerperal. Ele sistematiza os conhecimentos anteriores, confirmando de modo positivo a natureza bacteriana da febre puerperal, o que certamente interferiu nos rumos da medicalização do parto. Pasteur examinou o sangue das mulheres doentes, cultivou o agente infeccioso, isolou-o, traçou seus caracteres e, ao injetá-lo em animais, provocou neles as mesmas lesões anatomopatológicas observadas nas mulheres (Moura, 1896; Mello, 1982).

A adoção de medidas higiênicas teve sucesso no combate à infecção puerperal. A bacteriologia foi fundamental no desenvolvimento do hospital moderno. Até 1880, as salas cirúrgicas não tinham assepsia; após a adoção desse procedimento, houve como consequência diminuição da mortalidade, contribuindo muito para que os hospitais tivessem melhor aceitação na sociedade (Rosen, 1980). Essa aceitação e a utilização de anestésicos contribuíram para o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas obstétricas que até então apresenta-

vam elevada mortalidade. Segundo Shorter (1982: 161), no século passado, a palavra cesariana era sinônimo de sentença de morte: “Na Grã-Bretanha em 80 cesarianas realizadas antes de 1858, somente 29% das mulheres sobreviveram. Em 120 realizadas nos Estados Unidos entre 1852 e 1880, 58% das mulheres morreram”.

Mello (1982: 120) afirma que:

a tococirurgia iria progredir tão-somente a partir das novas aquisições da cirurgia geral, mediante a introdução das técnicas anestésicas e de profilaxia das infecções. Assim, a obstetrícia pôde evoluir, tecnicamente, com a anestesia obstétrica de Simpson (1847) e os fundamentos da anti-sepsia fenólica de Lister (1867); a teoria microbiana de Pasteur e a assepsia de Terrier (1892) permitiram que a operação cesariana fosse realizada não mais como um ato desesperado, mas como uma técnica a mais para a resolução dos partos.

A profilaxia de infecções aumentou muito a sobrevida pós-cesariana, assim como também o desenvolvimento de técnicas de homeostasia. A segunda metade do século XIX foi fundamental para o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas em obstetrícia, tendo sido inúmeras as técnicas para ampliação da bacia pélvica, entre elas a sinfisiotomia. Além disso, outras técnicas violentas, como a embriotomia, apareciam como técnicas alternativas de uma obstetrícia rudimentar e cruenta. A medicalização intensa que sofre o corpo feminino no século XIX, quando aliada ao discurso de exaltação da maternidade, compõe um processo que, segundo alguns autores, teria mudado substancialmente a valorização da vida feminina na sociedade ocidental na medida em que permitiu o desenvolvimento de técnicas que aumentaram a sobrevida materna. Até então, o parto teria sido vivido como um evento em que o medo da morte ou a tortura do fórceps não eram apenas mito (Shorter, 1982).

Entretanto, além de não ter produzido apenas esses efeitos, a história da medicalização tampouco seguiu uma trajetória linear, como talvez possa ter sugerido o relato ora efetuado. Na realidade, é uma história repleta de contradições, conflitos, marchas e contramarchas. No caso particular de alguns países, como o Brasil, a medicalização do corpo feminino assume significado importante na questão específica da extensão da assistência médica, como veremos adiante.

O INÍCIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PARTO NO BRASIL

No Brasil, a assistência ao parto até o século XIX foi desenvolvida por parteiras, também conhecidas por aparadeiras ou comadres, já que era comum torná-las madrinhas dos filhos por elas partejados. Debret, em sua *Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil*, afirma que, mesmo no século XIX, poucas parturientes ricas e nobres do Rio de Janeiro procuravam a assistência de um médico. Quando o faziam, era “por ostentação ou em casos difíceis”. (Santos Filho, 1977). Após a instalação da Corte no Brasil, várias parteiras estrangeiras radicaram-se aqui e a profissão passou a ser regulamentada com exames prestados ao Cirurgião-Mór do Reino. Em algumas províncias, foi criada a cadeira de Partos nos Hospitais de Misericórdia para as mulheres que desejassem aprender o ofício (Santos Filho, 1947).

Segundo Fernando de Magalhães (1922), a especialidade obstétrica teve cultores desde o princípio de século XIX, mas provavelmente a assistência médica restringia-se a partos difíceis e cirúrgicos. Desde 1774, o curso médico de Portugal ensinava as artes obstétricas na cadeira de Cirurgia; assim, apesar de teoricamente as províncias brasileiras terem profissionais preparados para a assistência ao parto, esse não era fato usual. Sigault, médico francês que viveu no Rio de Janeiro, escreve no *Diário de Saúde*, em 1835: “Pode-se objetar que sendo uso no Rio de Janeiro chamar-se pessoas da arte só quando o parto oferece dificuldades (pois que no maior número de bons sucessos contentam-se com o adjectório das parteiras), estes vão notar senão partos difíceis e complicados” (Magalhães, 1922: 121).

No ano seguinte à formação dos cursos médicos criados em 1808, as artes obstétricas começam a ser ministradas na Escola do Rio de Janeiro como conhecimento pertinente à cadeira de Cirurgia. Em Salvador, entretanto, a disciplina passou a ser ministrada apenas em 1819 (Mott, 1988). O estudo das artes obstétricas permanece por décadas com um enfoque teórico em que se utilizavam bonecos para simular situações obstétricas.

Em 1832, as academias médico-cirúrgicas foram transformadas em faculdades de medicina e iniciaram-se cursos de parteiras para mulheres, com duração de dois anos (Mott, 1988). Apesar dessa reforma, as aulas continuavam precárias e os cursos rudimentares. Em 1854 foi determinado o início do

ensino da clínica obstétrica, segundo Fernando de Magalhães (1922), mas tal medida não foi efetivada de imediato. Malaquias Alvares dos Santos, professor da Faculdade de Medicina da Bahia e autor de *Memória Histórica*, afirmava que os alunos então formados por essa faculdade levavam para a beira do leito de seus clientes apenas a vontade de serem úteis e o desejo de se instruírem, tal era a falta de formação da época (Mott, 1988). Em 1869, o Dr. Teixeira da Rocha comentava que, até aquela data, não existia ensino prático de partos na Faculdade do Rio de Janeiro, fato em que ele custava a crer e, mais ainda, a dizer (Magalhães, 1922).

Até o final do século XIX muitos se formavam sem terem jamais visto um parto ou terem procedido a um exame obstétrico. Assim, o parto continuou sendo apanágio de parteiras diplomadas e práticas. O ensino prático da obstetrícia encontrou várias dificuldades além da falta de recursos e investimentos nas escolas médicas. Entre elas, estava o aspecto competitivo da prática liberal e a resistência das mulheres em usar hospitais e enfrentar o olhar masculino. Fernando de Magalhães (1922: 132) assim se refere a essa questão:

Um especialista [obstetra] lamentou que se divulgasse tanto a especialidade de forma a diminuir as solicitações contínuas, na clínica civil, em casos de parto difícil, aos raros tidos como capazes. É bem possível que a idéia de monopolizar a clínica restringisse muito o ensino da especialidade.

Com a tradição do parto domiciliar praticado por parteiras, o ensino prático da obstetrícia demorou muito a ser implantado efetivamente. Fernando Magalhães (1932) menciona a existência de estágio, na enfermaria de obstetrícia, para estudantes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, datando de 1911. Apesar do socorro obstétrico hospitalar ter sido instituído em 1830, quando foi instalada uma sala de partos no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro e a francesa Stephanie Marie Warnoutt foi admitida no exercício de parteira.

