

Parte I - História, política, conceitos

A medicalização do corpo feminino

Elisabeth Meloni Vieira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. *Questões da saúde reprodutiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Available from SciELO Books

<<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

A Medicalização do Corpo Feminino

Elisabeth Meloni Vieira

A tese da medicalização da sociedade ocidental tem sido discutida por vários autores desde a década de 70. Illich (1975) foi provavelmente o mais famoso destes autores. Medi-calizar significa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais (Miles, 1991).

Para tratar a condição do corpo feminino na medicina temos de resgatar sua dimensão social, ou seja, a articulação que se estabelece entre condição orgânica feminina e condição social de gênero. A medicalização desse corpo particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, relacionada por assim dizer à sua condição orgânica. Essa afirmação significa, sobretudo, a maneira específica pela qual o corpo feminino vem sendo tratado pela medicina a partir do momento em que se transforma em seu objeto de saber e prática.

Foucault (1982) analisa a natureza política da medicina na sociedade capitalista como uma estratégia de controle social que começa com o controle do corpo. Discutindo a temática da sexualidade que emerge como um objeto político nas sociedades ocidentais no século XVII, ele questiona se o controle da sexualidade e reprodução não teria implicações sociais para assegurar o controle populacional; reproduzir a força de trabalho; reproduzir os modos que as relações sociais são estabelecidas, de forma a garantir que se tenha uma sexualidade socialmente útil e politicamente conservadora (Foucault, 1980a). É neste contexto que olhamos para a medicalização do corpo feminino,

entendendo-a como um dispositivo social que relaciona questões políticas – como o controle populacional – aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana.

A natureza feminina

O processo histórico de medicalização do corpo feminino passa, necessariamente, pela idéia de que existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina. É justamente por meio dessa concepção que a medicina poderá se apropriar do corpo das mulheres.

A idéia de natureza feminina baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem este corpo é que ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre estes fenômenos. Daí decorrem idéias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos “naturais e essenciais” à divisão de gênero na sociedade.

A natureza feminina faz parte do conjunto de concepções pelas quais a identidade de gênero e suas implicações são construídas na sociedade e na cultura. Para De Romani (1982), tratar a identidade de gênero de maneira a-histórica e atemporal tem como finalidade reafirmar o fixo, o imutável, o eterno, o natural desta condição, estabelecendo 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 desse caráter supostamente essencialista, a partir do qual são construídas verdades absolutas (porque ‘naturais’), de forma que não seria possível ultrapassar a condição natural de sexo.

Segundo Bonder (1984), a crença naturalista estabelece uma relação de causalidade lógica entre o potencial biológico da mulher de gerar filhos e o cuidado e criação das crianças como atividade feminina. A mística maternal estabelece o potencial para a maternidade como fato fundamental para a constituição da feminilidade e identidade da mulher. A maternidade, ou melhor, a ‘natureza maternal’, seria, então, um fator nuclear do qual decorreria uma série de atributos de personalidade e conduta da mulher que lhe seriam ‘naturais’, negando-se persistentemente as intermediações da cultura neste âmbito. 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.

O nascimento da obstetrícia

A produção de idéias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma teórica e isolada da tomada deste corpo como objeto da prática médica. Por quase três séculos, os médicos se prepararam 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. No entanto, esse processo teve início trezentos anos antes da institucionalização do parto como evento hospitalar e do estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica.

Embora a antigüidade grega clássica já tivesse registrado algum interesse médico nessa área, ele se manteve sepultado durante séculos, até o Renascimento (Mello, 1983). Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres. A partir do século XVI, essa tradição começa a sofrer regulamentações, governamentais ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades européias a exames prestados diante de comissões municipais ou eclesiásticas. O ponto fundamental dessa regulação relaciona-se à garantia do estado emergente e da igreja de que não seriam realizados abortos e infanticídios. Exigia-se da parteira examinada pelas comissões a profissão da fé cristã, o saber batizar o recém-nato moribundo, e moral e reputação ilibadas. Essas regulamentações coincidiram com o processo de perseguição das feiticeiras – entre elas, muitas parteiras (Mello, 1983).

