

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE CURSO DE PSICOLOGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO EM PSICOLOGIA

Marcela Namura

Poder e racionalidade médica: um olhar crítico sobre as influências no corpo da mulher

São Paulo
2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE CURSO DE PSICOLOGIA

Marcela Namura

Poder e racionalidade médica: um olhar crítico sobre as influências no corpo da mulher

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia na Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Luís Eduardo França Jardim.

São Paulo

2021

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Luís Jardim, pela inspiração de uma Psicologia Fenomenológica comprometida com as questões sócio-políticas brasileiras. Muito obrigada por me convocar, em cada conversa, a tomar este trabalho como profundamente meu.

Aos meus queridos supervisores Ari Rehfeld e Bel Kahn por ensinarem o belo ofício de ser terapeuta.

À Profa. Vera Mendes, símbolo de coragem e resistência neste e noutros tempos sombrios, que me honrou aceitando o convite para ler este trabalho.

Especialmente aos meus pais, Patrícia e Marcelo, que mesmo tomados de surpresa pelos caminhos da (des)construção profissional, abriram espaço para que eu pudesse sonhar outros futuros. Obrigada por tanto!

Aos meus irmãos André e Vitor, que empenhadamente me mostram a importância de não me levar tão à sério.

Ao meu avô Nelson, de quem herdei a teimosia e persistência e à minha amada vizinha Magda.

Aos estimados Pedro, Ciça, Tia Miriam e Dona Cecília pela acolhida. A força de vocês reverbera em tudo.

Aos meus primeiros e fundamentais amigos: Renato, Bárbara, Fernanda, Carol, Jessica, Luciana, Mayara, Julian, Bruna, Koutras, Tais e Gabi. Obrigada pela alegria que só vocês despertam em minha vida.

Agradeço ao Guilherme, meu amor. Dedicando a conhecer-me encontrou tantos defeitos e, ainda assim, segue acreditando em mim. Foi o aconchego da sua presença, que por frear o fluxo dos meus anseios, tornou este trabalho possível.

*É preciso desformar o mundo:
Tirar da natureza as naturalidades*

Manuel de Barros

RESUMO

Este trabalho intenciona investigar (i) como a medicina se torna enunciadora legítima da verdade sobre os corpos; e (ii) como as noções a respeito do corpo feminino produzidas pelo discurso e pela prática médica desde o século XIX contribuem para legitimar desigualdades de gênero e naturalizar uma necessidade de controle sobre a mulher. Trata-se de uma pesquisa de cunho teórico composta por três capítulos. O primeiro se dedica a um breve regaste do modelo histórico de desenvolvimento da medicina moderna na Europa Ocidental e no Brasil, a partir principalmente de *Michel Foucault*. O segundo capítulo debate a tomada do corpo da mulher como objeto da ciência médica com foco em alcançar os discursos e desvelar seus projetos ideológicos. Por fim, o último capítulo traz considerações próprias da autora sobre o poder médico e seus desdobramentos para as mulheres.

Palavras-chave: Medicalização da mulher; Poder médico; Psicologia Fenomenológica; Controle dos corpos.

Área do conhecimento: 7.07.00.00-1 - Psicologia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA.....	10
3. COMO A MEDICINA SE TORNA ENUNCIADORA DA VERDADE SOBRE OS CORPOS?.....	12
3.1. O desenvolvimento político-econômico da medicina na Europa: um olhar foucaultiano	12
3.2. Desenvolvimento político-econômico da medicina no Brasil: a lógica colonial	22
4. AS NOÇÕES MÉDICAS A RESPEITO DO CORPO FEMININO	28
4.1. Ascensão do saber médico sobre as mulheres.....	28
4.2. A racionalidade médica e o encurtamento das possibilidades de ser mulher	36
5. MEU CAMINHO DE COMPREENSÃO	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
7. BIBLIOGRAFIA	71

1. INTRODUÇÃO

No prefácio do livro *A medicalização da Mulher* (2002), a professora Lilia Schraiber traz uma cena interessante. Durante uma entrevista sobre acompanhamento ginecológico, uma mulher é questionada quantas vezes seria necessário ir ao médico para prevenir adoecimentos. Ela responde entusiasmada: “bom mesmo, o ideal, seria sempre...todo dia”. A resposta, embora caricata, revela uma dinâmica própria do nosso tempo: atribuímos à medicina a legitimidade para enunciar a verdade sob os corpos, à ponto de consentirmos com seus excessos. Excessos de intervenções, excessos de instruções prescritivas...excesso de poder.

O poder e a racionalidade médica, em franca ascensão desde o século XVIII, aparecem como organizadores não apenas das instituições, mas também de toda singularidade. Pensadores como Ivan Illich (1975) e Michel Foucault (2010) desenvolvem críticas fundamentais a esse fenômeno, nomeado de medicalização. Em linhas gerais, trata-se do processo de colonização da vida pela medicina, ou seja, do alargamento indefinido do campo de intervenção médica. Se no passado, a medicina, como disciplina científica, estava orientada a tratar das demandas dos doentes, na contemporaneidade está infiltrada no cotidiano, intervindo sobre todos (doentes ou não) e padronizando modos de relação com o corpo, a sexualidade, a alimentação, o descanso etc.

O caráter excessivo da medicalização alcança, de maneira especialmente violenta, os corpos das mulheres. O parto, a menstruação, a gravidez, a estética e a menopausa vão sendo medicalizados tão intensamente que se inaugura a possibilidade de pensar que é preciso ir ao médico diariamente. Quase todos os fenômenos fisiológicos ou fases da vida da mulher foram transformados em atos que demandam intervenção, tratamento, controle e inspeção preventiva, de maneira que restam poucas possibilidades de relação com o corpo que não as referenciadas ao ideal de autocontrole fisiológico (EHRENREICH; ENGLISH, 2003; ILLICH, 1975; NUCCI, 2012).

A antropóloga Fabíola Rohden (2000, 2008, 2017, 2020) explica que a racionalidade médica em torno do feminino foi fundada no século XIX sob a necessidade de delimitar diferenças incontornáveis entre homens e mulheres. Este projeto de construção da medicina da mulher – a ginecologia – esteve a serviço de atribuir à natureza

aquilo que estava socialmente hierarquizado: mulheres são *naturalmente* frágeis e aptas à maternidade, enquanto homens são intelectualmente mais potentes e destinados à atividade pública. Os trabalhos de Elisabeth Meloni Vieira (2002), Ana Martins (2004) e Silvia Nunes (1991) corroboram com esta visão e apontam para um outro projeto: o de conformação de uma natureza feminina cronicamente instável e suscetível às doenças. Sustentado pelo conhecimento científico da época, o corpo da mulher foi tomado a partir da sua condição biológica - especialmente útil pela capacidade de procriar - e colocado como objeto prioritário de controle e intervenção médica.

Infelizmente, no século XXI ainda vigoram discursos sobre a saúde da mulher remetidos aos sentidos pregressos da constituição da ginecologia. Aspectos como a normatização da sexualidade para procriação e a necessidade de inspeção agora se misturam com as novidades do mercado da cirurgia plástica e da indústria farmacêutica, delineando uma noção genérica de saúde que contempla ideais de aperfeiçoamento da *performance* e melhoria da aparência (EDMONDS; SANABRIA, 2016; POLI NETO; CAPONI, 2007; ROHDEN, 2017). Mesmo com os diversos deslocamentos do lugar social das mulheres, os atravessamentos ideológico-políticos da construção do saber médico sobre o corpo feminino ainda articulam noções que restringem possibilidades.

Esta pesquisa foi desenvolvida com vistas ao aprofundamento das reflexões brevemente expostas e intenciona responder como:

- (i) a medicina se tornou enunciadora legítima da verdade sobre os corpos;
- (ii) as noções a respeito do corpo feminino produzidas pelo discurso e pela prática médica desde o século XIX vem contribuir para a construção de uma inferioridade do corpo feminino que legitima as desigualdades de gênero.

Embora faça resgates históricos, este estudo não vai ao passado buscar as prefigurações imperfeitas da ciência contemporânea para valorizar um suposto progresso, tampouco para sugerir um saudosismo pré-científico. Pelo contrário, busca identificar de que maneira os sentidos originários da construção do saber médico sobre o corpo feminino articulam noções de inferioridade ou subordinação. Nesse sentido, trata-se de compreender quais os sentidos e projetos que estavam colocados no passado e como eles reverberam na contemporaneidade, conformando sofisticados mecanismos de controle.

A estrutura desta investigação teórica está dividida em três capítulos: (i) revisão das condições que possibilitaram a medicina ser a disciplina enunciadora da verdade sobre os corpos; (ii) discussão sobre as noções médicas a respeito do corpo feminino e o projeto de naturalização das desigualdades de gênero; (iii) exercício de reflexão e articulação dos conhecimentos expostos.

2. METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa de cunho teórico realizada por meio de levantamento bibliográfico com o objetivo de investigar o poder médico, seus discursos e práticas sobre o corpo da mulher. A revisão da literatura parte principalmente de fontes primárias, embora utilize fontes secundárias no caso específico da apresentação de excertos das teses médicas do século XIX. Cabe ressaltar que estes trechos foram retirados de pesquisas que gozam de credibilidade e transcritos de forma literal - conservando inclusive a grafia da época – para amenizar os possíveis cruzamentos interpretativos. Estas escolhas metodológicas guardam relação com o entendimento de que a dimensão da historicidade é fundamental para compreender com maior lucidez o aparecimento de qualquer fenômeno, em especial o da medicalização¹. Dado que o conteúdo destes excertos é relevante para a proposta desta pesquisa, optou-se por utilizá-los como fonte secundária.

Os temas escolhidos neste estudo não têm nenhuma pretensão exaustiva ou englobante sobre a medicina e o corpo da mulher. Sabe-se que a experiência de ser mulher, também em relação ao acesso à saúde e à aderência ao discurso médico, é diversa e carece de ser olhada pela perspectiva da interseccionalidade. Embora esta pesquisa não deixe de explicitar as desigualdades e diferenças, não as tomou na centralidade das discussões. As escolhas realizadas resultaram do objetivo de colocar o tema em debate, evidenciar achados teóricos e pontuar lacunas para trabalhos futuros.

Este estudo está estruturalmente dividido em três capítulos.

O primeiro capítulo, *O poder dos saberes e das práticas médicas*, está estruturado em duas partes. A primeira parte tece uma breve e parcial análise do modelo histórico de desenvolvimento da medicina na Europa Ocidental desde o século XVIII. Trata-se de uma investigação a respeito das condições de possibilidade do nascimento do poder médico, a partir principalmente dos escritos de *Michel Foucault* (1926 – 1984). O autor, dentre outros importantes temas, se debruçou sobre as condições históricas que permitiram à medicina a exclusividade de enunciar a verdade sobre os corpos e a legitimidade do exercício de poder. Este texto toma o olhar crítico *foucaultiano* a respeito da estrutura

¹ Como coloca Machado *et al.*, (1978): “o desvelamento do passado, do modo específico de emergência das configurações atuais, é indispensável para uma percepção mais lúcida do presente” (p.12).

relacional de poder também a partir de seu debatedor *Ivan Illich* (1926 – 2002) e de importantes comentadores como Roberto Machado (1942 – 2021).

A segunda parte está dedicada a pensar os atravessamentos sociopolíticos do desenvolvimento do poder médico no Brasil. Essa distinção se faz absolutamente necessária uma vez que os fenômenos do colonialismo e da colonialidade impuseram violências outras das explicitadas no contexto europeu. Para pensar esses temas, convoco as reflexões críticas do livro *Ordem Médica e Norma Familiar* (1979) do psicanalista contemporâneo, Jurandir Freire Costa; e, novamente, o legado de Roberto Machado, principalmente no livro *Danação da Norma* (1978).

O segundo capítulo, intitulado *As noções médicas a respeito do corpo feminino*, também está dividido em dois momentos. O primeiro intenciona mostrar o projeto de ascensão dos saberes médicos sobre as mulheres. Trata-se de uma análise dos processos que configuraram a tomada dos corpos femininos como objetos da medicina científica. Esta discussão é feita a partir do trabalho de importantes pesquisadoras nacionais como a professora Fabíola Rohden, a historiadora Magali Engel e a professora de medicina Elisabeth Meloni Vieira, autora do livro *A medicalização do corpo feminino* (2002).

O segundo momento deste capítulo está dedicado a mostrar como os discursos dos médicos, especialmente do século XIX, estiveram a serviço de circunscrever um determinado lugar para o feminino. Para isso, estão apresentados alguns excertos de teses médicas que expõe as relações entre o projeto de controle das mulheres e a legitimidade do saber médico. Esta importante aliança esteve a serviço de condenar – e até patologizar – quaisquer possibilidades que escapassem da maternidade e do casamento.

O último capítulo tece considerações sobre conhecimentos adquiridos ao longo desta investigação. Partindo de experiências vivenciadas, pretende-se colocar em debate os processos de medicalização do corpo da mulher.

Por fim, cabe pontuar que a flexão de gênero masculino da palavra “médico” foi utilizada como representativa de toda categoria profissional em razão do peso histórico dos homens na construção da medicina científica. De forma alguma pretende-se compactuar com o caráter sexista da língua portuguesa.

3. COMO A MEDICINA SE TORNA ENUNCIADORA DA VERDADE SOBRE OS CORPOS?

Que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder.