O discurso médico da metade do século XIX, relativo à obstetrícia, vai se caracterizar pela defesa da hospitalização do parto e da criação das maternidades, ao mesmo tempo que coloca em dúvida a competência das parteiras. Tal fato leva à defesa do ensino médico e à necessidade de domínio da obstetrícia devido à resistência das mulheres em utilizar os hospitais.

Em 1862, Joaquim Pedro Soares, na tese inaugural "Da febre puerperal", atenta para os inconvenientes científicos e humanitários de combater-se o parto hospitalar, o que iria impedir a instrução médica. Como nessa época a teoria

da causa da infecção puerperal identificava a aglomeração de pacientes em uma mesma enfermaria, o formando propõe a multiplicação de enfermarias menores:

Já que a mortalidade nos hospitais é grande, alguns espíritos mais exagerados argumentarão que deve-se suprimir os partos hospitalares e substituí-los pelos cuidados domiciliares. Existem inconvenientes científicos e humanitários, porque irá diminuir intensamente a instrução médica. Em nome da humanidade e da ciência em vez de restringir deve-se combater a aglomeração com salas menores. (Soares, 1862: 30)

A resistência em utilizar os hospitais para o parto relacionava-se a vários fatores: a tradição de abrigo aos pobres dos hospitais, a moralidade da época e os perigos das artes obstétricas rudimentares de então. Esse último aspecto pode ser exemplificado no relato de Magalhães (1922: 216) de um parto cesariano:

Em duas salas contíguas acolhiam-se grávidas e puérperas; o princípio da separação não era muito respeitado, pois a lotação preenchida de uma sala forçava o recebimento de uma gestante entre puérperas, ou o contrário. Não se cuidava rigorosamente de isolamento, porque um pequeno quarto, mais destinado aos doentes graves e servindo também para algumas intervenções, não tinha espaço para mais de duas camas. A sala maior era iluminada por uma larga clarabóia, sob a qual, para as operações abdominais, armava-se a mesa adequada. Faziam-se ali as laparotomias ginecológicas, improvisando-se a sala operatória entre as camas, temporariamente abandonadas pelas ocupantes habituais. Nesse cenário assisti à primeira operação cesariana. Tenho bem presente todo o episódio clínico. Era uma mulher de nanismo típico, constituição esquelética do raquitismo na forma pseudo-acondroplásica, bacia de vício absoluto através da qual seria terminantemente impossível o parto instrumental, até mesmo com o emprego do baseotribo. Foi em 1899; tudo se aprestara com grande antecedência para o momento ansiosamente esperado; passaram-se oito dias em expectativa armada, mobilizando todo o pessoal do serviço, pronto à primeira voz. Afinal, chega o momento tido como azado para início da operação. Às dez horas da noite, ante assistência numerosa e comovida, começa a intervenção, que segue, arrastada e indecisa por quase duas horas. O maior rigor no preparo de todo o material havia sido a preocupação única; ainda assim, a paciente não sobreviveu 24 horas, fulminada pela peritonite. Confesso que no meu espírito não guardei nem impressão, nem ensinamento; mas, comparando esse quadro com o que havia fora daqui, ainda sinto o atraso em que se vivia e a deficiência com que se lutava.

As primeiras enfermarias obstétricas nos hospitais do Rio de Janeiro eram locais que fundamentalmente serviam para abrigar mulheres que não tinham condições de parir no domicílio, seguindo a tradição dos hospitais de abrigo aos pobres. Entretanto, mesmo antes da fundação da primeira maternidade pública no Rio de Janeiro, tem-se notícia de casas de saúde e pequenas maternidades particulares: “Houve época em que se montavam clínicas privadas para atender principalmente ... escravatura, pois os senhores cuidavam das escravas parturientes, garantindo o capital representado por elas e pelos filhos” (Magalhães, 1922: 217).

Segundo Coelho (1887), os asilos para grávidas deveriam recolher a mulher no último mês de gestação com objetivos filantrópicos e deveriam atender as solteiras, as domésticas e empregadas do comércio, dando-lhes assistência. Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo, na sua tese inaugural de 1847, intitulada “Considerações geraes sobre certas dificuldades que o médico parteiro pouco experiente encontra no exercício de seu ministério”, lamenta a falta de maternidades de ensino com estas características:

É para sentir e mesmo para lamentar que, em nosso país, não exista um hospital onde praticamente possam ser instruídos os que se dedicam à arte de curar, que não exista uma maternidade para aquelas que destituídas dos meios da fortuna, vêem-se obrigadas ou a estarem sós, ou acompanhadas de pessoas inábeis, um abrigo para aquelas que vítimas muitas vezes de sua fragilidade tenham cometidos esses crimes reprovados pela moral, e aí achem um lugar livre da curiosidade pública para deporem o fruto de um comércio ilícito. (Azevedo, 1847: 7)

O Hospital de Misericórdia foi durante longos anos o único lugar, onde se praticava assistência médica filantrópica no Rio de Janeiro, que recebia parturientes. A falta de maternidades de ensino já era objeto de discursos inflamados na segunda metade do século XIX. Contudo, apenas em 1877 é que foi fundada a Maternidade Santa Isabel, tendo sido um de seus fundadores José Rodrigues dos Santos, professor de cursos livres de obstetrícia, que também ajudou a fundar a Maternidade São Paulo (Santos Filho, 1947). De acordo com Magalhães (1922), ao final do século alguns lentes utilizavam maternidades particulares para o ensino.

Luis Álvares dos Santos, memorialista da Faculdade de Medicina da Bahia, afirma que as mulheres da época preferiam morrer de moléstias do

útero a serem curadas por médicos. As irmãs de caridade que atendiam às parturientes eram proibidas por regras do sacerdócio de olharem as partes pudendas, e o trabalho de parto se fazia às escuras. A moralidade da época provavelmente contribuía para aumentar a resistência das mulheres em procurar os hospitais para o parto (Mott, 1988). Apesar de todas essas vicissitudes, a prática obstétrica hospitalar na virada do século estabiliza-se, ao demonstrar que as questões técnicas podiam ser superadas. José Rodrigues Bastos Coelho, em sua tese inaugural “A defeza da maternidade”(1913: 90), observa:

Péssimo, inqualificável, como é o serviço obstétrico da Faculdade [a Santa Casa], se folhearmos as suas estatísticas como fez o Dr. Carlos Coelho, em sua tese do ano passado, uma percentagem de mortalidade que muito abona a dedicação do pessoal que a dirige. Assim, que em 1851 partos houve 92 casos de infecção, sendo que para as infeccionadas no serviço a freqüência foi de 5,8%, dando o coeficiente de mortalidade de 8,7%. Isto de 1907 a 1911.

Além das dificuldades técnicas, o desenvolvimento da obstetrícia viveu conflitos na sua institucionalização como disciplina médica; entre eles, a noção de que a prática obstétrica seria uma prática menor dentro da própria medicina. Esse conflito estava provavelmente relacionado, entre outras razões, ao fato de o partear ter sido até então uma prática de mulheres. Mas, paradoxalmente, por esse motivo, e no afã de controlar tal prática, os médicos eram tão contundentes em relação às parteiras, atacando-as em seus discursos e submetendo-as às suas regulamentações, transformando-as de usurpadas em usurpadoras. Azevedo (1847: 81) exemplifica bem essa atitude:

E o que diremos d'essas mulheres que, envoltas em negras e nojentas mantilhas, percorrem as ruas dessa populosa cidade, inculcando-se por desgraça nossas hábeis parteiras, tendo estampado na frente de suas casas o Sagrado símbolo da nossa redenção, a cruz, fazendo capacitar a muitos do povo crédulo, que possuem segredos transmitidos pela providência capazes de tornar fácil o parto mais laborioso, quantas vezes essas verdadeiras mercenárias lhe não querem impor leis?