Vários autores afirmam que neste processo houve a execução de milhares de pessoas na Europa Ocidental – de 70 a 90%, mulheres –, principalmente entre 1563 e 1727 (Turner, 1987). Para Ehrenreich & English (1976), a caça às bruxas e a extinção das curandeiras e parteiras fazem parte da história de exclusão das mulheres da prática médica como estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura das doenças, e legitimá-lo por meio das universidades criadas no Renascimento. Ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e educação universitária, a medicina transformou-se em atividade reservada aos homens, já que nesta época apenas eles poderiam ter acesso à educação. A situação das parteiras e curandeiras ameaçava o monopólio deste saber. Embora o caça às bruxas não tenha acabado com parteiras e curandeiras, conseguiu transformar sua prática em atividades suspeitas.

A regulamentação da prática de partejar exigia que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las. Esses profissionais controlavam o uso do fórceps, mas a sua falta de prática e de conhecimento gerava situações contraditórias. Até 1750, as parteiras representavam o melhor em termos de conhecimento e práticas até então existentes (Shorter, 1982). Somente no século XVIII os estudantes de medicina passam a frequentar as maternidades européias.

A competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos. Os textos médicos instruindo parteiras caracterizavam-se pela sátira e condenação à sua ignorância. Elas também publicaram suas experiências e enfrentaram contendas com médicos (Mello, 1983). Embora muitas parteiras tenham ficado famosas – e eram, com certeza, muito competentes – não chegaram a formar nenhuma corporação profissional, como se entende hoje. Durante o século XVII, as parteiras tentaram várias vezes juntar-se ao Colégio do Físicos, sem obter sucesso. Sem acesso ao conhecimento, às universidades – subordinadas aos cirurgiões e físicos –, elas foram aos poucos tendo usurpada sua hegemonia da prática obstétrica (Mello, 1983). Com o advento do capitalismo industrial, a prática médica se consolidou como exercício monopolizado dos médicos e, assim, legitimado e reconhecido. Na segunda metade do século XVIII, já havia se tornado prática ter um médico assistindo ao parto na Inglaterra. Na competição do mercado, que viria então a se instalar, a prática das parteiras foi, progressivamente, colocada na marginalidade (Mello, 1983).

O desenvolvimento da obstetrícia como conhecimento médico foi uma tarefa árdua para médicos e mulheres, já que houve muitos conflitos e dificuldades. A etimologia da palavra ‘obstetrícia’ – originada do latim *obstetricum*, significa “estar diante de” (*obs*); “mórbido, tétrico” (*tetricum*) – expressa, em si mesma, um dos aspectos que a apropriação dessa área do saber trouxe para os médicos da época, diante de situações que tecnicamente não dominavam. Até o século XVIII, o parto foi vivido como um perigo de morte real, sendo a mortalidade materna bastante elevada na Europa Ocidental.

A medicina necessitou de todo o século XIX para desenvolver técnicas cirúrgicas, anestésicos e o uso da assepsia para efetivamente dominar esta prática. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do ensino médico. Segundo Foucault (1980b), foi a partir do século XVIII que as instituições hospitalares incorporaram características diferentes daquelas que até então faziam delas um abrigo para pobres, doentes e desvalidos.

Até 1880, as salas cirúrgicas não tinham assepsia. A bacteriologia foi fundamental para o desenvolvimento do hospital moderno e as medidas higiênicas adotadas tiveram sucesso no combate à infecção puerperal. Em consequência dessa prática, o índice de mortalidade diminuiu, contribuindo para a aceitação dos hospitais pela sociedade (Rosen, 1980). Além disso, a utilização de anestésicos contribuiu para o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas obstétricas, que até então apresentavam alta mortalidade. Segundo Shorter (1982), no século passado a palavra ‘cesariana’ era sinônimo de sentença de morte.

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 sobrevivência materna. Até então, o parto teria sido vivido como um evento em que o medo da morte ou a tortura do fórceps não era apenas um mito (Shorter, 1982).