Michel Foucault

3.1. O desenvolvimento político-econômico da medicina na Europa: um olhar foucaultiano

Este capítulo resgata, a partir das contribuições de *Michel Foucault*, o modelo de desenvolvimento político-econômico da medicina a partir do século XVIII na Europa Ocidental.

Até o final do século XVII as incumbências coletivas relacionadas a doença eram exercidas por instituições de caridade, que praticavam socorros inespecíficos a pessoas carentes. A assistência aos doentes era um dos procedimentos mistos empreendidos aos pobres, frequentemente com objetivo de restabelecê-los para o trabalho. Desse modo, os serviços médicos não ocupavam um lugar de autonomia frente as demandas relacionadas a pobreza, estavam dentre outros, como acolhimento de crianças abandonadas e distribuição de mantimentos (FOUCAULT, 2002).

A partir do século XVIII a saúde e o bem-estar físico aparecem como um problema específico cuja responsabilidade é atribuída ao Estado. Esta modificação do lugar ocupado pela política de saúde está, segundo Foucault (2002), fundamentada na necessidade de organizar produtivamente o aumento demográfico europeu. As variáveis médico biológicas da população emergem como elementos a serem geridos politicamente e os temas relacionados a mortalidade e longevidade passam a ser atribuídos ao Estado na medida em que significavam capacidade de assegurar a força nacional militar e o potencial de trabalho e produção (FOUCAULT, 2010). Trata-se da entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana no campo das técnicas políticas (FOUCAULT, 1999).

O alargamento das noções de saúde responde a alguns objetivos, de acordo com Foucault (2002): (i) o desaparecimento das epidemias; (ii) a redução da taxa de morbidade; e (iii) o aumento da duração média de vida. O autor aponta que nesse primeiro

momento, não se trata de intervir no corpo enquanto força de trabalho. O alvo dessa organização médica estatal são todos os corpos que constituem coletivamente o Estado. Interessa gerir esses objetivos de saúde e reduzir a mortalidade das crianças e adolescentes para torná-las úteis aos projetos nacionais, especialmente de defesa nos conflitos políticos com vizinhos.

Em *A Política da Saúde no Século XVIII*, Foucault (2002) aponta que as condições de possibilidade do desenvolvimento da medicina ao longo do século XVIII não estão situadas apenas nos dispositivos do Estado. Ao contrário, a saúde e a doença foram problematizadas e tomadas como encargos coletivos por instituições diversas: religiosas, científicas e, principalmente, a família, que se tornou ao mesmo tempo “o agente mais constante da medicalização” e o alvo de “aculturação médica” (FOUCAULT, 2002).

Dentre as instituições que tomam por encargo a medicalização dos corpos, a família é considerada privilegiada porque operacionaliza privadamente as obrigações de higiene, vestimenta, amamentação, exercício físico, controle dos excessos etc. Se até o século anterior as preocupações da família aristocrática estavam em torno da perpetuação do patrimônio, é a partir da necessidade de promover saúde para todos que as famílias se voltam para os objetivos do bem-estar físico. As relações de cuidado passam a ser normatizadas pela medicina, que consolida na dinâmica entre pais e filhos uma responsabilidade moral de cuidar da saúde, especialmente das crianças.

Foucault (2002) explica que a política médica do século XVIII reflete na

organização da família, ou melhor, do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos; fizeram-na desempenhar o papel de articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidado dos indivíduos; ela permitiu articular uma ética privada da boa saúde (dever recíproco de pais e filhos) (p.200).

A infância aparece como um tempo específico e o laço conjugal como tecido para fabricação de um ser humano saudável (FOUCAULT, 2002). No livro *A Política das Famílias*, Jacques Donzelot (1980) explica que até o século XVII, as crianças eram vistas como “adultos em miniatura” que não despertavam interesse nos médicos tampouco nas famílias. Apenas a partir do processo de medicalização que “em torno da criança a família burguesa traça um cordão sanitário que delimita seu campo de desenvolvimento”

(DONZELOT, 1980²) e articula a obrigação de constituir uma dinâmica que favoreça a proteção física e moral da infância.

Caponi (2000) ressalta que esta função familiar, supostamente “natural” e necessária, é produto de intervenções específicas que transformaram as relações de poder. São essas intervenções que gradativamente imprimem preocupações sanitárias generalizadas no lar e fazem aparecer a figura da mulher/mãe como cuidadora principal, responsável não somente pela produção de espaços organizados, limpos e arejados, mas também pelo aconselhamento moral.

As mães se transformam em aliadas indispensáveis dos médicos. Passam a ter obrigação de cuidar dos filhos, com atenção especial ao aleitamento, que não fica mais ao encargo das amas de leite. Para sustentar a doutrina médica, a partir do século XVIII ocorre uma proliferação de publicações em formato de manuais e dicionários sobre esses temas, como visto em *Dictionnaire de la Santé*, de 1876:

Tenho a ambição de fazer da mulher uma enfermeira perfeita, que compreenda tudo, mas que compreenda, sobretudo, que seu papel é esse: nobre e caridoso. O papel das mães e o dos médicos devem ser claramente diferentes. Um prepara e facilita ao outro; se complementam em interesse do doente. O médico prescreve, a mãe executa. (FONSSAGRIVES citado em DONZELOT, 1980)

Donzelot (1980) aponta esse processo de transformação das mães em enfermeiras domésticas reproduz a hierarquia entre o homem detentor do saber e a mulher executora dos preceitos. O médico forneceu às mães um novo poder na esfera doméstica e, portanto, um status social. Entretanto, há uma diferença fundamental em termos de classe. Nas famílias populares, o papel da mãe cuidadora não se configurou por meio da leitura dos textos médicos, nem da influência pessoal direta do médico, mas sim, por vigilância estatal direta. Caponi (2000) conclui que os padrões morais e a rigidez higienista chegam às famílias pobres, frequentemente, forjados de assistência. Essas mães tomam como função o controle do marido e dos filhos, antes exercido por estruturas de poder essencialmente punitivas. Sobre essas diferentes configurações, Caponi (2000) comenta:

Se o discurso médico dirigido à mãe burguesa abre a possibilidade de gerar espaços de autonomia e até de intervenção social, no caso das mães populares representa o perigo de uma intervenção não desejada em seus hábitos de vida que, segundo se diz, devem mudar radicalmente.

² Não há especificação de página.

Representa, enfim, o refinamento de mecanismos de controle e de vigilância (p.90).

Em resumo, a figura da mãe aparece como condição de possibilidade da configuração da família como espaço privilegiado de intervenção e de controle médico. Se por um lado, o Estado tinha interesse em salvaguardar a vida para destiná-las a tarefas nacionais, por outro, às famílias interessava a preservação da honra. Essa convergência tática abriu espaço para uma série de intervenções corretivas na vida familiar.

Outro importante alvo do processo de medicalização apontado por Foucault (2002) é a cidade. O gradativo deslocamento das dinâmicas sociais do campo para cidade vai produzindo uma “inquietação político-sanitária” em relação aos elementos urbanos: fábricas, lixões, esgotos, cemitérios, moradias etc. O espaço urbano passa a existir como perigo em termos de proliferação de doenças e epidemias. Aparece, então, na segunda metade do século XVIII a medicina urbana, fundamentada em três objetivos (i) analisar e intervir nas regiões de acúmulo de tudo que pode gerar doença, como os cemitérios; (ii) controlar a circulação do ar e da água; (iii) organizar a alocação de elementos necessários à vida comum, como fontes e esgotos.

Em *Nascimento da Medicina Social*, Foucault (2002) aponta que:

A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência (p.92).

Se até os anos 1750, a medicina se ocupava das demandas dos doentes e suas doenças, depois disso surge um campo de intervenção muito mais extenso. As possíveis causas de doenças não estão mais no próprio indivíduo, mas sim, nos espaços urbanos. À medida em que estas variáveis espaciais aparecem como objeto a medicalizar, o médico vai consolidando uma posição politicamente privilegiada relacionada à inserção do seu discurso nas ciências, saberes e decisões extra médicas. A medicina passa a refletir e atuar sobre componentes físico-químicos, urbanísticos e institucionais. Simultaneamente, os médicos assumem lugares importantes nas estruturas administrativas, uma vez que os princípios gerais de urbanismo passam a ser formulados a partir das intervenções higienistas. (FOUCAULT, 2010, 2002).

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. (FOUCAULT, 2002, p.203)

A compreensão de que a sujeira urbana é responsável por doenças vai delineando a higiene pública como um tipo de intervenção político administrativo da medicina (MACHADO *et al.*, 1978). Importante ressaltar que essa autoridade se constitui não apenas em torno de um saber específico a respeito da noção de salubridade³ e higiene pública⁴, conceitos que ganham relevância pouco antes da Revolução Francesa, mas também em torno da reinterpretação dos limites entre político e médico. Os médicos passam a ser presença cada vez mais numerosa nas assembleias políticas, academias científicas, conselhos e órgãos administrativos. Trata-se de uma ascensão de poder a partir da possibilidade de tomar decisões no nível de população, cidade ou instituição. (FOUCAULT, 2010, 2002).

Machado *et al.* (1978) sintetizam a posição que o médico assume:

O médico torna-se cientista social integrando à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia, a história; torna-se um planejador urbano: as grandes transformações da cidade estiveram a partir de então ligadas à questão de saúde; torna-se, enfim, analista de instituições: transforma o hospital (p.54).

Outra fundamental condição de possibilidade do desenvolvimento da medicina é o aparecimento do hospital como instrumento de intervenção terapêutica. Até meados de 1780 não existia técnica suficiente para que o indivíduo hospitalizado saísse vivo da instituição. Em *O Nascimento do Hospital*, Foucault (2002) explica que os hospitais eram instituições de assistência aos pobres, cuja função fundamental era realizar a transição entre a vida e a morte a fim de garantir uma salvação ao principal usuário da instituição: o pobre que está morrendo.

Se antes era uma espécie de morredouro coordenado por religiosos, passa a ser um espaço terapêutico onde se articula o saber e o poder médico. O hospital se transforma de “instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual” (FOUCAULT, 2002, p.102) para “uma máquina de curar”. (FOUCAULT, 2002, p.205). Este processo de medicalização do hospital acontece no contexto das intervenções da medicina urbana com o propósito imediato de suprimir a disseminação de doenças na cidade. Gradativamente, os médicos vão ocupando os espaços na organização hospitalar, antes

³ Foucault (2002) define este termo como o estado das coisas, a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível.

⁴ Foucault (2002) define este termo como uma técnica de controle dos elementos do meio que podem favorecer ou prejudicar a saúde.

delegados aos grupos religiosos. Isso significa que o poder disciplinar dos hospitais passa a ser confiado ao médico (FOUCAULT, 2002).

O poder de organizar internamente as disposições espaciais e regras dos hospitais é atribuído aos médicos conforme a concepção de cura começa a abarcar os elementos do meio, como temperatura, alimentação e circulação do ar. Essa ampliação das variáveis alvo da medicina confere aos médicos o privilégio hierárquico dentro do hospital, simbolizado pelo ritual da visita médica. Esta, além de se tornar mais frequente, é acompanhada por estudantes, enfermeiros e assistentes que anunciam a chegada do protagonista e anotam seus preceitos. (FOUCAULT, 2002). Em *A Expropriação da Saúde*, Illich (1975) coloca esse ritual da visita como um *espetáculo* em que os corpos doentes são colocados aos médicos para a cura. Na visão do autor, aventais brancos, ambiente asséptico e mecanismos de segurança constituem um “aparato-ritual” que preenchem funções mágicas e simbólicas, tão ou mais importantes quanto os procedimentos médicos aplicados.

O hospital enquanto instrumento médico estará a serviço não só da cura, mas principalmente da formação e do acúmulo do saber médico, que ganhou significativo impulso. Como nas instituições hospitalares foram implementados mecanismos de registro, comparação e produção de estatísticas, constitui-se um arcabouço de conhecimento útil ao estudo e a comparação dos casos. (FOUCAULT, 2002, 2010; ILLICH, 1975). A formação médica, antes distanciada dos hospitais e fundamentada nos tratados clássicos e na transmissão pessoal de conhecimento, a partir do século XVIII, passa obrigatoriamente pelo hospital, um laboratório de experimentação fundado em demonstrações e comparações (MACHADO *et al.*, 1978).

Em *O Nascimento do Hospital*, Foucault (2002) conclui que

os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda população. O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar (p.111).

Este contexto de formalização e padronização do conhecimento da medicina guarda relação com o aparecimento da clínica enquanto fato histórico. Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault (2020) explica que este dispositivo é fundado sob a reorganização do conhecimento médico e da estrutura do discurso sobre a doença. Ambos são, a partir

do século XIX, atualizados pela anatomia patológica⁵, uma ciência considerada objetiva e indubitável. Desse modo, “acabou o tempo da medicina das doenças; começa uma medicina das reações patológicas” (FOUCAULT, 2020, p.212).