Até o final do século XIX, entretanto, discutia-se nas academias a quem competia a responsabilidade de cuidar dos partos. O Real Colégio dos Médicos de Londres chegou a declarar oficialmente, nessa época, que cuidar de partos não era mister digno de um médico ou cirurgião. Os cirurgiões e médicos deveriam

restringir-se a partos difíceis e perigosos, a aplicar o fórceps e executar cesarianas (Santos Filho, 1947). Havia indignidade, quiçá desonra, em assumir um trabalho que por tradição era prática de mulheres. Carlos da Rocha Fernandes, em sua tese de livre docência “O problema pré-natal”, de 1924, comenta que por ser considerada a obstetrícia uma especialidade ‘menor’, para ela se dirigiam os incompetentes, e que por isso o mau desenvolvimento dessa prática provocava desastres:

Quanto ao indivíduo, porque mal sabe oftalmologia, urologia ou porque é sofrível cirurgião, se intitula parteiro! Sobraçam uma valise, onde abrigam o fórceps ‘sabe tudo’ que tudo arranca, tudo resolve; onde se acham seringas e ampolas para os colapsos das rupturas uterinas ou para o emprego contra-indicado da pituitrina que mal conhecem; um cateter para nunca tirarem urina da parturiente; umas agulhas que não cosem nunca as rupturas do períneo. Eis o profissional quixotesco e criminoso. Para estes só conheço o Código Penal, a responsabilidade criminal e a denúncia sem rebuços contra esses bufarinheiros sem pego... Se se iniciassem um dia os processos por crime de fórceps, de pituitrina e de cureta, não sei quantos presídios seriam necessários. (Fernandes, 1924: 81)

A pouca valorização da obstetrícia dentro da própria medicina relaciona-se à misoginia que Knibiehler & Fouquet (1983) identificam nas origens da medicina moderna. De acordo com elas, o estereótipo da mulher médica exigia a sua masculinização: “a perda da feminilidade seria o castigo reservado às audaciosas culpadas de se imiscuir numa arte reservada aos homens” (p. 257).

O que certamente foi o caso de Madame Durocher, uma das mais famosas parteiras estrangeiras no Rio de Janeiro, que chegou ao Brasil em 1816 e diplomou-se no curso de obstetrícia da Faculdade de Medicina em 1834. Segundo Santos Filho (1947: 201): “ela exerceu sua profissão no Rio, onde mercê de seu tipo masculinizado, de sua vestimenta e de seus hábitos (andava sozinha por toda a cidade a qualquer hora do dia ou da noite) ganhou a alcunha de mulher-homem”.

Para Rodrigo Otávio,¹ “Madame Durocher era um tipo bizarro de criatura insexuada que usava gravata, cartola e barbicha” (apud Santos Filho, 1947: 201).

Apesar dos conflitos internos no meio médico e da resistência das mulheres, o parto transformou-se em ato médico e as mulheres puderam voltar à tradição de partejar, agora com novo *status*, o de médicas. O acesso das mulheres ao ensino médico no Brasil acontece em 1889. O saber que havia sido

expropriado das parteiras resguarda-se, agora, na legitimidade de uma ciência e de sua suposta neutralidade, que através do poder médico pode exercer o controle social sobre o gênero feminino, em que pese o fato de até recentemente ser essa profissão eminentemente masculina em nossa sociedade.

A ASSISTÊNCIA MÉDICA À MULHER

Se, de um lado, a medicalização estende-se ampliando a jurisdição da prática médica, ou seja, incorporando novas questões ao campo da normatividade da medicina já desde o século XIX, de outro, expande-se a assistência médica através de serviços que florescerão no século XX. Parece claro que essas duas dimensões da medicina são interconexas: em se ampliando o campo de sua competência, são produzidas progressivas pressões por ampliação correlata do acesso e do consumo dos serviços de prática médica. Através do consumo ampliado da assistência médica, por sua vez, a medicina terá seu monopólio validado e serão continuamente expandidos os limites daquela competência. Por isso mesmo, tendo sido anteriormente apontadas algumas das características pelas quais a medicina aproxima-se do feminino social, ao estabelecer o monopólio de sua competência acerca das questões desse feminino, deve-se ainda tratar das repercussões que tal jurisdição trouxe no plano da produção e distribuição da assistência médica para as populações. Evidenciar-se-ão, assim, as questões e as características que o movimento de expansão da produção e a distribuição da assistência médica também introduzem na relação medicina-feminino social, participando da medicalização deste.

Os serviços que, até o século XX vinham se realizando através da medicina privada na forma liberal ou de filantropia, terão seu acesso ampliado no reconhecimento da produção de serviços de assistência médica como questão social. Isto se dá com o surgimento de uma 'medicina pública', isto é, uma medicina que se produz pela interferência do Estado na organização social dessa prática para normalizar sua produção face ao conjunto da população. Essa 'medicina pública' expande-se de duas formas: com o desenvolvimento da assistência à saúde coletiva, que se traduz através de práticas sanitárias e/ou serviços e programas específicos de assistência médica no interior da saúde pública, e com a criação de serviços, sobretudo do seguro social, que visam exclusi-

vamente a permitir o consumo de uma assistência individual no cuidado à saúde, tal como a prática da medicina liberal (Donnangelo & Pereira, 1979).

Em relação ao corpo feminino, depois da consolidação dos cuidados com esse corpo, como área do conhecimento e da prática médica, a partir do século XIX, a sociedade vive a expansão da assistência nessa área, apoiada inicialmente pelas teses da higiene social.

Já no começo do século XX, a assistência ao parto e ao pré-natal achava-se institucionalizada e bastante difundida na Europa Ocidental. Havia até mesmo um Movimento Internacional de Proteção à Infância e à Maternidade na época (Gomes, 1988). Na Inglaterra, em 1911, houve um movimento que propiciou apoio financeiro do governo para que as autoridades locais instalassem clínicas pré-natais e, em 1927, já havia 600 dessas clínicas em funcionamento. Na França, Pinard liderou o movimento médico para o cuidado pré-natal, cujo modelo nasceu na maternidade Baudelocque. Foi ele também que imprimiu à puericultura prestígio e dinamismo, fundando o Instituto de Puericultura e impondo essa disciplina.

A assistência pré-natal nasce associada à idéia de puericultura intra-útero e ao conceito de saúde materno-infantil. A exaltação da maternidade no discurso médico e a difusão da assistência pré-natal e ao parto estariam relacionadas ao despovoamento da Europa Ocidental nas duas primeiras décadas do século XX. A medicalização da maternidade surge baseada no estereótipo da 'natureza feminina', em uma época em que ser mãe transforma-se de destino em dever patriótico. Mais tarde, o projeto de medicalização do corpo feminino será justificado pelas preocupações eugênicas com formação da sociedade (Knibiehler & Fouquet, 1983).

No Brasil, do ponto de vista do cuidado individual, a expansão dos serviços de saúde relaciona-se à criação e ordenação dos serviços médicos na sociedade, que se inicia na década de 30, como se refere Donnangelo (1975). A prática da medicina liberal irá, a partir dessa data, conviver com as ofertas de serviços médicos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, vinculados à previdência social. Posteriormente, serão unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (o INPS), que, na década de 70, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), delega a este a função específica da atenção médica previdenciária.