No Brasil, a assistência ao parto, até o século XIX, é desenvolvida por parteiras, também conhecidas por aparadeiras ou comadres, já que era comum torná-las madrinhas dos filhos por elas partejados. Debret, em 1839, afirmou que mesmo no século XIX muito poucas parturientes ricas e nobres do Rio de Janeiro procuravam a assistência de um médico, e ainda assim, "por ostentação ou em casos difíceis" (Santos Filho, 1947).

Em 1809, ano seguinte à formação dos cursos médicos, 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). Ressalta-se que o estudo das artes obstétricas permaneceu por décadas como um estudo teórico, em que se utilizavam bonecos para simulação de situações práticas.

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. Até o final do século XIX, muitos médicos formavam-se sem jamais terem visto um parto ou procedido a um exame obstétrico: o parto continuou sendo atributo de parteiras diplomadas ou práticas. O ensino prático da obstetrícia encontrou várias dificuldades além da falta de recursos e investimentos nas escolas médicas. Entre elas, o aspecto competitivo da prática liberal e a resistência das mulheres em usar hospitais e enfrentar o olhar masculino. 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 (Mott, 1988). As irmãs de caridade que atendiam às parturientes eram proibidas, por regra, de olharem as partes pudendas, e o trabalho de parto se fazia às escuras.

O ensino prático da disciplina demorou muito a ser implantado nas escolas médicas. Data de 1911 o estágio na enfermaria de obstetrícia para estudantes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, apesar de o socorro obstétrico hospitalar ter sido instituído em 1830 (Magalhães, 1922). O discurso médico da metade do século XIX relativo à obstetrícia caracteriza-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades e ainda coloca em dúvida a competência das parteiras. Tal fato leva à defesa do ensino médico e à necessidade de domínio da obstetrícia diante da resistência das mulheres em utilizar os hospitais. Essa resistência fundamentava-se na tradição dos hospitais de serem abrigos para pobres, na moralidade da época e nos perigos das artes obstétricas rudimentares de então.

As primeiras enfermarias obstétricas nos hospitais do Rio de Janeiro eram locais que fundamentalmente serviam para abrigar mulheres sem condições de parir no domicílio, seguindo a tradição dos hospitais de abrigos 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, montadas para atender à clínica privada, principalmente à escravatura, já que os senhores cuidavam das escravas parturientes, garantindo o capital representado por elas e seus filhos (Magalhães, 1922).

Além das dificuldades técnicas e da moralidade vigente à época, 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 partejar ter sido até então uma prática de mulheres. Paradoxalmente, por esse motivo, e no afã de controlar tal prática, os médicos eram contundentes em relação às parteiras, atacando-as em seus discursos e submetendo-se às suas regulamentações, transformando-as de usurpadas em usurpadoras. Azevedo (1847:1) exemplifica bem esta 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 nossa hábeis parteiras, tendo estampado na frente de suas casas o sagrado símbolo da 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, ainda se discutia nas Academias a quem competia a responsabilidade de cuidar dos partos. O Real Colégio do Médicos de Londres chegou a declarar oficialmente, nessa época, que cuidar de partos não era mister digno de um médico ou cirurgião – que deveriam restringir-se aos partos difíceis e perigosos, a aplicar o fórceps e executar cesarianas (Santos Filho, 1947). Havia indignidade, quem sabe até desonra, em assumir um trabalho que por tradição era considerado feminino.

Fernandes (1924:81) comenta que, pela obstetrícia ser considerada uma especialidade 'menor', para ela se dirigiam os incompetentes, e que, por isso, o mau desenvolvimento da prática provocava desastres: "Se se iniciassem um dia os processos por crime de fórceps, de pituitrina e de cureta, não sei quantos presídios seriam necessários".

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

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, 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".

Dela, se dizia: “Madame Durocher era um tipo bizarro de criatura insexuada que usava gravata, cartola e barbicha” (Santos Filho, 1947).

Apesar dos conflitos internos no meio médico e das resistências das mulheres, o parto transformou-se em ato médico. As mulheres puderam voltar a partear, agora com o novo *status* de médicas. O acesso das mulheres ao ensino médico no Brasil ocorre em 1889. O saber que havia sido expropriado das parteiras resguarda-se, agora, na legitimidade de uma ciência e de sua suposta neutralidade, que por meio do poder médico poderá exercer o controle social sobre o gênero feminino, em que pese o fato de ser essa profissão, e em particular essa especialidade, eminentemente masculina em nossa sociedade.