Essa mudança reflete o novo paradigma metodológico de investigação das doenças na clínica. Segundo Foucault (2020), trata-se de uma “medicina dos órgãos sofredores”, marcada por três principais momentos: (i) determinar, por meio dos sintomas, qual órgão sofre; (ii) explicar como o órgão se tornou sofredor; e (iii) indicar o que fazer para deixar de sofrer. A utilização de instrumentos de análise que centralizam a localização do problema em um órgão ou tecido, desloca o olhar do médico para categorias biológicas cada vez mais específicas⁶. A medicina passa a penetrar na profundidade do corpo e tornar visível aquilo que estava obscuro. Por meio de um vocabulário analítico e meticoloso, o médico investiga os sintomas e produz explicações e prescrições pelos referenciais anatômicos e fisiológicos, antes ocultos. “A doença se desprende da metafísica” (FOUCAULT, 2020, p.218), torna-se legível e passível de ser desvendada em causas objetivas.

O vínculo fantástico do saber com o sofrimento, longe de se ter rompido, é assegurado por uma via mais complexa do que a simples permeabilidade das imaginações. (FOUCAULT, 2020, p.IX).

Esta vinculação entre saber e sofrer, antes passível de ser articulada e legitimada em diversos horizontes, passa a ficar circunscrita ao âmbito da ciência: “a medicina descobre que a incerteza pode ser tratada analiticamente como a soma de graus de certeza isoláveis e sucetíveis a um cálculo rigoroso” (FOUCAULT, 2020, p.106). A ascensão do discurso científico - como único capaz de produzir verdade sobre o sofrimento - coloca o médico como figura privilegiada na produção e enunciação de teorias sobre todos os fenômenos da existência. Conforme observou Foucault (2020), o desejo de salvação vai sendo substituído pelo de ter saúde. Nessa trama de forças, o médico adquire o privilégio do discurso teórico, que oferece ao homem moderno uma face tranquilizante diante da finitude. (FOUCAULT, 2020; MACHADO, 2002).

⁵ “Anatomia patológica é uma ciência que tem por objetivo o conhecimento das alterações visíveis que o estado da doença produz nos órgãos do corpo humano. A abertura dos cadáveres é o meio de adquirir esses conhecimentos.” (LAENNEC, 1820 *citado em* FOUCAULT, 2020).

⁶ Em 1910, com a publicação do Relatório Flexner, o conceito de saúde oficialmente passa a basear-se na ausência de doenças e a formação médica ganha uma tendência à especialização.

O uso de instrumentos de quantificação, possibilitados pela forma de organização hospitalar, e a visão anatomopatológica, preceito do trabalho clínico, fundam a compressão de que “as doenças existem em si mesmas, independentemente da percepção que o médico e o paciente têm a seu respeito.” (ILLICH, 1975, p.148). A doença torna-se uma entidade distinta do homem e precisa ser catalogada, comparada e extirpada do corpo. Para Illich (1975), este é o início da equivalência entre os conceitos de doença e desvio da norma.

De acordo com autor, a palavra norma tem origem do latim e significa esquadro, o instrumento usado por carpinteiros. Na língua inglesa, até 1830 a palavra significava ortogonal e apenas, a partir de 1880, adquiriu a significação de estado ou condições frequentes, habituais. Nas últimas décadas do século XIX, as normas passam a ser usadas como critério de diagnóstico e de distinção entre o saudável e o patológico. Uma pessoa é considerada com boa saúde quando apresenta padrões clínicos de normalidade, e doente quando exhibe traços anormais (ILLICH, 1975). No último caso, a intervenção terapêutica da medicina é necessária para o reestabelecimento dos limites normais.

Esta característica em conjunto com o caráter de cientificidade são marcantes no desenvolvimento da medicina do XIX. A descoberta da técnica de anestesia geral, em meados dos anos 1840, inaugura a possibilidade de executar qualquer cirurgia, uma vez que desaparece a barreira do sofrimento (FOUCAULT, 2010). O campo da criminalidade e do trabalho também se tornam alvos de interferência do saber médico-científico. A perícia psiquiátrica passa a ser um instrumento técnico para determinar se um sujeito é louco ou criminoso (FOUCAULT, 2010), o que contribui para o fortalecimento das noções de normal e patológico no convívio social.

No campo do trabalho, especialmente na Inglaterra, onde o desenvolvimento industrial e do proletariado foi mais rápido, a medicina se ocupa de tematizar assuntos emergentes relacionados à saúde e ao corpo das classes trabalhadoras. Delineia-se um ajustamento dos fenômenos coletivos ao desenvolvimento do capitalismo (FOUCAULT, 1999). Nesse sentido, assegurar a saúde dos proletários significava também a capacidade de garantir a saúde das classes ricas, uma vez que havia um medo sanitário em torno da população mais pobre (FOUCAULT, 2002). Um controle médico autoritário passa a ser exercido por meio da (i) obrigatoriedade da vacinação; (ii) registro das doenças com potencial de se tornarem epidêmicas; e (iii) contenção e eventual destruições de locais considerados insalubres. Em *Nascimento da Medicina Social*, Foucault (2002) aponta que

se trata de uma “medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (p.97).

Embora no século XIX a medicina já tivesse ultrapassado os limites da doença, ainda existia um *exterior*, ou seja, temas não controlados ou codificados pela medicina. Em *Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina*, Foucault (2010) explica que a partir do século XX, a medicina deixa efetivamente de ter um *exterior*, ou seja, não é mais possível reconhecer suas fronteiras. Em *A Expropriação da Saúde*, Illich (1975) também aponta isto: a invasão da medicina deixa de reconhecer limites e promove uma “colonização médica da vida” (p.9). A ampliação do espectro médico atinge toda a existência, de modo que a partir do século XX torna-se impossível reconhecer um “fora” da medicina.

Observa-se, então, uma inversão da lógica tradicional da medicina: as intervenções médicas relacionadas às demandas dos doente acontecem em casos específicos, enquanto as intervenções sem demanda ocupam todo o campo social. “Com frequência bem maior, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como um ato de autoridade” (FOUCAULT, 2010, p.181). Este fenômeno é nomeado como medicalização, uma vez que a amplitude do saber médico ganha força para penetrar o cotidiano indistintamente e dificultar a produção de práticas corporais fora do seu alcance.

Cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado. E quando se quer objetar à medicina suas deficiências, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos, isso é feito em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e difuso (FOUCAULT 2010, p.184).

Zorzanelli e Cruz (2018), na tentativa de definir o tema da medicalização na obra de Foucault, chamam a atenção para a perda da sua especificidade teórica. Embora em diversas análises sociais, o conceito apareça como sinônimo de crítica ao poder médico, ou até mesmo como problematização do uso exacerbado de medicamentos, a medicalização foi inicialmente proposta em referência aos processos de ampliação da intervenção médica. A extensão dessa intervenção alcança o plano da vida e exerce um controle específico em torno de comportamentos e desvios, assim como de populações inteiras.

A preponderância do discurso científico e a centralidade concedida à noção de patologização faz aparecer o que Foucault (2010) chamou de *somatocracia*, um sistema que o Estado tem primordialmente a finalidade de intervir para o cuidado com corpo.

Neste regime, as variáveis relacionadas ao corpo são alvo de administração e controle do Estado, seja para extrair sua força útil, distinguir o normal do patológico ou regular comportamentos. Foucault (2010) toma o Plano Beveridge⁷ como referência simbólica para a consolidação do direito à saúde no século XX. A partir do plano, o direito de manter o corpo em boa saúde se converte em objeto da intervenção do Estado e articula uma nova moral, um novo modo de organizar o orçamento estatal e uma nova economia.

O fenômeno da medicalização da sociedade guarda uma importante relação com os dispositivos do *biopoder*⁸. Se o poder soberano antes era simbolizado pela possibilidade de matar, com os dispositivos médicos, um outro tipo de poder passa a ter centralidade no século XX: o poder de fazer viver por meio do gerenciamento dos corpos e das populações (FOUCAULT, 1999). O exercício deste tipo de poder demanda a implementação de mecanismos corretivos e reguladores. Prolifera-se, então, tecnologias médico-políticas que abrangem toda a existência, “garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia” (FOUCAULT, 1999, p.133).

Esta nova lógica que organiza o exercício de poder está assentada sob a concepção do corpo como uma máquina, necessária política e economicamente. “A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano” (ILLICH, 1975, p.10). Foucault (2010), embora exerça críticas ao texto de Illich (1975) concorda que o novo funcionamento político econômico da medicina produziu efeitos nocivos relativos ao próprio caráter científico das intervenções médicas. O corpo humano, especialmente no final do século XX e início do XXI, entra no campo das coisas parametrizáveis, apartado de produções espontâneas não regidas pelos códigos médicos.

Esta concepção de corpo abre espaço para o desenvolvimento do mercado de consumo em saúde, tão bem estabelecido na contemporaneidade. A conquista da saúde aparece como um novo objeto de desejo e como oportunidade de geração de lucro para indústrias farmacêuticas e médicos. Foucault (2010) explica que a atual crise do poder e das práticas médicas passa necessariamente por esse sistema de consumo, que além de estruturar grandes desigualdades frente à doença e à morte, restringe (ou dificulta) as

⁷ Foi elaborado em 1942 na Inglaterra e utilizado em vários países europeus como modelo de reestruturação da saúde no pós II Guerra Mundial (FOUCAULT, 2010).

⁸ Em *a História da Sexualidade*, Michel Foucault (1999) dedicou o capítulo intitulado “Direito de morte e poder sobre a vida” para explicar o conceito de *biopoder*. Giorgio Agamben também tematiza o *biopoder* em suas análises. Este trabalho não se aprofundará nessa conceituação.

possibilidades de produção de saúde descolados do caráter normalizador e autoritário do saber biomédico.

3.2. Desenvolvimento político-econômico da medicina no Brasil: a lógica colonial

Tendo em vista que a formação do Brasil como nação é radicalmente atravessada pelos fenômenos do colonialismo e da colonialidade, é preciso demarcar algumas diferenças nos processos de constituição da medicina aqui e na Europa Ocidental. O texto a seguir resgata alguns elementos históricos nacionais para contribuir com a reflexão sobre os vínculos entre o poder médico e a sociedade brasileira.

Em *Danação da Norma*, Machado *et al.* (1978) explicam que, durante todo período colonial, médicos eram demandados às autoridades portuguesas. Por haver a proibição do ensino superior nas colônias e pelo desinteresse de encontrar médicos dispostos a virem para o Brasil, esses profissionais eram escassos⁹. Frequentemente eram preteridos a formas de cura referidas aos indígenas, aos jesuítas e aos negros, uma vez que a doença era frequentemente entendida como uma advertência divina (PRIORE, 2004). De acordo com os autores, o médico era um funcionário ligado a administração colonial que enfrentava dificuldade de mostrar eficiência longe dos medicamentos e instrumentos europeus. Sua ação, quando existente, consistia em terapêutica curativa e individual que acontecia sob demanda dos doentes.

Até meados do século XVIII, Portugal negligenciava políticas de urbanização e povoamento no Brasil. Com a descoberta do ouro, as invasões espanholas no Sul e a chegada da coroa portuguesa no Brasil (1808) começam os esforços para controlar as cidades. Esboça-se a ideia de uma polícia sanitária urbana como forma de neutralizar os focos de doença - as águas estagnadas, os cemitérios e o mau estado de carnes, peixes etc. A presença da administração no território nacional vai articulando instrumentos de contenção das desordens, por meio de intervenções autoritárias de higiene pública e imposição de alteração de costumes (COSTA, 1979; MACHADO *et al.*, 1978).

⁹ Segundo a historiadora Wissenbach (2004) havia no início do século XVII apenas três cirurgiões para trinta mil pessoas na região de Recife. No final do século, na região de Belém, a autora estima que havia dois médicos e sete cirurgiões para uma população de onze mil pessoas.

Embora a chegada da família real tenha promovido um significativo aumento populacional, principalmente de uma elite formada por famílias rurais, diplomatas e comerciantes, ainda não existia uma preocupação de produção de saúde (COSTA, 1979). O que se constitui como problema efetivo é a doença e a possibilidade que ela ameace a estabilidade da sociedade e impeça o trabalho na colônia. Nesse contexto, o caráter científico da higiene operou como fundamento da política de transformação dos indivíduos em função dos interesses do Estado.

Esta operacionalização médica dos interesses estatais pode ser observada no processo de comercialização dos corpos escravizados. Como explica Wissenbach (2004), a participação dos profissionais ligados à saúde não se limitava ao acompanhamento dos navios ou ao tratamento das doenças que os acometiam durante à diáspora. Eles estavam encarregados de auxiliar os capitães dos navios e os mercadores na precificação dos escravizados. Para isso, os profissionais realizavam um minucioso exame de observação das características físicas, das evidências de idade e de sintomas para, em sequência, classificarem e atribuírem valor em função da utilidade. Desse modo, contribuíam com a lucratividade do comércio de escravizados, um dos principais interesses econômicos da Coroa Portuguesa.

Sob a justificativa de que “a população não é somente caótica, revoltosa, mole, frouxa e ignorante: ela é também doente” (MACHADO *et al.*, 1978, p.122), abre-se espaço para que o médico interfira nos temas relacionados ao processo de urbanização e à dinâmica de convívio social. Algumas soluções são propostas para atacar a imoralidade que compromete a saúde:

(...) por exemplo, evitar a vadiagem, conservando ocupados os indivíduos de ambos os sexos e mesmo enviar para o campo famílias que vivem em promiscuidade, isto é que não tem condições econômicas de viver na cidade porque comem, moram, dormem e respiram pessimamente. (MACHADO *et al.*, 1978, p.146 - 147).