Na década de 60 irão surgir outras formas de prestação de serviços médicos privados, credenciados ou conveniados e vinculados à previdência social, que se caracterizam pela formação empresarial nessa área. A reorganização dos serviços médicos, a partir de então, irá superar a prática da medicina liberal no deslocamento definitivo para o modelo empresarial de prática e produção de serviços (Schraiber, 1988).

Para Donnangelo (1975), as origens do processo histórico que cria no Brasil a previdência social estão relacionadas à necessidade de preservação e reatualização da força de trabalho, associada ao controle do fator trabalho nas relações entre produtividade do trabalhador e a formação do capital, mediada pelo Estado. Podemos considerar que, no país, a prática de cuidado com o corpo feminino sob a forma da especialidade médica, inicialmente denominado 'Doenças de Senhoras', desenvolveu-se tanto na prática liberal quanto nos serviços médicos de seguro social. Isto ocorre em um contexto de distribuição de serviços que apresenta como característica fundamental uma diversidade que obedece às diferentes inserções dos grupos sociais na estrutura da sociedade.

Na época da formação dos Institutos, a assistência médica às situações particularmente femininas, tomadas como campo das disciplinas de obstetrícia e ginecologia, estavam suficientemente consolidadas como especialidade médica para serem incorporadas no âmbito dos serviços oferecidos. Essa assistência já era exercida de forma institucionalizada, e não mais como uma prática especialmente popular, para as camadas sociais que o seguro social atinge (Schraiber, 1988).

Do ponto de vista da saúde coletiva, a expansão da assistência à saúde em relação aos cuidados com o corpo feminino e seus problemas se deu com a expansão de serviços e programas de saúde, operados através da rede de serviços da saúde pública, que visavam à saúde materno-infantil, mais tarde conceituada nos textos das políticas públicas de saúde como atenção ao binômio mãe-filho (Lima, 1989).

Inicialmente, os serviços de saúde pública estavam preocupados com o crescimento urbano e o controle sanitário da população. Vai ser somente na década de 20 que o grupo materno infantil seria alvo de ações sistematizadas por parte do Estado. Gomes (1988) assinala que a preocupação com esse grupo emerge com a necessidade de controle da população trabalhadora, a partir da expansão cafeeira e do início da industrialização. Nessa época, irá aparecer

a regulamentação da licença gestante e puérpera, assim como a proibição do trabalho fabril para os menores de doze anos. Entretanto, programas específicos de saúde pública irão aparecer apenas depois de 1960 sob inspiração da Organização Pan-Americana da Saúde.

A MEDICALIZAÇÃO DA ANTICONCEPÇÃO

A concepção de maternidade permanece praticamente intocada desde o século XIX, já que a atenção médica se justifica apenas em função da capacidade reprodutiva da mulher. Até a década de 60, a visão da atenção médica à mulher por parte das políticas públicas privilegia o ciclo gravídico-puerperal, justificando-se pela mortalidade infantil. A partir de então, há o renascimento da teoria que explica as altas taxas de mortalidade e a baixa qualidade de vida pelo aumento populacional conseqüente aos altos índices de natalidade. Também nos anos 60 as agências internacionais começam a investir maciçamente no desenvolvimento da pesquisa de métodos anticoncepcionais, principalmente a partir da divulgação de estatísticas alarmantes relativas ao crescimento populacional no terceiro mundo. As idéias veiculadas pelo movimento de *birth control*,² do final do século XIX, pelos neomalthusianos – durante longo tempo vistas como obscenas, mantendo-se alijadas da medicina –, ressurgem agora nas pesquisas médicas nas universidades, respaldadas pelo interesse científico (Barroso & Amado, 1988).

A anticoncepção, tal como a conhecemos hoje, além de ser possível como um produto do desenvolvimento da cirurgia, anestesia e métodos de controle das infecções é também um produto histórico da evolução médica e da sociedade, e das idéias que se tornaram populares e foram disseminadas depois da metade do século XX. Os aspectos históricos do desenvolvimento da tecnologia e das novas idéias não podem ser analisados separadamente porque eles ilustram os processos, segundo Back (1989), pelos quais o movimento de *birth control* passou na sua evolução histórica: a inovação tecnológica e a mudança de valores.

Tomamos como exemplo o desenvolvimento das técnicas de esterilização cirúrgica para clarificar este processo, já que este é o mais extremo dos aspectos da medicalização da anticoncepção.

Da metade do século XIX até 1960, a esterilização cirúrgica, particularmente a feminina, foi aperfeiçoada tecnicamente e começou a ser utilizada como uma solução médica. Este período pode ser considerado como uma preparação dos eventos que se seguiriam, especialmente no uso da esterilização como escolha contraceptiva. Na maioria dos países, antes de 1960, a esterilização não era popular e não podia ser voluntariamente escolhida como um meio de encerrar a fertilidade. Embora antes desta data já fosse um procedimento técnico disponível, não era razoável ao médico realizar esta cirurgia.

Himes (1963), em seu livro *Medical History of Contraception*, cuja primeira edição data de 1937, não dedica nenhuma seção a esta forma de contracepção definitiva, o que demonstra a pouca importância atribuída ao procedimento. Marie Stopes (1941), em seu famoso livro *Contraception: theory, history and practice*, aborda o assunto no capítulo VIII, dedicado aos Casos Especiais, afirmando que, embora a esterilização feminina pudesse ser voluntariamente escolhida, não era fácil convencer os médicos a realizá-la.

A evolução histórica da contracepção mostra que, através da inovação tecnológica e das mudanças de valores, a esterilização passa da posição de solução médica para ser uma escolha possível; este processo incluirá a mudança das circunstâncias materiais, assim como das condições sociais, legais e morais para tal.

Do ponto de vista técnico, a esterilização masculina e feminina podem ser consideradas como a evolução da castração (a extirpação cirúrgica das gônadas), embora elas sejam diferentes em sua origem e uso através da história. A castração masculina era um procedimento tradicional usado muito cedo na história da humanidade. Diferentes sociedades a utilizaram em escravos, guardas e como forma de punição. Sir Astley Cooper, em 1830, realizou o primeiro trabalho de vasectomia experimental em cães. Ele demonstrou que era possível preservar os testículos saudáveis quando ocorria a ligadura dos canais deferentes (Morris & Arthure, 1976). A ooforectomia, entretanto, começou a ser largamente usada na segunda metade do século XIX como um meio terapêutico. Entre as indicações para esta cirurgia estavam: “masturbação, acentuado apetite sexual, tentativas de suicídio, mania de perseguição e dismenorréia” (Enrenreich & English, 1979: 111).

Himes relata que Chunn, no *Maryland Medical Journal* (1885), recomendava a ooforectomia nos casos de mulheres que haviam sido submetidas a

cesarianas de repetição. Ele também complementa: “Quando é genuinamente indicado, nós podemos agora recomendar a ligação das tubas de falópio, o que, Chunn havia mencionado” (Himes, 1963: 302).

A tecnologia médica requerida para a esterilização, tanto feminina quanto masculina, estava evidente no século XIX (Morris & Arthure, 1976). A primeira ligadura das tubas de falópio foi realizada em Londres, em 1823, por James Blundell (Pai, 1974). Todavia, o procedimento era utilizado apenas em circunstâncias especiais e com alguma relutância pela profissão médica. Os aspectos legais eram em parte responsáveis por esta resistência: “Muitas esterilizações voluntárias têm sido realizadas com sucesso na Inglaterra e até o momento não resultaram em nenhum caso legal, a opinião do Conselho tende a amedrontar os médicos de realizá-las” (Stopes, 1941: 244).