A assistência médica à mulher

Se a medicalização estende-se, ampliando a jurisdição da prática médica, incorporando novas teses ao campo de normatividade da medicina desde o século XIX, também se amplia 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, produzem-se progressivas pressões por ampliação correlata do acesso e do consumo dos serviços de prática médica; e o consumo ampliado da assistência médica possibilitará que a medicina tenha seu monopólio validado e os limites daquela competência serão continuamente expandidos. Por isso, ao estabelecer o monopólio de sua competência acerca do feminino, deve-se ainda tratar das repercussões que tal jurisdição trouxe no plano da produção e distribuição da assistência médica para as populações.

Por meio de um exame dessa natureza podem-se evidenciar também as questões e as características que o movimento de expansão da produção e distribuição da assistência médica introduz na relação medicina-feminino social, participando da medicalização deste.

Os serviços, que até o século XX realizavam-se pela medicina privada na forma liberal ou da filantropia, terão seu acesso ampliado, no reconhecimento da produção de serviços de assistência médica como demanda social. Isto se dá com o surgimento de uma ‘medicina pública’, que se produz pela interferência do Estado na organização social dessa para normalizar sua produção face ao conjunto da população. Essa ‘medicina pública’ expande-se com o desenvolvimento da assistência à saúde coletiva, que se traduz em práticas sanitárias e/ou serviços e programas específicos de assistência médica, no interior da saúde pública; e na criação de serviços, sobretudo do seguro social, que visam exclusivamente permitir o consumo de uma assistência individual no cuidado à saúde, como a prática da medicina liberal (Donnangelo & Pereira, 1979).

Em relação ao corpo feminino, depois da consolidação dos seus cuidados 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.

A assistência ao parto e ao pré-natal achava-se institucionalizada e bastante difundida na Europa Ocidental no início do século XX. Na Inglaterra, em 1911, um movimento propiciou apoio financeiro do governo para que as autoridades locais instalassem clínicas pré-natais; em 1927, existiam 600 dessas clínicas em funcionamento (Gomez, 1988). Na França, Pinard liderou o movimento médico para o cuidado pré-natal, cujo modelo médico nasceu na maternidade Baudelocque. Foi ele também que imprimiu à puericultura prestígio e dinamismo, fundando o Instituto de Puericultura e impondo a disciplina ao meio acadêmico (Knibiehler & Fouquet, 1983).

A assistência pré-natal nasce associada à idéia de puericultura 'intra-útero' e ao conceito de saúde materno-infantil. Alguns autores referem-se à exaltação da maternidade no discurso médico da época e à difusão da assistência pré-natal e ao parto como relacionadas ao despovoamento da Europa Ocidental nas duas primeiras décadas do século XX (Knibiehler & Fouquet, 1983). 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 a formação da sociedade (Knibiehler & Fouquet, 1983).

No Brasil, do ponto de vista do cuidado individual, a expansão dos serviços de saúde relaciona-se a criação e ordenação dos serviços médicos na sociedade, que se inicia na década de 30, como se refere Donnangelo (1975). As origens do processo histórico que cria no Brasil a Previdência Social estão relacionadas às necessidades 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.

Do ponto de vista da saúde coletiva, a ampliação da assistência à saúde em relação ao corpo feminino e seus problemas aconteceu a partir da expansão de serviços e programas operados pela rede de serviços da saúde pública e que visavam à saúde materno-infantil, mais tarde conceituada nos textos de políticas públicas de saúde como atenção ao binômio mãe-filho (Lima, 1989). A partir da década de 20, o grupo materno-infantil seria alvo de ações sistematizadas por parte do Estado. A preocupação com este segmento emerge com a necessidade de controle da população trabalhadora, a partir da expansão cafeeira e do início da industrialização. Nesta época, inserem-se no cenário nacional a regulamentação da licença à gestante e à puérpera e a proibição do trabalho fabril para menores de 12 anos (Gomez, 1988).