Embora a percepção de que a doença acompanha a pobreza, o ócio e o crime já estivesse bem instalada no início do século XIX, os médicos, como profissionais capazes de curar, ainda tinham pouco prestígio. Por um lado, o exercício da profissão era partilhado com uma série de categorias: físicos, boticários, jesuítas, curadores populares e cirurgiões. Por outro, a racionalidade científica da medicina não atravessava os costumes em torno da doença e de seus cuidados. Os possíveis sentidos atribuídos ao adoecimento também não passavam pelo crivo da ciência, o que levava as pessoas a

buscarem as práticas aplicadas pelos curadores populares como infusões de plantas e sangrias. (ALMEIDA, 2015; COSTA, 1979). Em resumo, “a pirâmide do poder saber que põe a medicina no topo da hierarquia das práticas curativas ainda não adquirira a solidez que possui atualmente.” (COSTA, 1979, p.76).

Esse descrédito cultural em torno da superioridade da medicina científica será alvo de intervenção ao longo de todo o século XIX. Com a intensão de tornar exclusivo o saber e o direito de assistir os doentes, são articuladas estratégias no campo terapêutico e no campo político administrativo. No âmbito terapêutico, Almeida (2015) explica que ocorreu um processo de assimilação dos conhecimentos populares de cura, principalmente aqueles relacionados as propriedades de ervas e plantas. A medicina buscou legitimá-los como saberes científicos por meio de métodos de experimentação, ao mesmo tempo, que empreendeu esforços para desacreditar conhecimentos populares. De acordo com a autora, esse projeto de apropriação científica incluiu, por exemplo, a distinção dos medicamentos de origem vegetal daqueles sobrenaturais ou simbólicos, nomeados de charlatanismo.

O enfrentamento a práticas consideradas charlatanistas se utilizou também de discursos que enaltecem a ciência médica em oposição a experiências “não dirigidas pela razão”. O charlatão é visto não só como um obstáculo entre o médico e seu objeto - a população, mas também, como uma figura imoral e interesseira que ora busca causas sobrenaturais para explicar as doenças, ora, é enganado pelos sentidos. O médico, em oposição, tem um conhecimento movido pela observação e racionalidade, além de executar sua prática com discrição e compromisso com a verdade. (MACHADO *et al.*, 1978). Costa (1841), pesquisado por Machado *et al.*, (1978), apresenta sua tese de medicina e escreve que os charlatões estão entre:

as causas mais gerais e poderosas da mortandade de nossa nascente população e das prolongadas e numerosas moléstias crônicas que afligem nossos Patrícios e que constituem o germe principal de suas misérias físicas. (ABREU, 1839 *citado em* MACHADO *et al.*, 1978)

A exclusão e deslegitimação de todo saber produzido fora da medicina flerta com ódio a qualquer prática de conhecimento de cura assentado em outras premissas. Esse descrédito-ódio é contraditório, uma vez que a construção do conhecimento da medicina no Brasil aconteceu a partir de experimentalismos junto aos povos tradicionais, negros, bandeirantes e demais comunidades. Conforme apontou Almeida (2015), a medicina se esforça para ser identificada a partir do caráter de cientificidade para se constituir como

único campo legítimo para intervir nos corpos. O processo de desqualificação dos curadores populares interessa aos médicos à medida em que aumenta as possibilidades de assegurar controle à profissão e à sociedade. Pouco a pouco, como observou Machado *et al.*(1978), a influência e o interesse da classe médica vai se dilatando.

No campo político administrativo, a estratégia fundamental era ter o controle do exercício da profissão. Machado *et al.*(1978) explicam que esse projeto foi articulado em torno da criação das escolas de medicina¹⁰ e das entidades representativas¹¹. Por meio dessas instituições, buscava-se a imposição da medicina como poder hegemônico essencial à proteção da saúde pública e ao ordenamento moral e higiênico da cidade. Organizados, os médicos passam a demandar participação direta nas Câmaras Municipais e a criticar a inércia na execução das medidas de higiene. A criação de estruturas jurídica-burocráticas em torno da formação do médico e da sua prática vai gradativamente consolidando os interesses de padronização do conhecimento e exclusividade para interferir sobre a saúde da população.

Em *Ordem Médica e Norma Familiar* (1979), Jurandir Freire Costa enfatiza a relevância do processo de medicalização da família para o atingimento desses interesses. De acordo com o autor, as táticas médicas usados para execução das políticas de higiene variavam conforme a classe social. Enquanto para famílias da elite, tratava-se de promover um convencimento em torno da noção de saúde e prolongamento da vida, para as famílias populares - escravizados, mendigos, loucos - a tradição punitivista, que as toma como inimigas, continuava vigorando. Em resumo, é sobre a elite letrada brasileira que as estratégias médicas implementadas na Europa serão replicadas. Os “sem família” continuarão entregues “a polícia, ao recrutamento militar ou aos espaços de segregação higienizados como a prisões e asilos” (COSTA, 1979, p.33).

A presença de escravizados nos assépticos lares brancos urbanos é colocada como desafio à higiene, conforme o pensamento médico se engendra nas famílias. O projeto de europeização dos costumes encontrava nos escravizados um empecilho à criação de uma família sadia, uma vez que sua presença era vista como causa de desordens, doenças, sexualidade exacerbada, vícios, dentro outros obstáculos a civilização. “Os médicos (...)”

¹⁰ Em 1832 são criadas as Faculdades de Medicina do Rio e da Bahia. (MACHADO *et al.*, 1978).

¹¹ Em 1829 é inaugurada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. (COSTA, 1979).

inverteram o valor do escravo. De animal útil ao patrimônio e à propriedade, ele tornou-se animal nocivo à saúde”. (COSTA, 1979, p.121).

Algumas publicações da época sinalizam este pensamento. Em 1869, Mendes escreveu:

Entre as escravas, que além de serem em geral estúpidas, grosseiras e seu moral extremamente viciado, o seu organismo é, de ordinário, a sede de grande cópia de moléstias, bem como a sífilis e a diátese escrofulosa, o linfatismo. (MENDES, 1869 *citado em* COSTA, 1979).

Vistos como causadores de doenças orgânicas, o escravizado também é apontado como gerador de defeitos morais. Em 1845, Viana aponta que “o escravo gera a preguiça, a indolência, a soberba, a vaidade e a tirania do senhor”. (VIANA, 1845 *citado em* COSTA, 1979). Esse projeto de condenação dos escravizados foi um importante fundamento da medicalização das famílias brasileiras. Com abrangência ampliada, passou por temas desde o desenvolvimento das crianças - que precisavam ser protegidas das disposições hereditárias transmitidas pelo leite das amas escravizadas – até a conduta sexual dos homens - que atraídos aos leitos das escravizadas, colocavam em risco a saúde da sua prole.

O trabalho de Machado *et al.*(1978) aponta para uma diferença entre os escravizados nos ambientes urbanos e rurais. Enquanto os trabalhadores da cidade são tematizados pela medicina a partir da intenção de funcionalizar a família branca, os escravizados das fazendas se transformam em objeto da medicina para elevar os níveis de produtividade. O olhar médico adentra as senzalas e impõe modificações na disposição dos espaços; na frequência dos períodos de descanso; na proporcionalidade dos castigos físicos; e nos hábitos de alimentação e vestuário para produzir um corpo mais saudável e produtivo. Os autores comentam que as estratégias empreendidas nas fazendas brasileiras são as mesmas adotadas nas fábricas da Europa com os trabalhadores assalariados.

A presença dos escravizados foi gradativamente sendo dificultada por mudanças econômicas e legislativas¹² no território nacional. A partir de 1870, o debate da extinção oficial do trabalho escravo assume maior proporção e influencia a classe médica brasileira. As ideias abolicionistas circulavam entre os escravizados com as notícias vindas da independência do Haiti (QUEIROZ, 2018), e também entre os europeus recém

¹²Em 1831 é proibido o tráfico de escravos para o Brasil; em 1850 é promulgada a Lei Eusébio de Queirós, que reforça a proibição do tráfico para o país; Em 1871 a Lei do Ventre Livre é assinada; em 1884 Escravidão é abolida nas províncias do Ceará e Amazonas; em 1885 Lei dos Sexagenários é assinada. (QUEIROZ, 2018).

chegados no Brasil. Estes, motivados por ideologia “filantrópica liberal” ou pela repulsa de convívio com os negros, condenavam, em conjunto com os médicos, a presença de escravizados no serviço doméstico. Nesse sentido, observa-se que o discurso da higiene e europeização dos costumes, reforçava a ordem econômica, agora orientada a extinção da comercialização dos escravizados. “Transformando a necessidade em virtude, os médicos tornavam o inevitável, desejado.” (COSTA, 1979).

Com o advento da República e a aplicação de planos agroindustriais, o cenário econômico do país foi sendo transformado. Sob o lema do progresso, emerge uma nova classe trabalhadora que ocupa o espaço urbano, desprovido de políticas de saneamento, habitação e trabalho. Nas primeiras décadas do século XX, além de instabilidade institucional¹³, o país enfrentava grave quadro epidemiológico de tuberculose, cólera, febre amarela entre outras doenças (BARBIANI *et al.*, 2014). Todo esse contexto requeria o fortalecimento de mecanismos de regulação da vida, o que abre espaço para a medicina se impor como campo prioritário nas questões do Estado.

Na efervescência da racionalidade técnico-científica e da necessidade de regulação social, o discurso higienista circulou intensamente no Brasil. A saúde passa a ser um tema coordenado pelo Estado, que catalisa, por meio dos médicos, ações em diversas instituições. Os estudos de Abreu Junior e Carvalho (2012) explicam a penetração do pensamento higienista nas escolas como estratégia de transmissão de condutas morais e patrióticas. A força persuasiva da argumentação científica do discurso médico encontra ressonância nas práticas pedagógicas para disseminar prescrições sanitárias e de modos de vida regradas.

¹³ Três presidentes governaram o país: Epitácio Pessoa (1919-1922), Artur Bernardes (1922-1926) e Washington Luís (1926-1930).

4. AS NOÇÕES MÉDICAS A RESPEITO DO CORPO FEMININO

Este capítulo trata do processo de medicalização do corpo da mulher. Por meio de um breve e parcial resgate histórico, busca-se identificar as origens e os significados da constituição do corpo feminino como um objeto da medicina.

4.1. Ascensão do saber médico sobre as mulheres

A Mulher? É muito simples dizem os amadores de fórmulas simples: é uma matriz, um ovário; é uma fêmea, e esta palavra basta para defini-la.

Simone de Beauvoir

Em *O Segundo Sexo*, Beauvoir (2016) assinala que em todas as civilizações severos tabus foram construídos em torno do corpo da mulher, especialmente em relação a menstruação. Nunes (1991) e Vieira (2002) explicam que nas diferentes sociedades, o corpo feminino foi tratado como ameaçador para estabilidade moral e social. Embora esta ameaça se constitua em diferentes bases teóricas e graus de importância, sempre esteve atravessada pela questão da sexualidade. As diversas conceituações e perspectivas de intervenção sobre o corpo da mulher estiveram fundamentadas em crenças místicas, religiosas ou médicas e foram encarnadas nos órgãos sexuais e no sangue menstrual.

Na Antiguidade Clássica, acreditava-se que o útero era uma criatura animada que deveria ser apaziguada (VIEIRA, 2002) e que a menstruação era capaz de provocar a quebra de objetos e a degradação de substâncias orgânicas, como vinho e leite (BEAUVOIR, 2016). Neste período, entendia-se que os órgãos masculinos estavam todos na mulher, porém não haviam sido externalizados (MARTINS, 2004; ROHDEN, 2000). O não aparecimento dos genitais na menina sinalizava que o feto não havia sido suficientemente preparado e nutrido, ao passo que o nascimento de um menino significava perfeição (ROHDEN, 2000).

Na Idade Média, a fragilidade e inferioridade corporal feminina aparecem nos discursos da Igreja, que enfatizava a impureza da mulher. Os clérigos, que exerceram o monopólio do saber médico, faziam coincidir o corpo feminino com o lugar de realização do pecado (MARTINS, 2018; SILVA, 2011). Fortemente influenciados pelos pensamentos de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino, o imaginário medieval também

temia a menstruação, considerada um sinal fisiológico de que o sistema biológico da mulher era inferior ao homem FERNANDES, 2009; MARTINS, 2018; VIEIRA, 2002). Esse arcabouço teórico que mistura discursos naturalistas e teológicos fundamentaram a ideia de que o corpo feminino é mais propício ao pecado e ao demônio (ROHDEN, 2000).

Nesse sentido, tanto os religiosos quanto os estudiosos e praticantes de curas defendiam que a única especificidade do corpo feminino era a capacidade de procriação. O corpo da mulher não existia nem como especificidade anatômica, uma vez que seus órgãos eram descritos pela comparação com os órgãos masculinos (ROHDEN, 2000). Em relação a menstruação, propunham que durante todo o período, as mulheres deveriam ficar isoladas e reclusas, uma vez os fluídos poderiam envenenar uma criança ou ser intencionalmente usados como veneno contra os homens (MARTINS, 2018). Alcina Martins (2018) resume o sentido que o corpo feminino assume durante a Idade Média: “representação e símbolo de pecado e impureza, castigo e maldição, próprios de um ser inferior, que deve ser controlado e enclausurado” (p.146).