A relutância para submeter à esterilização pessoas saudáveis estava provavelmente associada ao fato que a profissão médica não aceitava a contracepção como uma escolha se não houvesse um motivo médico para tal. Certamente é necessário considerar que antes do advento dos antibióticos os riscos de infecção eram ainda altos. Entretanto, este aspecto não impediu o uso da esterilização do final do século XIX às primeiras décadas do século XX, como solução eugênica.

Segundo Petchesky (1985), a ampla disseminação do movimento eugênico foi responsável pela esterilização de mais de 45.000 pessoas nos Estados Unidos entre 1907 e 1945. Na realidade, a esterilização era aceita e usada como uma solução médica para prevenir a procriação indesejável entre deficientes mentais, pobres e criminosos. Nesses casos, a esterilização era compulsória e realizada em instituições como prisão ou hospícios. Também foi utilizada na Alemanha antes e durante a Segunda Guerra para impedir a procriação dos judeus, ciganos e outros grupos, considerados de raça inferior (Morris & Arthure, 1976).

Segundo Back (1989), a defesa da esterilização sempre teve uma posição marginal no movimento de planejamento familiar, embora alguns de seus líderes tenham sido eugenescistas, como foi o caso de Marie Stopes. A utilização ampla desse procedimento só foi possível devido à nova ordem internacional, depois da Segunda Guerra Mundial, e às mudanças de valores sobre o planejamento familiar. Este autor defende a tese de que houve uma aliança do movimento do planejamento familiar e da profissão médica e que, do ponto de

vista social, ampla aceitação da esterilização é um dos resultados desta bem sucedida aliança.

De um lado, o rápido crescimento populacional deu lugar para o medo de que um excesso da raça humana pudesse exaurir os recursos da terra. Além disso, havia uma preocupação sobre as conseqüências que o excessivo número de filhos teria sobre as mulheres, crianças, e qualidade de vida das famílias, especialmente nas áreas de favelas urbanas. (...) houve um crescimento do conhecimento médico sobre procriação e métodos de contracepção com o aumento do conhecimento científico do sistema reprodutor humano. Então as pessoas, procurando por soluções para uma variedade de problemas sociais, encontraram esperança na nova tecnologia. (Back, 1989: 6)

Esta esperança foi expressa em investimentos financeiros na pesquisa de novas tecnologias para a contracepção, assim como em experimentos em programas de planejamento familiar. Este fato mudou o espectro dos métodos anticoncepcionais utilizados por todo o mundo, influenciando também as possibilidades de escolha por promover a disponibilidade de contracepção. No final da década de 50, o primeiro anticoncepcional oral, Enovid, foi criado e, no começo da década de 60, a nova tecnologia de esterilização foi aperfeiçoada.

A tecnologia da laparoscopia estava disponível, desde 1937, quando Anderson sugeriu que a esterilização feminina poderia ser realizada por eletrocoagulação. A laparoscopia havia sido usada de 1910 a 1962 como um instrumento diagnóstico, quando Palmer começou a realizar estudos clínicos de esterilização usando laparoscópios (Step toe, 1981). A técnica de Pomeroy de ligadura tubária já havia sido desenvolvida desde 1930 (WHO, 1992). Embora, segundo Back (1989: 82), “as idéias eugênicas houvessem caído em desgraça, devido em grande parte à sua conexão com as idéias nazi-racistas”.

Mas a esterilização reaparece como solução para o controle da fertilidade, agora sob nova condição, ou seja, tomando a forma de uma escolha, voluntária, individual, predominantemente uma decisão da mulher legitimada pela medicina. Criaram-se condições técnicas para que essa escolha financiada pelo Estado, agências internacionais ou privadamente se transformasse em política pública. Evidentemente questionam-se as condições em que esta escolha é feita e até que ponto, na falta de alternativas, a esterilização é colocada como única solução.

Segundo Davis (1974), a política da esterilização voluntária aparece pela primeira vez, no final da década de 40, em Porto Rico e no Japão. Em 1956, o estado de Madras, na Índia, começou um programa em massa de esterilização masculina e feminina. Depois da Segunda Guerra, a preocupação com o crescimento demográfico e a qualidade de vida levou diferentes agências públicas e privadas a entrar no campo do controle populacional e do planejamento familiar (Back, 1989).

No Brasil, embora as políticas públicas de saúde na década de 60 continuem privilegiando o ciclo gravídico-puerperal, irão surgir as entidades que desenvolvem ações de planejamento familiar visando basicamente à anticoncepção (Senna, 1988). Vale ressaltar que é nessa época que se inicia o progressivo decréscimo nas taxas de fecundidade da população brasileira, relacionadas à urbanização e à formação dos pólos industriais que alterarão significativamente o padrão familiar em relação ao número de filhos (Merrick & Berquó, 1983).

A disseminação de idéias e práticas, referentes ao desenvolvimento, e a necessidade de tecnologia, realizada pelas entidades de planejamento familiar e pelas escolas médicas, foram fundamentais para consolidar e ampliar a medicalização no que se refere ao controle da reprodução. São idéias e práticas que, tomando o corpo feminino apenas do ponto de vista de sua capacidade reprodutiva, na dualidade de 'ser mãe vs não ser mãe', e responsabilizando as mulheres exclusivamente pela prática contraceptiva, transformaram as expectativas femininas em relação à vida reprodutiva. Ou seja, a dor do parto dá lugar a um evento cirúrgico e a possibilidade de procriar, ao desejo da esterilização.

Nesse âmbito, observa-se o aumento progressivo das cesarianas no Brasil. Entre 1970 e 1987, o índice subiu de 15% para 31% (Ratner, 1996). Em 1992, o percentual no estado de São Paulo foi estimado em 53% (Faúndes & Cecatti, 1993). Embora não tenha atingido esta cifra, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) revelou o índice médio de 36,4% de cesarianas para todo o Brasil (Bemfam, 1997), o mais alto do mundo. Em 1986, 29% das mulheres brasileiras em união sexual estavam esterilizadas (Oliveira & Simões, 1988); em 1996, este índice cresceu para 40% (Bemfam, 1997). Com exceção da região Nordeste, as cirurgias cesarianas têm sido o principal acesso para os casos de esterilização.

O modelo médico para tratar dessa questão se constrói, também, por ser uma prática que soube captar e oferecer resposta aos anseios que se definiram a partir da falta de alternativas para a resolução de problemas sociais.

A tecnologia médica expande as promessas iniciais da medicalização, comprometendo-se com a resolução de todos os problemas da saúde. Sua utilização ampliada, contudo, irá produzir um quadro contraditório na situação da assistência médica e na distribuição dos recursos: apresenta-se como tecnologia eficaz e eficiente para todos, mas é incapaz de definir sob que limites essa promessa pode ser de fato cumprida. Toma-se a mortalidade materna como exemplo da contradição que se quer apresentar: além de ser considerada alta e subenumerada, o evento mais imediato relacionado a esta, o parto, apresenta-se extremamente medicalizado, se levados em conta os índices de cesarianas – provavelmente, contribuindo para sua ocorrência.

No caso da esterilização feminina, sua associação com cesarianas desnecessárias aumenta o risco de morbi-mortalidade materna devido à infecção puerperal, riscos cirúrgicos e anestésicos, embolismo pulmonar e complicações nas gravidezes subseqüentes (Faúndes & Cecatti, 1993). Volochko (1996) afirma que poderia haver uma redução de 28,5% na mortalidade materna, caso as cesarianas desnecessárias não fossem realizadas. Um estudo realizado na cidade de São Paulo, em 1988, mostrou que um terço da mortalidade materna por causas obstétricas diretas decorria de cesarianas realizadas com o objetivo da esterilização (Volochko, 1992).