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*, 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).

No Brasil, embora as políticas públicas de saúde continuem privilegiando o ciclo gravídico puerperal, nessa mesma época irão surgir as entidades que desenvolvem ações de planejamento familiar visando basicamente a anticoncepção (Senna, 1988). Vale ressaltar que é nos anos 60 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 à 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/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 deu lugar a um evento cirúrgico, e a possibilidade de procriar ao desejo da esterilização. Neste 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) revela o índice médio de 36,4% de cesarianas para todo o Brasil (BEMFAM -DHS, 1996), 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-DHS, 1996). Com exceção da região Nordeste, as cirurgias cesarianas têm sido o principal acesso para a maioria dos 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 sociais que se definiram a partir da falta de alternativas para a resolução dos problemas da área.

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 a distribuição dos recursos: coloca a si própria 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 a 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 delas, 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 para essa 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 do planejamento familiar é apenas um dos aspectos desse processo da vida reprodutiva da mulher. Esse fenômeno se expressa em termos de tecnologia, ao invés de humanização, educação e informação, substituindo 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), baseado 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.

Referências Bibliográficas

- AZEVEDO, C.F.S.X. *Considerações Gerais sobre Certas Dificuldades que o Médico Parteiro Pouco Experiente Encontra no Exercício de seu Ministério*, 1847, Tese inaugural. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- BARROSO, C. & AMADO, T. *A Ideologia da Pesquisa em Contracepção*. In: SEMINÁRIO NACIONAL DOS DIREITOS REPRODUTIVOS, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1988. (Mimeo).
- BONDER, G. *Ilusão da Naturalidade da Maternidade. Cadernos Edipic*, Rio de Janeiro, 1984 (Mimeo.)
- DE ROMANI, J.P. *Mulher: Natureza e Sociedade*, In: LUZ, M. (Org.), *O Lugar da Mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual*. Rio de Janeiro: Graal, 1982, p.59-71.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*, São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.
- DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. *Witches, Midwives and Nurses: a history of women healers*. Londres: Writers and Readers Publishers Cooperative, 1976.
- 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.
- FERNANDES, C.R. *O Problema Pré-Natal*, 1924. Tese inaugural. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
- FOUCAULT, M. *A História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1980a.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 2ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980b.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

- GOMES, F.Z. *Mulheres e Crianças Primeiro: o caráter da intervenção do Estado no grupo materno-infantil da Colônia ao Milagre Brasileiro*, 1988. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KNIBIEHLER, Y. & FOUQUET, C. *La Femme et les Medecins*. Paris: Hachette, 1983, p. 257.
- LIMA, M.R. *Atenção Pré-Natal: avaliação da proposta de atendimento de grupo*, 1989. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- MAGALHÃES, F. *A Obstetrícia no Brasil*, Rio de Janeiro: Leite Ribeiro, 1922.
- MELLO, V.H. *Evolução Histórica da Obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher*, 1983. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
- MERRICK, T. & BERQUÓ, E. *The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility*. Committee on Population and Demography. Report nº23. Washington, DC: National Academy Press, 1983.
- MILES, A. The medical control of women In: MILES, A. *Women, Health and Medicine*. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes, 1991.
- MOTT, M. L. B. *O Aborto Terapêutico no Pensamento Médico Baiano (Séc. XIX)*, Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1988. (Mimeo).
- 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: Abep, 1988, p.183-225.
- RATNER, D. *Cesária: bem de consumo?* In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 48ª, 1996, PUC São Paulo.
- ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SANTOS FILHO, L. *História da Medicina no Brasil*. v. 2. São Paulo: Brasiliense, 1947.
- SENNA, D.M. *Contracepção: percepção e prática*, 1988. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- SHORTER, E. *A History of Women's Body*, London: Penguin, 1982.
- SOCIEDADE CIVIL DE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM)-DHS. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* 1996. Relatório Preliminar, Macro International, Inc., 1997.
- TURNER, B. *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage, 1987.
- 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 do Nascimento e Parto em São Paulo*. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 48ª, 1996, PUC São Paulo.