Neste contexto de pecado e maldição aparece, na Europa Ocidental, o fenômeno da caça às bruxas. Mulheres com conhecimentos ancestrais de cura, ervas e parturição foram remetidas à decadência e ao potencial maligno do corpo feminino, por isso, sofreram perseguição (EHRENREICH; ENGLISH, 2003; ROHDEN, 2000; BEAUVOIR, 2016). A pesquisadora Elisabeth Vieira (2002) defende que esse fenômeno deve ser entendido como uma forma de exclusão das mulheres das práticas de cura, dos cuidados com o corpo e dos partos. A demonização e criminalização do conhecimento empírico e tradicional das mulheres – especialmente das mais velhas e rurais - foi abrindo espaço para o monopólio dos médicos.

Embora a perseguição da Igreja às mulheres consideradas bruxas ultrapasse a questão da institucionalização da ciência médica, produziu a marginalização do saber feminino em relação à saúde e à doença, uma vez que suas práticas foram consideradas suspeitas (VIEIRA, 2002; WOLF, 2020; EHRENREICH; ENGLISH, 2003). A caça às bruxas não conseguiu extinguir completamente as parteiras e curandeiras, mas promoveu uma condenação de suas práticas, que antes tinham hegemonia e garantiam autonomia e ajuda mútua entre as mulheres. Ehrenreich e English (2003) explicam que os “crimes” cometidos por essas mulheres foram mais tarde reconhecidos como atos médicos legítimos: fornecer métodos anticoncepcionais, acompanhar/realizar abortos e aplicar drogas para diminuir a dor no parto.

No Brasil colônia, alguns séculos depois, mulheres com saberes informais sobre corpo, como curandeiras e benzedeiras, também foram perseguidas pela Igreja. Em um contexto de escassez de médicos e de recursos terapêuticos, mulheres que detinham um conhecimento sobre doenças e curas realizavam alguns tratamentos populares e sugestivos com ervas, banhos, chás e medicamentos caseiros (PRIORE, 2004; SILVA, 2011). Essas mulheres¹⁴, cujo saber era transmitido oralmente de mãe para filha, realizavam rituais com rezas, pedras, práticas gestuais, partes de animais e plantas com formato semelhante a partes do corpo humano. O repertório dessas práticas tradicionais era composto por saberes vindos da África, baseados no emprego de talismãs e amuletos, e pelas cerimônias de cura indígenas, apoiadas na intimidade com a flora medicinal brasileira (PRIORE, 2004).

Priore (2004) explica que o quintal era o território privilegiado dessa troca entre mulheres feita de empirismo, oralidade, memória gestual e intimidade com os elementos vegetais. Nesse espaço, além da construção de terapêuticas, as mulheres fortaleciam laços de solidariedade em torno dos mistérios de seus corpos, o que produzia um saber-fazer que articulava os sentidos do adoecimento para as escravizadas, brancas e indígenas. Distante das instituições estruturadas pela lógica disciplinar, como as escolas, hospitais e igrejas, as mulheres em seus quintais foram “doutoras sem título”: praticavam enfermagem, abortos, ofereciam conselhos sobre enfermidades e faziam partos (PRIORE, 2004).

Esta intimidade e naturalidade com que tratavam doenças, cura, morte e nascimento colocou-as no alvo de perseguição da Igreja, que as via como feiticeiras capazes de detectar e se relacionar com as manifestações demoníacas nos corpos adoentados. O Tribunal do Santo Ofício foi um influente porta-voz institucional na luta contra os saberes informais e populares. Os inquisidores sugeriam que as curandeiras fossem substituídas por Nossa Senhora (PRIORE, 2004). Nesse contexto, elas eram duplamente atacadas: por serem mulheres e por possuírem um saber que escapava ao controle da medicina e da Igreja. Mary Del Priore (2004) resume:

¹⁴ Priore (2004) comenta que retrato da benzedeira ou curandeira era composto pelo emprego de orações, utilização de ervas extraídas da flora doméstica (macela, arruda e funcho), gestos impregnados de magia (pendurar ao pescoço raiz de aipo) e banhos com água benta.

tanto o corpo da mulher quanto os conhecimentos femininos da arte de tratá-lo, curá-lo e cauterizá-lo passaram a ser alvo da perseguição das autoridades científicas e eclesiásticas de então¹⁵.

Vieira (2002) argumenta que desde o Renascimento estabeleceu-se uma disputa entre médicos e práticos - especialmente as parteiras – pela hegemonia das intervenções no corpo. Com a gradativa perda de poder clerical, a medicina passa a ter acesso a práticas antes interditas pela Igreja, como o parto. Até o século XVI, as doenças femininas, pouco interessavam aos médicos e o parto era um ritual de mulheres realizado nos domicílios e auxiliado por uma parteira (também chamadas de comadres) que até então não contava com nenhuma formação especializada (SENA, 2016; ROHDEN, 2000). Os médicos eram chamados apenas em casos de emergência (VIEIRA, 2002), uma vez que a presença de um homem à beira do leito da parturiente não era costumeiramente aceita (ROHDEN, 2000). As parteiras assistiam as mulheres tanto no trabalho de parto e nos cuidados com o pré-natal e puerpério, quanto em outras circunstâncias, como doenças venéreas e aborto (BRENES, 1991).

Na segunda metade do século XVI, algumas renovações teóricas da medicina fundamentadas na racionalização e no rompimento com as concepções religiosas vão consolidando a disputa pelo domínio da prática obstétrica (ROHDEN, 2000; VIEIRA, 2002). Por um lado, o útero passa a ser valorizado na compreensão do corpo da mulher, que começa a aparecer como digno de cuidados médicos (ROHDEN, 2000). Por outro, interessa ao Estado e a Igreja a implementação de estratégias para reduzir o infanticídio e o aborto (VIEIRA, 2002; SENA, 2016). Esse contexto produzirá movimentações na medicina na direção da (i) regulamentação da prática obstétrica, (ii) da produção de conhecimentos teóricos e práticos e (iii) da legitimação do lugar do médico no parto.

Em relação às estratégias de regulação da profissão, Rohden (2000) cita os exemplos da Inglaterra e da França, onde foram estabelecidas a obrigatoriedade da emissão de licenças para o trabalho de parteira. Essa permissão para o exercício da profissão estava vinculada ao clero, que se preocupava com esta atividade uma vez que as comadres, além de poderem denunciar o infanticídio e o aborto, certificavam a paternidade, realizavam exames de virgindade e transmitiam ao casal as normas em termos de práticas sexuais (ROHDEN, 2000). Ainda que algumas parteiras se

¹⁵ Não há especificação de página.

organizassem em guildas, não chegavam a formar uma corporação profissional capaz de regular suas práticas (VIEIRA, 2002).

No campo da produção de conhecimentos, os médicos iniciam a publicação de manuais com esboços do que seria a obstetrícia e a ginecologia moderna. Em 1581, a operação cesariana é descrita pela primeira vez (ROHDEN, 2000) e em 1616, o fórceps é inventado como um instrumento cirúrgico (VIEIRA, 2002). Tendo o uso restrito aos cirurgições, a ferramenta conseguiu ampliar as chances de salvar alguns recém-nascidos, o que aumentou o prestígio social dos médicos nos partos (MARTINS, 2004; ROHDEN, 2000).

Embora o desenvolvimento da obstetrícia como campo de conhecimento médico tenha produzido aprofundamentos técnico-científicos, a etimologia do termo obstetrícia revela a compreensão inicial desse campo do saber. “Originado do latim *obstetricum*, em que *obs* significa “estar diante de” e *tetricum* significa “mórbido” (VIEIRA, 2002, p.50), o termo expressa o encontro com o deletério, aquilo que causava doenças. Ehrenreich e English (2003) mostram que corpo da mulher aparece como um desafio para o intelecto científico e racional, comumente tomado como uma fronteira a ser ultrapassada ou um território estranho que precisa ser explorado e escavado. Se por um lado, as mulheres eram descritas como seres estranhos e indecifráveis, por outro, em função do seu papel como procriadoras, eram fundamentais à manutenção da ordem social (ROHDEN, 2000; NUNES, 1991). Assim, compreender e intervir sobre os seus corpos torna-se um imperativo.

Fundamentado nas perspectivas anatomopatológicas, a entrada da figura masculina no saber e na prática obstétrica acontece também pela destituição da legitimidade das parteiras¹⁶. Donzelot (1980) comenta que a conquista desse mercado pela medicina implicava destruição do império das comadres e suas práticas, que passam a ser consideradas inúteis e danosas. Essa disputa foi construída a partir da dicotomia espírito científico masculino *versus* superstição sombria feminina, e portanto, a vitória da ciência era óbvia (EHRENREICH; ENGLISH, 2003). Com o avanço do olhar técnico-biológico, o corpo da mulher vai sendo significado como instrumento a serviço da continuidade da espécie (PRIORE, 2004), o que abre espaço para a constituição de uma

¹⁶ Vieira (2002) explica que alguns médicos produziram textos direcionados às parteiras. Mesmo nesses escritos havia sátira e condenação da ignorância em relação às suas práticas.

profissão alicerçada na linguagem técnica, no controle e na educação formal (VIEIRA, 2002).

A hegemonia dos médicos foi deflagrada no decorrer do século XVIII, quando se tornam protagonistas na assistência aos partos, acompanhamento do desenvolvimento da gravidez e do puerpério, e cuidado das doenças das mulheres e crianças (ROHDEN, 2000; VIEIRA, 2002). É justamente em torno do parto que o corpo feminino é apropriado pelo saber médico como entidade exclusivamente biológica a serviço da reprodução. A entrada dos médicos nesta prática inaugurou, não só o esquadrinhamento do corpo feminino, como a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher a partir do olhar masculino (BRENES, 1991). Com a exclusão da parteira, as mulheres ficaram sob a hegemonia biológica de uma profissão masculina, ao mesmo tempo em que perderam seu papel autônomo como curandeiras (EHRENREICH; ENGLISH, 2003).

A medicalização do corpo da mulher se estabelece no século XIX, no bojo dos discursos científicos de exaltação da maternidade. O desenvolvimento de técnicas profiláticas e cirúrgicas aumentou a sobrevivência materna e reduziu a mortalidade infantil, o que delineou um campo propício para a especialização médica e intervencionista sobre o corpo feminino (ROHDEN, 2000; VIEIRA, 2002). Neste contexto, em que mais médicos vão tomando a frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução, aparece a ginecologia como uma nova especialidade derivada da obstetrícia, porém mais cirúrgica e menos ligada a clínica médica (ROHDEN, 2000; COSTA *et al.*, 2006).

A ginecologia vai se conformando principalmente a partir da fisiologia e da patologia da pelve feminina. Essas bases teóricas, por um lado, favorecem um melhor entendimento dos mecanismos do ciclo menstrual, que até 1839 não era compreendido em função da ovulação (ROHDEN, 2000). Por outro, iniciam uma tradição mais intervencionista que culmina com a hospitalização do parto e sua transformação em evento cirúrgico (VIEIRA, 2002; MARTINS, 2004). Essa transformação do parto, além de ser financeiramente interessante para os médicos - uma vez que o atendimento em domicílio não era muito lucrativo comparado com o tempo dedicado - contribuía também com o ensino e prática dos médicos (EHRENREICH; ENGLISH, 2003; ROHDEN, 2000).

Dentre os aspectos relacionados a transformação do parto em ato médico é importante pensar o lugar das anestésias. Fabíola Rohden (2000) explica que a Igreja

condenava o uso de anestésicos porque suprimiam os sofrimentos físicos e morais importantes à purificação. Os médicos, por sua vez, defendiam o uso de estratégias diferentes de acordo com a inserção social da mulher por compreenderem que a capacidade de suportar a dor era diferente. O médico José Belizário Cordeiro (1876) na tese *Do emprego dos anesthetics durante o trabalho do parto* explica:

Comparemos o trabalho de parto entre a mulher da corte e a da província; quantas diferenças! Na primeira o trabalho de parto é laborioso, ou pelo menos excessivamente doloroso; a convalescença é longa, o abalo nervoso foi considerável; na segunda, ao contrário, tudo é mais ou menos rápido; o parto é doloroso, porém a convalescença é rápida: o choque nervoso encontrou um organismo que se não deixou abater, um organismo que soube resistir (p.28).

Observa-se que o discurso médico sustenta a ideia de que as mulheres da elite seriam mais propícias a sentir dor durante o parto, enquanto as mulheres da província (trabalhadoras, negras, pardas, rurais e periféricas) teriam maior tolerância às dores e também à febre puerperal. Em outros momentos do texto, o autor relaciona a inserção na civilização com a constituição de uma “natureza feminina menos natural” que as afastariam de um parto em seu curso normal e, portanto, justificaria o uso das anestésias. Os estudos de Ehrenreich e English (2003) apontam para essa mesma conclusão: de que os médicos da época consideravam que as mulheres pobres e trabalhadores eram fortes de nascença, enquanto as mulheres ricas, por conta do estilo de vida refinado e civilizado, seriam mais sensíveis e frágeis.