Em outros termos, trata-se do fato de que, no processo de medicalização do feminino social (o que de resto cabe à medicalização em geral), não se dá a consciência das contradições inerentes à própria medicalização. No âmbito da reprodução humana criaram-se expectativas qualitativas e quantitativas que não são cumpridas nos mesmos termos, haja vista as insuficiências e limites da prática médica concreta. Além do mais, quando se elege a reprodução como o foco das questões femininas, opera-se na medicalização uma redução da problemática do feminino social ao problema da concepção, parto e contracepção. Deixa-se de se tratar e enfrentar, com igual atenção e de forma articulada com a própria reprodução, outros problemas referentes à condição feminina, que vão desde a sexualidade até a patologia do útero. Por exemplo: o diagnóstico precoce do câncer do aparelho reprodutor feminino, que aparece como terceira causa de morte nessa população, é insuficientemente realizado.

Observa-se, dessa forma, que o controle populacional, no Brasil, vem sendo realizado efetivamente no âmbito da prática médica pela medicalização do corpo feminino e pelo tipo específico de assistência médica produzida – que

emerge não mais como um ponto de política demográfica, mas como problema para o qual são propostas resoluções cirúrgicas ou ginecológicas, reduzindo-o a questões técnicas veiculadas por um modelo médico. Isso possibilita que a sociedade organize seus contingentes populacionais, lançando mão do predomínio técnico-científico para administrar a reprodução humana.

A medicalização da contracepção é apenas um dos aspectos do processo da vida reprodutiva da mulher. Esse fenômeno se expressa através do uso da tecnologia em situações em que esta poderia utilizar a humanização, educação e informação no âmbito de um programa que deveria estar fornecendo escolhas e informações. Configura-se como uma estratégia da 'modernidade', expressando a idéia de que a tecnologia sempre oferece a melhor solução (em termos de alta eficácia e bem-estar), baseando-se em um modelo que não estabelece como prioridade a saúde e os direitos humanos.

De um lado, extremamente medicalizado. De outro, sem efetivo acesso universal aos cuidados médicos nas sociedades concretas. É assim que se apresenta o corpo feminino, produto de uma medicalização que privilegia a reprodução ou sua negação. Esse é o prisma fundamental pelo qual o corpo feminino vem sendo tratado. Isso não significa que outros aspectos desse corpo não sejam passíveis de medicalização, de fato o são, como no caso da medicina estética, que amplia cada vez mais sua competência. Como afirma Illich (1975: 59):

Todas as idades são medicalizadas tal como sexo, quociente intelectual ou cor da pele. Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente do sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais.

NOTAS

¹ Rodrigo Otávio foi autor de *Minhas Memórias dos Outros*.

² Embora Back (1989) utilize o termo *family planning movement*, usaremos indiscriminadamente o termo movimento do *birth control* ou movimento de planejamento familiar.

Considerações Finais

Este estudo tratou da naturalização do corpo feminino como pedra angular da medicalização, que deve ser entendida como um projeto que se processa na articulação da medicina e a sociedade. Abordou a ruptura do conhecimento médico a partir do século XVIII e sua consolidação em novos alicerces, nos quais a 'natureza' foi definida como matéria de ordem natural. Tentamos seguir, por convicção e inspiração, os pressupostos foucaultianos de analisar a natureza política da sociedade capitalista, mostrando que para o controle social das populações e da reprodução da força de trabalho, o investimento foi, sobretudo, no corpo, no somático, no corporal. E quem se sairia melhor do que a medicina, prática e arte da intervenção, para esta missão?

Parafraseando Hawkes (1996), não basta dizer que as concepções e representações sobre o corpo são socialmente construídas, fazer isto é apenas nomear o seu destino. É necessário detalhar e relatar como se chegou a tal destinação, o quê, quem estavam envolvidos neste processo e por quê.

Os dois sentidos da medicalização, seja na produção de idéias, seja na extensão dos cuidados médicos foram incluídos nesta análise. Não pretendemos esgotar o assunto, mas aprofundarmo-nos em alguns aspectos fundamentais para a construção de gênero na articulação da medicina com a sociedade.

A PRODUÇÃO DAS IDÉIAS

A produção das idéias sobre o corpo feminino, aqui analisadas, apresenta-se no contexto do projeto maior de higienização da sociedade capitalista no século XIX e vai servir de substrato para que a medicalização cumpra a sua parte no projeto social da época.

É necessário, sobretudo, destacar que a medicalização se viabiliza pelas características da reprodução biológica abrigada no corpo feminino. A produ-

ção de idéias sobre uma 'natureza feminina' é que permitirá a sua medicalização. Vimos, então, neste estudo, que por meio dos três aspectos selecionados para entender a questão da natureza feminina, pudemos nos aproximar do significado da construção do feminino.

O primeiro aspecto, a educação das mulheres, teve como objetivo mostrar a importância da discussão da medicina em definir o papel social feminino baseado em sua biologia. Uma educação, que deveria além de produzir boas reprodutoras, formar boas mães para a proteção e sobrevivência das crianças. A sexualidade, representada aqui pelo desejo sexual, foi definida como uma essência fisiológica procriadora, caracterizando-se por ser uma sexualidade maternal e reprodutora, fortemente apoiada na biologia, em partes do corpo. E os processos do corpo feminino, representados pela menstruação, conceituada como sendo uma moléstia fisiológica, consolidam a idéia de uma 'natureza feminina' cujo caminho da normalidade é estreito e limitado.

A natureza feminina que surge, então, não é única. Ela se configura pelos diferentes discursos que irão compor não apenas o debate e argumentos científicos, mas irá também contemplar os diferentes interesses da época. De forma que havia uma 'natureza feminina' de acordo com a condição de sexo, mas também outras 'naturezas' de acordo com a condição social. Apesar de pautar-se por um discurso científico, supostamente neutro e objetivo, tal como pretende a ciência positiva, observou-se, que nesta articulação entre medicina e sociedade, a produção de idéias é profundamente enviesada pelos projetos da sociedade da época.

Há de se destacar que, na produção de idéias para a medicalização do corpo feminino, a construção do próprio objeto da medicina não se restringiu ao corpo, mas contemplou a questão da definição da doença. Esta, além de se particularizar em suas definições nosológicas, fisio-patológicas ou anatomo-patológicas, também assume este ou aquele sentido de acordo com a necessidade social. Ou seja, a doença adquire o significado de vício? mal? crime? Produz vítimas incautas e inocentes? Ou trata-se de premiar os culpados com punição da justiça?

O normal e o patológico não serão neutros, mas carregados de significados morais que trazem em si uma conotação de periculosidade, crime, atentado moral ao caráter. Surge a mãe 'desnaturada' e a conduta da mulher torna-se extremamente restrita. Neste sentido, vale lembrar que Scott (1988) ao definir

a categoria gênero fala dos vários níveis nos quais esta categoria se produz. Dois destes níveis podem, nesta análise, ser claramente observados: a produção dos símbolos e significados e das normas sociais.

Outra característica fundamental da medicina na produção discursiva e das idéias é que se trata do discurso da verdade, o discurso da ciência, o legítimo. Será este, e apenas este, então, que poderá dar a palavra final sobre as dúvidas e as inquietudes. Através das idéias debatidas nas escolas médicas pudemos observar que por meio da legitimação do saber médico construíram-se parâmetros de normalidade restritos para a formação da identidade feminina, limitando as mulheres à função de boa reprodutora e educadora dos filhos. Em suma, baseada em uma natureza feminina, por aquela que possui a 'verdade' sobre os corpos, a medicina tratou de temas diversos para fundamentar normas sociais de comportamento, e para, além disso, construir 'os perigos' das incautas que se aventurassem a trilhar os desvios da norma. A doença, mais do que um estado de anormalidade corporal trouxe, o sentido, o significado da degeneração moral e da criminalidade.

A relação que se estabeleceu entre a psicologia feminina e sua genitalidade específica a construção que se fez do feminino, enquanto características de seres à beira da loucura ao menor desvio, nos quais a potencialidade da demência e da alienação possuía alicerces orgânicos incontestáveis, virtualidades da loucura. O gênero feminino constrói-se então, sancionado como verdade pela incontestabilidade da ciência, inexoravelmente natural, no espaço estreito de uma normalidade reprodutora. Estas idéias sobre o feminino são fundamentais para entendermos hoje como se constrói a identidade social das mulheres.

Outro aspecto destacado nesta análise, que não pode ser esquecido, é que se trata, sobretudo, do exercício de uma prática intervencionista, já que por natureza ou vocação a medicina é a prática de intervenção, mormente nesta nova configuração depois do advento da anatomia patológica, não sendo, pois limitada à produção discursiva. Essa apenas reflete o que foi, o que será ou o que deveria ter sido realizado como intervenção sobre os corpos. De forma que o que se falou, foi pouco se levarmos em consideração o que se fez com os corpos e para isso o desenvolvimento da tecnologia foi fundamental.

A EXTENSÃO DOS CUIDADOS MÉDICOS

O outro sentido da análise da medicalização utilizada foi a extensão dos cuidados médicos. A partir da aproximação dos médicos com o parto e do desenvolvimento da prática da obstetrícia é que várias disciplinas fundamentais, como área de conhecimento médico, que hoje desafiam o futuro, tal como a embriologia e a genética vão se consolidar. O interesse da sociedade na sobrevivência de mulheres e crianças, para formação das nações modernas, vai permitir que o processo de medicalização se estabeleça no século XIX, estabelecendo-se através de diferentes estratégias, muitas mediadas pelo Estado. Estas exigiram esforços consideráveis, que no processo de naturalização do corpo vão poder ser desenvolvidos, como o saber na área da fisiologia ou a tecnologia que permitiu a aproximação dos médicos com o parto e a partir daí a criação da obstetrícia e ginecologia.

Esta análise nos mostra que o processo de medicalização do parto, que se iniciou quase trezentos anos antes, foi cheio de conflitos com muitas mortes e sofrimento. Destacamos nesta análise a importância da medicina em medicalizar os partos e superar a mortalidade materna através do desenvolvimento da tecnologia de assepsia, do controle das infecções e da bacteriologia. Identificamos que nesta tendência de medicalização encontram-se os excessos e a exclusão das mulheres de suas práticas tradicionais, tema que retorna hoje trazendo a questão da humanização do parto.

A partir da criação da obstetrícia, a medicalização se expande não apenas alicerçando as políticas públicas sejam elas de saúde ou demográficas, mas principalmente sendo construída e re-construída em sociedade, com suas promessas e expectativas. Ratificando, através da ciência, o feminino no contexto do desenvolvimento tecnológico, que se constrói como estratégia da modernidade, excluindo modelos menos medicalizados que dão prioridade à saúde e aos direitos humanos. Em suma, tratou-se de investigar a construção de gênero pela medicina e sua articulação com a medicalização.

Referências Bibliográficas

- ADEODATO FILHO, J. *Parto em Domicílio: aspectos clínicos e sociais*. Salvador, 1949. Tese de concurso para professor catedrático, Faculdade de Medicina da Bahia.
- ALMEIDA, A. M. de. *Maternidade e cidadania: uma encruzilhada para as primeiras feministas*. In: IX Encontro Anual da Anpocs, 1985. (Mimeo).
- BACK, K. W. *Family Planning and Population Control: the challenges of a successful movement*. Boston: Twayne Publisher, 1989.
- BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1985.
- BARROSO, C. *Morte e Gênero: em que diferem as mortes de mulheres e homens?* São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1989. (Mimeo).
- BARROSO, C. & AMADO, T. *A ideologia da pesquisa em contracepção*. In: I Seminário Nacional de Direitos Reprodutivos, Embu, São Paulo, 1988. (Mimeo).
- BEMFAM/MACRO. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-1996*. Rio de Janeiro, 1997.
- BONDER, G. A ilusão da naturalidade da maternidade. *Cadernos Edipuc*, 1984. (Mimeo).
- CANESQUI, A. M. Instituições de saúde e planejamento familiar. *Saúde em Debate*, (12): 35-40, 1981.
- CASTRO, T. L. *A Mulher e a Sociogenia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1893.

- COELHO, E. Sobre a conveniência de se representar ao poder legislativo pela criação de uma casa de maternidade. Proposta apresentada em sessão ordinária de 3 de agosto de 1886. *Anais da Academia de Medicina* (6. Ser.), 2, 1887.
- COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- DAVIS, J. E. Opening address; historical setting of the conference. In: *Advances in Voluntary Sterilization: Proceeding of the Second International Conference on Voluntary Sterilization*. New Jersey: Excerpta Medica, 1974.
- DE ROMANI, J. P. Mulher: natureza e sociedade. In: CRUZ, A. G. V. & LUZ, M. T. (Orgs.) *O Lugar da Mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p.61-67. (Coleção Tendências).
- DONNAGELO, M. C. F. Medicina na sociedade de classes. In: DONNAGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. (Orgs.) *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975. p. 29-68.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.
- EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. *Complaints and Disorders: the sexual politics of sickness*. Londres: Writers and Readers Publisher Cooperative, 1973.
- EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. *Witches, Midwives and Nurses: a history of women healers*. Londres: Writer and Readers Publisher Cooperative, 1976.
- EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. *For Her Own Good: 150 years of the expert's advice to women*. Nova Iorque: Anchor Press/Doubleday, 1979.
- FAÚNDES, A. & CECCATTI, J. G. Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. *Health Policy and Planning*, 8 (1): 33-42, 1993.

- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980a.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1980b.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- GILBERTI, E. *Maternidade e ideologia obstétrica*. Buenos Aires: Centro de Estudios de la Mujer, 1980. (Mimeo).
- GOMES, F. Z. *Mulheres e crianças primeiro: o caráter do Estado no grupo materno-infantil da colônia ao milagre brasileiro*, 1988. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- HAWKES, G. *A Sociology of Sex and Sexuality*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 1996.
- HIMES, N. E. *Medical History of Contraception*. Nova Iorque: Gamut Press Inc., 1963.
- ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KITZINGER, S. *Mães: um estudo antropológico sobre a maternidade*. Lisboa: Presença, 1978.
- KNIBIEHLER, Y. & FOUQUET, C. *La Femme et les Medecins*. Paris: Hachette, 1983.
- LIMA, M. R. *Atenção Pré-Natal: avaliação da proposta de atendimento de grupo*, 1989. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- LUZ, M. T. *Natural, Racional e Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1982a.
- LUZ, M. T. O lar e a maternidade: instituições políticas In: CRUZ, A. G. V. & LUZ, M. T. (Orgs.) *O Lugar da Mulher: estudos sobre a condição*