Martins (2004) e Rohden (2000) explicam que como o interesse médico pelo corpo feminino restringia-se ao período em que a mulher exercia a função reprodutiva, o tema da menopausa não teve a mesma atenção do que aqueles relacionados a puberdade, gravidez, parto e amamentação. As teses médicas levantadas por Rohden (2000) sobre o tema mostram os sentidos da menopausa, também chamada de idade crítica, estavam atribuídos ao fim do potencial procriativo ou à chegada da tranquilidade pós cumprimento da sua missão. Sobre a menopausa, afirmam:

Esta porém é o precursor de uma idade desgostosa, de uma enjoativa velhice, de uma tristeza contínua, de uma mágoa sem fim! A idade crítica muito a propósito denominada inferno das mulheres, fazendo-as passar de uma estação de gozos, e de alegria a uma época de terríveis padecimentos, as submerge por todo o resto de sua vida em um vasto golfo de penalidades, e aflições. Todas as suas belezas desaparecem como por encanto; a nitidez de sua lisa pele foge; seu formoso, e imberbe rosto

cobre-se de alguns pelos no mento, e lábios; a grande abundância de tecido celular subcutâneo some-se; os seus músculos murcham; e suas arredondadas formas tornam-se rugosas, e ásperas (JUNIOR, 1840 *citado em* ROHDEN, 2000, p.132).

Cumpru-se enfim a missão da mulher sobre a terra, isto é, a conservação da espécie; o facho da vida extinguiu-se, uma nova existência vai começar para ela, como uma recompensa dos serviços prestados à sociedade (ABREU, 1855 *citado em* ROHDEN, 2000p. 133)

Observa-se que a descrição da menopausa passa radicalmente pela noção de privação. Já que a experiência de ser mulher estava restrita a temas como maternidade e beleza, a mulher na menopausa aparece como *não mulher*, que na melhor hipótese pode ser recompensada por aquilo que fez no passado. Fernandes (2009) chama atenção para o fato dessas descrições apontarem para a noção de um corpo doente. Essa concepção de que as patologias acompanham as diversas fases da vida da mulher será fundamental para sustentar a necessidade de acompanhamento médico constante e o projeto ideológico que confunde a existência da mulher com a experiência patológica.

Neste contexto em que o corpo da mulher é tomado como uma sequência de eventos que demandam tratamento (puberdade, gestação, parto, aleitamento, menopausa) são criadas unidades dedicadas às doenças das mulheres, sob o argumento da especificidade necessária ao tratamento. Os médicos postulavam que as doenças das mulheres, frequentemente remetidas ao sistema reprodutor, eram acompanhadas de excessiva sensibilidade nervosa, o que requeria atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos deste excitação nervoso (ROHDEN, 2000).

Este raciocínio da especificidade vai reafirmando a noção de que existe uma diferença natural entre homens e mulheres; e entre mulheres da elite e província. A ideia de que constituição biológica feminina é diferente em função de uma base degenerada vai nortear o projeto médico de intervenção no corpo da mulher. Esta diferenciação será o núcleo do projeto de medicalização da mulher no século XIX, que a converterá em instrumento determinante da evolução da espécie. Os médicos postulavam que a mulher tem uma natureza mais frágil e instável e, portanto, oferece perigo à si mesma e a ordem social (NUNES, 1991). Essa suposta vulnerabilidade e instabilidade das mulheres justificaria um controle muito mais intenso sobre seus corpos. Esse controle vai alcançar seu cotidiano com diversas orientações normativas relacionadas ao lar, a higiene, a maternidade, etc.

4.2. A racionalidade médica e o encurtamento das possibilidades de ser mulher

A mulher aparece como negativo, de modo que toda determinação lhe é imputada como limitação, sem reciprocidade.

Simone Beauvoir

Vieira (2002), Barros e Flores (2019) explicam que a medicina vai construindo verdades absolutas fundamentadas em crenças naturalistas que estabelecem relações causais entre as condições biológicas da mulher e suas atividades sociais. A questão de uma natureza própria e singular referente a fisiologia do corpo da mulher estaria a serviço de manter a mulher num determinado lugar social. O argumento da natureza feminina servirá de alicerce para impedir que se possa refutar o lugar da mulher no casamento e na maternidade: “torna-se assim científico o velho mito, segundo o qual a mulher teria sido feita para o lar e o homem, para o trabalho” (NUNES, 1991, p.52).

Beauvoir (2016) explica que poucos mitos foram mais vantosos do que este, uma vez ao atribuir os engargos fisiológicos da parentalidade às mulheres, os homens não precisaram se preocupar em aliviar sofrimentos e tiveram seus privilégios justificados como vontade da natureza. Sobre os homens a autora afirma que: “A qualidade do prazer erótico da mulher, os incomodos da menstruação, as dores do parto, eles estão condenados a ignorá-los” (p.333). Se no decorrer do século XIX, por um lado, o corpo da mulher será esquadrihado pela medicina, por outro, seu destino permanece anteriormente definido a partir da vida privada e da reprodução (BRENES, 1991; ROHDEN, 2000). Igualmente definido permanecerá a situação de privilégio dos homens sob a condição feminina.

De acordo com as teses médicas do século XIX levantadas por Costa (1979), Rohden (2000), Nunes (1991) e Vieira (2002) toda a organização biológica da mulher estaria referida a uma inferioridade biológica. Observa-se uma tentativa bem articulada de demonstrar a primitividade do corpo da mulher por meio de uma suposta fragilidade anatômica e incapacidade de desenvolvimento. A seguir serão apresentados alguns argumentos presentes nestas teses.

Castro (1894), pesquisado por Nunes (1991) e Vieira (2002), em sua tese na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro defendeu:

A mulher ainda observa hoje no estado fisiológico os vestígios de uma espécie que deu origem à raça humana” (CASTRO, 1894 *citado em* NUNES, 1991, p.62). A mulher pouco precisou do cérebro, pouco serviu-se dele, por isso não se desenvolveu cerebralmente (CASTRO, 1894 *citado em* VIEIRA, 2002, p.34).

A tese de Andrade (1839), encontrada por Rohden (2000), também articula justificativas biológicas para os papéis sociais. O autor recorre a uma conformação corporal hipoteticamente diferente para sustentar não só a inferioridade da mulher, como também, o caráter natural e óbvio da hierarquia de gênero:

Desta inferioridade do cérebro decorre naturalmente que a energia das faculdades intelectuais da mulher, consideradas coletivamente, será menor que no homem. Seu frontal é menor, mais coberto, segue mais a direção do nariz, e deixa ver apenas uma pequena curva; disposição que importa menor capacidade da parte craniana que contém os órgãos cerebrais, que presidem as faculdades intelectuais. (...) sendo o frontal tão pequeno na mulher, se observa geralmente em grau muito fraco os órgãos da comparatividade e da causalidade. (...) Mas, em compensação à estreiteza do frontal, a parte posterior do crânio é mais larga e mais saliente, e é nesta parte que residem os órgãos correspondentes às qualidades afetivas, que, por assim dizer, constituem a existência moral da mulher. Vê-se pois que o mau êxito que elas obtêm sempre que se dedicam às altas ciências e à política, é antes um efeito de organização que um vício de educação. (...) O homem, destinado para os grandes trabalhos, para com a energia de sua inteligência fazer conquistas nas artes e nas ciências, não devia ter uma organização em tudo igual à da mulher, porque os fins destinados a ele em grande parte diferem dos destinados à mulher.” (ANDRADE, 1839 *citado em* ROHDEN, 2000, p.115).

Os autores buscam aproximar as características físicas das mulheres com as de seres pré-históricos e assim, atribuir um significado remetido a inferioridade e a passividade. Sustentados principalmente nos argumentos que corpo feminino é voltado a procriação e que o cérebro tem tamanho inferior, os médicos defendiam a impossibilidade do desenvolvimento dos demais órgãos e de uma organização moral e intelectual relevante nas mulheres. Por meio de evidências anatômicas, o discurso médico vai reduzi-las à condição de procriadoras e, conseqüentemente, legitimar a condição de superioridade dos homens (BARROS; FLORES, 2019; MATOS, 2017; MARTINS, 2004).

Nunes (1991) chama atenção para o projeto da medicina de tomar como verdade fixa e irrecusável a diferença biológica entre homens e mulheres. Assume-se que o homem é forte e que com sua agressividade e inteligência produziu o desenvolvimento

técnico científico, ao passo que a mulher, por sua natureza frágil e afetiva¹⁷ deve se dedicar a educação dos filhos e as atividades da casa. O discurso científico vai fundamentando a concepção de que a natureza teria destinado e qualificado mulheres para o desempenho de funções específicas atreladas ao cuidado do marido e das crianças (EHRENREICH; ENGLISH, 2003; MARTINS, 2004;). Nesse sentido, a biologia da mulher aparece como condição de possibilidade e como justificativa para o cumprimento de funções sociais.

Engel (2004) e Rohden (2000) acompanhando o pensamento de Nunes (1991) e Martins (2004), ressaltam que os discursos da medicina ratificavam cientificamente a dicotomia homens, cérebro, inteligência, razão *versus* mulheres, coração, sensibilidade e sentimento. As autoras explicam que esta perspectiva dicotômica, que coloca o homem mais identificado com a cultura e a mulher com a natureza, é mais um argumento utilizado para justificar a manutenção de relações de gênero hierárquicas. Matos (2000) reafirma esta compreensão e reforça que a definição da mulher em oposição ao homem e vice-versa acaba por subordinar a mulher na órbita da posição central ocupada pelo homem. “Considerando que a tarefa da cultura é superar a natureza, só haveria lugar para a subordinação feminina” (ROHDEN, 2000, p.109).

Embora a natureza tenha reservado atributos positivos à mulher, muitas qualidades negativas também eram entendidas como intrínsecas a estrutura fisiológica feminina. Estas determinações amplamente divulgadas pela medicina conduziam a uma visão ambígua da mulher, caracterizada simultaneamente por virtude e degradação, falta e excesso (ENGEL, 2004; ROHDEN, 2000; MARTINS, 2004). Como este trabalho mostrou, essas crenças remontam a concepções cristalizadas na tradição do pensamento ocidental. O que se coloca como inédito no século XIX é (i) a atribuição de valor científico a essa ambiguidade constitutiva da mulher e (ii) o desenvolvimento de um conjunto de medidas normatizadoras para assegurar o cumprimento do seu papel social de esposa e mãe.

O pensamento médico deposita na mulher a responsabilidade pela unidade da família e coloca a maternidade como a mais importante função social feminina. Se por um lado, elas estão fadadas ao fracasso nas atividades que demandam raciocínio e força

¹⁷ Beauvoir (2016) explica que uma das “virtudes afetivas” atribuídas a mulher é o altruísmo. Para a autora, identificar às mulheres ao altruísmo é garantir aos homens direitos absolutos à sua dedicação.

física, por outro lado, são *naturalmente* aptas para exercerem o papel de mãe, significado como sublime e puro. Costa (1979) comenta que esta tática é bastante oportuna, uma vez que cria a ilusão que os homens são incompetentes para o cuidado com os filhos e, portanto, que as mulheres exercem um papel *privilegiado e exclusivo*: são as únicas capazes de cuidar adequadamente das gerações futuras. Este tipo de formulação facilita a adesão das mulheres às estratégias disciplinadoras da medicina: as mulheres mais ricas ficam convencidas a abandonarem atividades profissionais e intelectuais, consideradas menos importantes, e tomam o médico como aliado e conselheiro (COSTA, 1979; DONZELOT, 1980).

Esta valorização da mulher-mãe tem um caráter normativo. Os pesquisadores sobre o tema explicam que a maternidade nos discursos médicos aparece como *mandato biológico* (MATOS, 2000), *vocação natural* (COSTA, 1979) e *dever patriótico* (VIEIRA, 2002). As diferentes significações apontam para um projeto de exaltação à maternidade, útil à manutenção da ordem social. Martins (2004) reforça a centralidade que a amamentação assume nesse projeto. Acompanhando os argumentos de Donzelot (1979), a autora mostra que amamentar os filhos se transforma em ato de relevância moral, celebrado pela medicina como demonstração do amor materno¹⁸ e garantia de futuros cidadãos saudáveis. Embora a amamentação tenha contribuído com a proteção à infância, o psicanalista Jurandir Freire Costa (1979) entende o aleitamento materno compulsório como mais uma estratégia de regulação da vida da mulher, já que favorecia sua detenção doméstica.

Dentre as possibilidades de atividades fora do lar vedadas as mulheres, àquelas relativas aos estudos foram fortemente condenadas pelo discurso médico no século XIX. A tese de Melo (1841), estudada por Rohden (2000), realiza uma minuciosa descrição de dados considerados naturais para condenar a educação feminina.

“Tristes exemplos atestam todos os dias a inutilidade, e até o perigo de obrigar as meninas à cultura das ciências, e demonstram os inconvenientes de uma aplicação muito sustentada, e a perniciosa influência que ela exerce sobre a saúde. A excitação prolongada do cérebro não se limita só a fazer dele o centro exclusivo de ações e movimentos, enfraquecendo a energia dos outros órgãos; mas o força também a tornar-se a sede de uma suscetibilidade, que ocasiona cefalgias, doenças

¹⁸ Sobre esse tema, Costa (1979) explica que no século XIX amor de mãe se transformou em sinônimo de amamentação.

nervosas, e outras muitas afecções, que envenenam os mais belos dias da existência das mulheres.

A espécie de império, que exercem na sociedade, exige que elas não sejam ignorantes; porém não lhes é devido o mesmo grau de instrução dos homens, cujos destinos partilham e embelezam. O estudo moderado das artes de recreação é o único, que lhes convém; porém somente como meio de adoçar as tristezas, suavizar o aborrecimento da solidão, lançar sobre o curso de sua vida doces e agradáveis distrações, de variar enfim os prazeres distraíndo-as em seus trabalhos” (MELO, 1841 *citado em* ROHDEN, 2000, p.130).