- feminina na sociedade atual*. Rio de Janeiro: Graal, 1982b. p.9-31. (Coleção Tendências).
- MACHADO, R. et al. *A Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAGALHÃES, F. *A Obstetrícia no Brasil*. Rio de Janeiro: Leite-Ribeiro, 1922.
- MAGALHÃES, F. *O Centenário da Faculdade de Medicina 1832-1932*. Rio de Janeiro: A. P. Barthel, 1932.
- MELLO, V. H. *Evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher*, 1983. Dissertação de mestrado, Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
- MERRICK, T. W. & BERQUÓ, E. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility. Committee on Population and Demography. Report n. 23. National Academy Press, Washington, D.C, 1983.
- MILES, A. *Women, Health and Medicine*. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes, 1991.
- MORRIS, N. & ARTHURE, H. *Sterilization as Means of Birth Control in Men and Women*. Londres: Peter Owen, 1976.
- MOTT, M. L. B. *O aborto terapêutico no pensamento médico bahiano (sec. XIX)*. São Paulo: Departamento de História da Faculdade de Filosofia Ciências Humanas e Letras, 1988. (Mimeo).
- NOVAES, R. L. *O Tempo e a Ordem sobre a Homeopatia*. São Paulo: Cortez, 1989.
- NUNES, S. A. *A medicina social e a regulação do corpo feminino*, 1982. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Uerj.
- OLIVEIRA, L. A. P. & SIMÕES, C. C. da S. As informações sobre fecundidade, mortalidade e anticoncepção nas PNADs. In: SAWYER, D. O. (Org.) *PNADs em Foco: anos 80*. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1988. p. 183-225.

- PAI, D. N. Keynote Address: voluntary sterilization as a component of Family Planning Program. In: *Advances in Voluntary Sterilization: Proceeding of the Second International Conference on Voluntary Sterilization*. New Jersey: Excerpta Medica, 1974. p.12-20.
- PETCHESKY, R. P. Reproductive freedom: beyond a woman's rights to choose. *Signs, Journal of Women in Culture and Society*, 5(4): 661-685, 1980.
- PETCHESKY, R. P. Reproductive choice in the contemporary United States: a social analysis of female sterilization. In: MICHAELSON, K. L. (Ed.) *And the poor get children. Monthly Review Press*, 50-87, 1981.
- PETCHESKY, R. P. *Abortion and Woman's Choice: the state sexuality and reproductive freedom*. Londres: Verso, 1985.
- RATNER, D. Cesária: bem de consumo? In: 48ª Reunião Anual da SBPC 48ª, São Paulo, 1996.
- ROCHA, M. I. B. *Um estudo sobre o neo-malthusianismo no Brasil (1965-1970)*. São Paulo, 1979. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
- RODRIGUES, L. Juliano Moreira, seu tempo, sua obra: o sábio, o íntimo. Oficinas Gráficas Americano, 1929.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*, 2000. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ.
- ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SAFFIOTI, H. *A Mulher na Sociedade de Classes: mito e realidade*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1979.
- SAMARA, E. de M. *A Família Brasileira*. São Paulo: Brasiliense, 1983. (Coleção Tudo é História, v.71).
- SANTOS FILHO, L. *História da Medicina no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1947.

- SANTOS FILHO, L. A medicina no período imperial: Brasil monárquico. In: HOLLANDA, S. B. *História Geral da Civilização Brasileira*. São Paulo: Difel/Difusão Ed., 1976. Tomo II, v.3. p. 448-490.
- SANTOS FILHO, L. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1977. v. 1.
- SCHRAIBER, L. B. *Medicina liberal e incorporação de tecnologia: as transformações históricas da autonomia profissional dos médicos em São Paulo*, 1988. Tese de doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (2 v.)
- SCOTT, J. W. *Gender and the Politics of History*. Nova Iorque: Columbia University Press, 1988.
- SENNA, M. D. *Contraceção: percepção e prática*, 1988. Dissertação de mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- SHORTER, E. *A History of Women's Body*. Londres: Penguin, 1982.
- STEPTOE, P. Endoscopic techniques of female sterilization. In: HODGSON, J. (Ed.) *Abortion and Sterilization: medical and social aspects*. Londres: Academic Press Grune & Stratton, 1981. p. 415-441.
- STOPES, M. *Contraception: theory, history and practices*. 5.ed. Londres: Unwin Brothers, 1941.
- TURNER, B. *Medical Power and Social Knowledge*. Londres: Sage Public, 1987.
- VAINFAS, M. E. *Meretrizes e doutores: o saber médico e a prostituição na cidade do Rio de Janeiro - 1845 a 1890*, 1985. Dissertação de mestrado, Niterói/RJ: Instituto de Ciências Humanas e Filosofia/UFF.
- VOLOCHKO, A. *Mortalidade de mulheres: mortalidade materna, SUS-4*, 1988, 1992. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

VOLOCHKO, A. O cenário cultural no nascimento e parto em São Paulo. In: 48ª Reunião Anual da SPPC, PUC-São Paulo, 1996.

WHO (World Health Organization). *Female sterilization: a guide to provision of services*. Genebra, 1992.

TESES INAUGURAIS

AZEVEDO, CARLOS FREDERICO DOS SANTOS XAVIER. *Considerações geraes sobre certas dificuldades que o médico parteiro pouco experiente encontra no exercício de seu ministério*, 1847. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CAMILLO, ALEXANDRE AUGUSTO D' ALMEIDA. *O onanismo na mulher, sua influência sobre o físico e o moral*, 1886. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CESAR, SEVERINO RIBEIRO. *Contribuição ao estudo da esterilidade na mulher*, 1924. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

COELHO, JOSÉ RODRIGUES BASTOS. *A defeza da maternidade*, 1913. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

COLLARES, JOÃO MARIA. *A história do parto cesáreo*, 1920. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CORAGEM, ANTONIO DOS SANTOS. *Cuidados higiênicos da mulher grávida*, 1919. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CORDEIRO, JOÃO BELISÁRIO DE LEMOS. *Do emprego dos anesthetics durante o trabalho de parto*, 1876. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

DIAS, LICINIO RIBEIRO. *Da continência como forma de energia*, 1913. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

- FERNANDES, CARLOS DA ROCHA. *O problema pré-natal*, 1924. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- MACHADO, JOÃO DA MATTA. *Educação física, moral e intelectual da mocidade no Rio de Janeiro e sua influência sobre a saúde*, 1875. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- MASCARENHAS, SEBASTIÃO GONÇALVES DA SILVA. *Do aborto provocado*, 1873. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- MELLO, VITAL MODESTO DA SILVA. *Hygiene do puerpério*, 1899. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- MOURA, GUILHERME AUGUSTO. *Prophylaxia da infecção puerperal. Rio de Janeiro*, 1896. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- NOVAES, PAULO ARAÚJO. *Loucura menstrual*, 1925. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- RABELLO, OSCAR BASTOS. *A pedagogia feminina em face da medicina*, 1920. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia.
- RENOTTE, MARIE. *A influência da educação da mulher sobre a medicina social*, 1895. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- ROSSI, LUCIANO. *Questões de hygiene social. Rio de Janeiro*, 1926. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- SANTA ROSA, JOSEPHINO SATYRO. *Das desordens menstruais nas psicoses e nas nevroses*, 1901. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- SEBAS, RAPHAEL. *O aborto terapêutico*, 1917. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- SILVA, HENRIQUE WENCESLAU. *Da menstruação*, 1891. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SOARES, J. P. *Da febre puerperal*, 1862. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

XAVIER, FRANCISCO JÚLIO. *Do procedimento do parto nos casos de aborto*, 1872. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.