O médico Fausto (1846), também pesquisado por Rohden (2000), chega a relacionar os estudos acadêmicos com risco de morte prematura nas mulheres.

É da maior utilidade tirar dos colégios as moças que têm tocado a puberdade, a fim de exercer sobre elas uma contínua vigilância. (...)Estes agentes poderosos de excitação e de ligações muito íntimas, formadas nos colégios, rasgam o véu do pudor, e fazem desaparecer a sedutora inocência que é o mais belo ornato das moças! Os desejos de felicidade e de amor se transformam em uma chama devoradora, e logo o onanismo, esse mal execrável e terrível, decompõe seus traços, altera sua saúde, e a conduz quase sempre a uma morte prematura! (FAUSTO, 1846 *citado em* ROHDEN, 2000, p.125)

A dedicação aos estudos é colocada como vilã, uma vez que desvia a mulher da sua *verdadeira natureza*: a reprodução e inviabiliza uma vigilância constante. O discurso médico postulava que as energias deveriam ser empregadas no amadurecimento dos órgãos reprodutores em vez de serem desviadas para o cérebro via atividades públicas, trabalho ou estudos (EHRENREICH; ENGLISH, 2003). Além disso, a fragilidade da estrutura física da mulher implicaria a incapacidade de atuar satisfatoriamente na esfera pública e a suscetibilidade às doenças, especialmente as mentais¹⁹. Nesse sentido, a mulher que se engaja nos estudos estaria se dedicando a um empreendimento que não tem razão de ser e prejudicando a ordem natural das coisas: a preparação para o casamento (MATOS, 2017; ROHDEN, 2000; FERNANDES, 2009).

Costa (1979), Donzelot (1980), Vieira (2002) e Martins (2004) explicam que um tipo específico de educação foi valorizado pelo discurso médico-científico: aquele que respeita as faculdades e propósitos da mulher e, portanto, está orientado a preparação para a vida familiar. A educação defendida pelos médicos estava fundamentada na *essência*

¹⁹ Ehrenreich e English (2003) explicam que 1905 esse raciocínio ainda era sustentado por médicos estadunidenses. Um estudo desse ano mostrou que 42% das mulheres internadas em hospitais psiquiátricos tinham bom nível de escolaridade, o que indicava que haveria uma competição entre cérebro-útero prejudicial à saúde feminina.

fisiológica procriadora da mulher e, por isso, transmitia conhecimentos relacionados à preservação do casamento e à proteção e sobrevivência das crianças. A assimilação dos preceitos de higiene doméstica, das normas em torno da sexualidade e dos comportamentos favoráveis a saúde - como a amamentação - são elementos centrais no processo de medicalização da família, conforme exposto no capítulo anterior. Nesse sentido, é importante reforçar que a ingerência médica na família passou necessariamente pela colonização médica dos comportamentos e dos conhecimentos da mulher.

Nesse sentido, projeto de educação defendida pelos médicos reforçava a segregação sexual ao apropriar-se dos saberes supostamente científicos para de dizer às mulheres que seu lugar era o lar, sob o controle amoroso do marido. Wolf (2020) explica que esses argumentos relacionados à saúde, ao fornecerem “provas” de que as atividades das mulheres fora de casa eram prejudiciais para seu corpo, para a família e para o país, contribuíram muito para o culto da domesticidade feminino no século XIX.

Essa suposta fragilidade intelectual e vulnerabilidade inata defendida pelos médicos coloca para a mulher uma necessidade constante de ser tutelada. Nunes (1991), Rohden (2000), Martins (2004) e Matos (2017) explicam que a medicina atribui às mulheres um caráter infantil: sensíveis como as crianças e mais passionais do que os homens, elas não são aptas a cuidar de si mesmo²⁰. Beauvoir (2016) explica que as mulheres são concebidas a partir de uma infância contínua que, remetida a uma infantilidade biológica, produz uma fraqueza intelectual. Nesse sentido, um sistema composto pelo pai, marido e pensamento médico higienista se justifica como necessário para a própria proteção das mulheres.

Sueli Carneiro (2003) pontua, entretanto, que essa suposta fragilidade e necessidade de proteção nunca foi atribuída às mulheres negras²¹. Escravizadas nas lavouras ou trabalhando nas ruas, como vendedoras, quituteiras, faxineiras, elas nunca foram concebidas frágeis, pelo contrário, a elas sempre foram atribuídos estigmas que legitimam exploração. Angela Davis (2016) explica que a ideologia da feminilidade não

²⁰ O médico Tito Livio de Castro (1894) escreve: “a mulher tem menos cérebro que o homem e menos cérebro que um menino de dez anos” (CASTRO, 1894 citado em MARTINS, 2004, p.252).

²¹ “Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estamos falando? Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas” (CARNEIRO, 2003, p.49).

abarcou as mulheres negras, que concebidas como desprovidas de gênero, podiam ser exploradas e punidas tais quais os homens, mesmo que estivessem grávidas. Diferente das mulheres brancas, sobre as quais incidiam os discursos de exaltação à maternidade, as mulheres negras, em especial as escravizadas, eram classificadas como reprodutoras ou amas de leite, úteis a multiplicação da força de trabalho.

Sob a perspectiva de requerer a tutela masculina, a medicina reforça outro mito em relação à condição da mulher branca, segundo o qual o casamento é útil e responde a uma necessidade biológica (NUNES, 1991). Esta necessidade do casamento estaria vinculada à (i) acomodação dos excessos e instabilidades fisiológicas femininas (ROHDEN, 2000) e (ii) correspondência às suas faculdades afetivas, teoricamente mais desenvolvidas do que as dos homens (COSTA, 1979). Em relação a primeira demanda, Rohden (2000) explica que o matrimônio era entendido como uma forma de mediar o caráter instável e suscetível da constituição física e mental da mulher, expresso por exemplo na menstruação e na menopausa. No entendimento médico-social do século XIX, o casamento acomodaria as instabilidades da mulher por regular a atividade sexual e garantir a vigilância masculina. O trabalho de Rodrigo J. Mauricio Junior (1838) exemplifica as estas concepções:

Quando o fluxo menstrual é manifesto, regular, e a constituição da jovem desenvolvida, é mister ter em consideração a necessidade de sua idade, e, se imperiosamente o casamento parece ser o desejo ardente, ou antes a necessidade da enferma, este seja aconselhado, pois que será a garantia mais segura contra a invasão desta nevrose (MAURÍCIO JUNIOR, 1838 citado em ROHDEN, 2000, p.162).

A recomendação do casamento aparece como método de tratamento e prevenção às *perturbações dos nervos*, condição tipificada como feminina. Já que a maternidade era o destino ideal da mulher, o celibato era considerado antinatural e perigoso: considerava-se que a mulher solteira seria mais propensa a transtornos físicos e emocionais (MATOS, 2000; NUNES, 1991). O perigo máximo do acometimento desses transtornos era encarnado na figura da prostituta, que exposta aos excessos de todo tipo, sofria de doenças tipificadas como "monomanias amorosas" e transmitia doenças venéreas (NUNES, 1991). Além de ser a representação da degradação feminina e, portanto, a anti-imagem da mãe-higiênica, a prostituta evidenciava que a mulher, quando submetida a uma vida pouco regrada, poderia sucumbir à enfermidade física e moral (COSTA, 1979; MARTINS, 2004; NUNES, 1991). O psicanalista Jurandir Freire Costa (1979) sintetiza

a situação: ao fazer do excesso social uma causa de adoecimento, o discurso médico higiênico retirava a mulher do mundo e a obrigava a casar e amamentar os filhos.

O segundo argumento pretensamente científico em torno da necessidade do casamento para as mulheres girava em torno de uma *natureza feminina* fundamentalmente sentimental. Por meio de pressupostos anatômicos, segundo os quais o formato do cérebro da mulher era mais favorável às faculdades afetivas do que intelectuais, desenvolve-se a ideia de que a mulher estava destinada ao amor (COSTA, 1979). Obviamente que o discurso médico admite apenas as formas de amor circunscritas ao pudor, à higiene e à fidelidade. Todas as demais possibilidades, como o amor por outra mulher ou fora do casamento, estavam remetidas a noções de excesso e, portanto, ao potencial patológico (NUNES, 1991; ROHDEN, 2000). A tese do médico José Ferreira Barros (1845), extraída de Costa (1979), explicita a centralidade do amor monogâmico e heterossexual para as mulheres:

A mulher é um composto de paixões exalantes que a impele a viver pegada ao homem, como trepadeira a um tronco; não tendo senão um fim em sua existência, ela emprega todas as forças da sua alma, converte todos os seus afetos em conseguir esse fim, sem mesmo atender à sua conveniência individual (BARROS, 1845 citado em COSTA, 1979, p.236).

Neste trecho, o autor declara explicitamente que estar junto a um homem é o sentido da existência de uma mulher. Seja por sua natureza formada de paixões ou por sua incapacidade de ter autonomia, as mulheres são essencialmente dependentes dos homens. É interessante pensar sobre a noção de *conveniência individual* colocada pelo médico. Na visão dele, as mulheres seriam tão afeitas ao amor que deixariam de lado suas próprias *conveniências* para viver a conjugalidade. O médico Manoel Mauricio Sobrinho, estudado por Rohden (2000), já no início do século XX coloca mais elementos para pensar essa questão:

O amor é um fato capital na vida da mulher. Ela é naturalmente e organicamente monógama. Seu amor consiste quase inteiramente no instinto de abnegação e de afeição; este amor não é para ela mais do que uma face secundária da maternidade. Os fisiologistas e os filósofos opinam que a mulher tem um grau de sensualidade muito inferior ao do homem e que é muito menos inclinada à poligamia do que ele (MAURICIO SOBRINHO, 1911 citado em ROHDEN, 2000, p.138)

Nota-se a derivação da sacralidade do amor materno para o amor conjugal e o uso de conceitos como instintos e essência fisiológica, para atribuir à natureza as dinâmicas

de poder entre homens e mulheres. A ideia de que a mulher é instintivamente afeita a submissão e ao altruísmo é bastante útil ao projeto de uma sociedade higienista organizada em torno do casamento (COSTA, 1979). Beauvoir (2016) faz um amplo estudo sobre o mito do casamento, no qual expõe que o ideal do homem médio ocidental seria uma mulher que se submetesse *livremente* ao seu domínio via matrimônio. Nesse sentido, observa-se que o discurso médico cumpriu com o propósito de facilitar essa “livre submissão” das mulheres, além de oferecer contornos científicos para esse desejo de dominação por parte dos homens.

Outro aspecto que chama atenção no trecho extraído de Mauricio Sobrinho (1911) é a comparação da *necessidade sexual* feminina e masculina. Adiante no texto, o autor explica melhor:

Não trepidamos em afirmar que o instinto sexual é mais intenso no homem do que na mulher; nele o desejo de posse física domina todos os outros, – ama sensualmente. O contrário se passa com a mulher; ordinariamente seu desejo sexual é pouco intenso, só tardiamente se desenvolve; seu amor é mais ideal; mais sentimental; o seu ideal está na maternidade (MAURICIO SOBRINHO, 1911 *citado em* ROHDEN, 2000, p.138).

Observa-se que o discurso médico está novamente oferecendo um fundamento científico para uma outra ideologia sobre a mulher, segundo a qual a sexualidade seria menos importante para ela do que para o homem (COSTA, *et al.*, 2006; NUNES, 1991; ROHDEN, 2000). Uma suposta essência fisiológica vinculada ao *amor sentimental* deixaria a mulher menos afeita aos desejos sexuais, que por serem dominantes nos homens, justificariam sua propensão à relacionamentos extraconjugais. Sobre o tema, o médico Severino Ribeiro Cesar escreve (1924):

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 houve antes a manifestação do amor (CESAR, 1924 *citado em* VIEIRA, 2002, p.41).

Enquanto os excessos sexuais masculinos são manifestações de virilidade, qualquer prática sexual feminina fora da concepção asséptica da reprodução é vista partir de um potencial patológico (MATOS, 2000; ROHDEN, 2000; VIEIRA, 2002). Como “a mulher é dominada pela precisão de união e o homem pelo desejo do gozo” (VIANA, 1842 *citado em* NUNES, 1991, p.54), a discussão médica sobre a sexualidade feminina é permeada de moralismos com pouco espaço pensar o prazer feminino. Rohden (2000,

2002), ao realizar o estudo de algumas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, explica que os médicos do século XIX e início do XX demonstram certa hostilidade diante do clitóris, considerado um simples instrumento de prazer, inútil na procriação. A autora explica que a cliteridectomia e, até mesmo, a cauterização de toda a vulva foi preconizada e praticada na Europa para remediar a excessiva lubricidade feminina.

A masturbação, por exemplo, era concebida como um vício terrível, um auto abuso ou um *crime higiênico* que poderia irritar os órgãos genitais femininos e comprometer as funções uterinas, respiratórias e digestivas (COSTA, 1979; FLORES, 2000, MARTINS, 2004; ROHDEN, 2000). Martins (2004) explica que a medicina considerava a prática da masturbação²² uma anomalia, próxima àquelas cometidas pelas prostitutas. Tanto as praticantes do onanismo quanto as prostitutas não compartilhavam seu corpo na comunhão sexual reprodutiva. A primeira buscava unicamente satisfazer seus desejos, e a prostituta era o símbolo da sexualidade estéril por nada produzir.

Engel (2004) explica que o discurso médico toma para si a tarefa de estabelecer as fronteiras entre o normal e o patológico no mundo da sexualidade feminina. A autora utiliza uma imagem interessante para apontar o sentido de restrição embutida nessa tarefa: a normalidade sexual ocuparia o espaço de uma pequena ilha cercada pela imensidão oceânica da doença. Toda manifestação sexual feminina que escapava da intenção procriativa era identificada com a loucura, a perversão, a imoralidade, ou seja, com formas de degeneração remetidas a doença ou ao crime. Rohden (2000) e Nunes (1991) sintetizam o pensamento médico da época a respeito da sexualidade feminina: se vigiada e acoplada à maternidade, representava garantias; caso contrário, entrava no terreno das ameaças ao ideal de mãe e de esposa, e conseqüentemente, da ordem social.

Foucault (1999) explica que o controle da sexualidade produziu uma série de personagens femininas desviantes, como a esposa frígida, a mãe indiferente e, principalmente, a histérica. Dentre essas figuras, a histeria²³ tem certa centralidade na produção científica do final século XIX e início do século XX, uma vez que está intimamente vinculada a exacerbação da sexualidade da mulheres e, portanto, será útil

²² Importante pontuar que a prática da masturbação masculina e infantil também foi veementemente condenada pela medicina. Considerada um vício endêmico nos colégios e internatos foi alvo de intervenções do controle médico-higiênico (COSTA, 1979).

²³ Engel (2004) explica que a personalidade histérica era descrita por alucinações, sugestionabilidade, fundo erótico e falhas da memória e da afetividade.

na fixação de normas (BARROS; FLORES, 2019; COSTA, 1979; NUNES, 1991; ROHDEN, 2000). Considerada uma doença das mulheres, a histeria será tratada como uma condição de degeneração, que precisa ser prevenida e punida. Em *História da Sexualidade*, Foucault (1999) nomeia essa estratégia como *histerização da mulher*:

um triplo processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o tempo da educação): a Mãe, com sua imagem negativa que é a “mulher nervosa”, constitui a imagem mais visível dessa histerização (FOUCAULT, 1999, p.99).

O autor enfatiza a medicalização progressiva do corpo das mulheres, especialmente a partir das questões da sexualidade - que por definirem noções bastante restritas de desvio e normalidade, acaba consolidando uma demanda incessante de interferência médica (FOUCAULT, 1999). Ehrenreich e English (2003) explicam que neste período, a medicina desenvolveu uma série de rótulos para as enfermidades que atingiam a população feminina: além da histeria, vem à tona a neurastenia, a prostração nervosa, a hiperestesia, a dispepsia etc. A mulher que antes se sentia cansada ou doente e buscava recursos diversos para lidar com isso, agora deve ir ao médico, que se coloca como um especialista/confessor das suas dores e questões sexuais. A presença massiva dos médicos junto as mulheres das classes médias e altas garantiu, por um lado, uma quantidade cativa de clientes à medicina e, por outro, a dominação e contenção da sexualidade feminina (COSTA, 1979; EHRENREICH; ENGLISH, 2003).

Dessa forma, pode-se considerar que o conceito de histeria (e das demais doenças da mulher) configura um elemento importante não só para a fixação da norma da mulher ideal, como também para a operacionalização de intervenções preventivas ou punitivas sobre o corpo da mulher. A partir desta cisão entre o normal e o patológico, a medicina garante, mais uma vez, o poder para intervir sobre corpos e condutas não alinhados ao padrão estabelecido (BARROS; FLORES, 2019; FOUCAULT, 1999).

Sobre as intervenções de prevenção, podemos citar o projeto da educação higiênica, fundamentado na contenção do corpo e na transmissão moral dos comportamentos. Em relação as formas de punição, Barros e Flores (2019) mencionam

os procedimentos violentos e o encarceramento das mulheres que fugiram à norma. Entre os procedimentos-tortura destinados a controlar as sexualidades não convencionais estão a extirpação do clitóris e a introdução de gelo na vagina (ENGEL, 2004). A internação de mulheres em hospitais psiquiátricos também aparece como prática de restrição de direitos a serviço da legitimação do discurso de normalização. Sob justificativas de “nervosismo”, “extravagância” ou posturas indisciplinadas, as mulheres eram colocadas em instituições asilares frequentemente, pelos próprios familiares²⁴ (BARROS; FLORES, 2019; ENGEL, 2004; ROHDEN, 2000).

Os discursos médicos em torno da loucura ou da histeria atribuem ao sexo feminino maior predisposição para o desenvolvimento desses quadros, em função de sua constituição física precária sujeita a abalos morais (ENGEL, 2004; FERNANDES, 2009; NUNES, 1991; ROHDEN, 2000). Por natureza, a mulher estaria mais susceptível a formas diversas de loucura já que seu corpo tem uma debilidade própria: penetrável, frágil e espaçado. A organização e solidez seriam características do corpo masculino que o protegeriam de desse tipo de patologia (BARROS; FLORES, 2019). Sobre esse tema, médico Rodrigues Oliveira escreve:

A hereditariedade da loucura, porém, afeta mais os indivíduos do sexo feminino (...) este fato é de fácil explicação em vista da idiosincrasia moral da mulher que a expõe mais do que o homem às diversas lesões nervosas. (OLIVEIRA, 1882 *citado em* NUNES, 1991, p.64)

Os pontos mais valorizados pelos psiquiatras na construção dos diagnósticos da doença mental em mulheres foram a menstruação, a gravidez, o parto e o pós parto (ENGEL, 2004). O período menstrual foi, frequentemente, considerado como o momento mais propício à manifestação das patologias mentais, podendo levar a delitos ou ao suicídio (ENGEL, 2004; MARTINS, 2004; ROHDEN, 2000). Nessa direção, Martins (2004) e Ehrenreich e English (2003) comentam que a menstruação aparecia como mais um sinal da instabilidade da natureza feminina, confirmador da tese que a mulher não tinha controle sobre si, pois sua razão e seus sentimentos estavam na dependência de um fenômeno que podia ser patológico.

²⁴ Rohden (2000) explica que nos documentos levantados na sua pesquisa não há depoimentos das mulheres sobre os “tratamentos” propostos para as doenças, seja em instituições asilares ou não. Médicos e maridos eram os responsáveis pelas decisões, que não contavam com o consentimento das mulheres.

Os eventos relacionados ao nascimento – gestação, parturição, lactação e puerpério – também eram considerados críticos na manifestação da loucura. Rohden (2000) e Nunes (1991) explicam que esse tipo de afecção ganha atenção dos médicos pelo fato de estarem vinculados com o potencial de degeneração e contaminação populacional, uma vez que a mãe que manifestasse esse tipo de patologia abandonaria a posição de cuidados com a criança e poderia cometer o infanticídio. Nas teses médicas levantadas por Rohden (2000), a loucura puerperal é significada como uma luta entre o instinto materno e o egoísmo de mulheres, que atentam contra a sua função natural de reprodutora e contra as expectativas da sociedade do desempenho como mãe.

Essa preocupação com a degeneração populacional fez aparecer estratégias de controle de natalidade e eugenia no pensamento médico. Costa, *et al.* (2006) e Rohden (2000, 2002) mostram que os periódicos médicos das primeiras décadas do século XX associavam maternidade²⁵, infância, raça e nação. Como esses temas circulavam entre educadores, intelectuais, juristas e ativistas, o enfoque na quantidade e “qualidade” da população passaria a caracterizar a relação entre medicina e política no início do século XX (MATOS, 2000; ROHDEN, 2000; SOUZA, 2008). Os objetivos que articularam médicos e poder público foram aqueles relacionados ao projeto eugênico: impedir que indivíduos doentes e perigosos pudessem procriar e condenar formas de controle de natalidade nos casais “saudáveis” (BARBIANI *et al.*, 2014; COSTA; *et al.*, 2006; ROHDEN, 2000; VIEIRA, 2002;).

Por meio da propagação das ideias eugênicas²⁶, sempre revestidas e resguardadas pelo caráter científico, o tema da contracepção passa a ser considerado como meio de evitar a propagação de pessoas que contribuíam para o chamado *enfraquecimento da raça*. Se antes a medicina privilegiava em absoluto a procriação, a partir das noções da hereditariedade e fatalismo genético, a reprodução entre pessoas com deficiência, pobres e criminosos passa a ser alvo de proibição médica (COSTA; *et al.*, 2006; ROHDEN, 2000; VIEIRA, 2002). Como o corpo da mulher foi sempre tomado a partir da capacidade reprodutiva, este projeto de intervenção vai prioritariamente incidir sobre elas.

²⁵ Rohden (2000) explica que neste período, a maternidade passa então a ser associada não apenas com os desígnios da natureza, mas também com os da pátria.

²⁶ Há uma extensa e importante literatura a respeito desse tema. Embora não seja o foco deste trabalho, é importante pontuar que (i) o termo “eugenia” aparecia nos periódicos das duas primeiras décadas de XX como expressão do que havia de mais “atualizado” na ciência moderna; e (ii) o pensamento eugênico considerava a imigração de europeus um benefício, um “fator eugênico e de progresso” (SOUZA, 2008, MATOS, 2000). Para mais informações, ver o trabalho de Souza (2008).

Caberia ao médico, especialista nas deficiências físicas e nas indisposições morais das mulheres, o julgamento a respeito do controle da natalidade. Martins (2004), Costa, et al. (2006), ratificando aquilo que foi pensado por Rohden (2000), colocam este problema a partir da perspectiva de classe e de raça: acreditava-se que as mais pobres, por uma série de circunstâncias, eram responsáveis pela reprodução de degenerados, enquanto as mulheres ricas e brancas contribuíam para a realização do projeto eugênico. Desse modo, era frequente que os médicos recomendassem práticas contraceptivas diferentes dependendo da posição social da mulher, incluindo a esterilização compulsória²⁷, o exame pré-nupcial e a proibição do casamento entre indivíduos nocivos ao cônjuge e à descendência (MATOS, 2000; SOUZA, 2008).

Muitos eugenistas brasileiros, incluindo médicos famosos como Renato Kehl (1889 - 1974), enfatizavam a beleza, argumentando que uma população eugênica era também uma população mais bonita (JARRIN, 2008; SILVA; BERLESE, 2018; SOUZA, 2008). A prática de exercícios físicos e a realização de cirurgias plásticas, especialmente em mulheres, foram defendidas como mecanismos para mudar as características estéticas nacionais e promover o aperfeiçoamento físico, a saúde e o embelezamento. No *livro A Cura da Fealdade*, Kehl (1923) retorna aos mitos sobre o belo na Grécia Antiga para articular argumentos supostamente científicos em torno de uma noção específica da beleza (SILVA; BERLESE, 2018). O médico explica que seu objetivo é: "melhorar o corpo humano, aformosá-lo, corrigir defeitos, restaurar a saúde, alcançando assim esse bem supremo que é a beleza e afastando o mal que é a fealdade" (KEHL, 1923 *citado em* FLORES, 2000, p.88).

Este discurso além de inaugurar a noção da beleza como algo passível de ser construída por meio das atividades físicas e de consertos cirúrgicos no corpo, explica a entrada do culto à beleza no pensamento médico-intelectual (FLORES, 2000; SILVA; BERLESE, 2018). Como as concepções eugênicas entendem que a beleza é um componente da saúde articulada com um projeto de “aprimoramento da nação”, o médico ganha autoridade para intervir nesse campo. A incorporação deste tema pela racionalidade biomédica significa a organização de uma nova nosologia médica e a criação de padrões de normalidade (POLI NETO; CAPONI, 2007; SILVA; RODRIGUES, 2012). As autoras

²⁷ Vieira (2002) explica que entre 1907 e 1945 aproximadamente 45.000 pessoas foram compulsoriamente esterilizadas por recomendação médica. Entre as vítimas estavam pessoas com deficiência mental, criminosos e pessoas que estavam nos hospícios. Segundo a autora, a maioria eram mulheres.

Jarrin (2008) e Wolf (2020) explicam que estas intervenções e imperativos em relação a beleza recaíram especialmente sobre as mulheres. Por meio de argumentos científicos, alguns corpos alcançam a chancela da ciência e ocupam o papel da referência, enquanto outros são considerados marginais (POLI NETO; CAPONI, 2007; SILVA; BERLESE, 2018).

Flores (2000) mostra que as diretrizes para as mulheres brasileiras passavam pelo atingimento das regras clássicas da antropometria presentes nas obras de arte grega. De acordo com a autora, aspectos como a dimensão do pescoço, o torneado dos membros, a não-discrepância anatômica dos seios e a proporcionalidade da fisionomia corporal passam a compor as referências estéticas. Ferreira (2006) aponta que desde as primeiras décadas de século XX o peso é colocado como elemento fundamental da beleza feminina e a gordura se transforma em inimiga da elegância. Para dar conta de fabricar corpos nesses formatos, na década de 1930 foram criados os primeiros consultórios médicos de cirurgia plástica²⁸ no Brasil, conforme mostra Jarrin (2008). O autor, acompanhando as teses de Naomi Wolf (2020) em *O mito da Beleza*, aponta que o pensamento eugênico influenciou a forma como os cirurgiões plásticos discursavam sobre a beleza. A vinculação com a eugenia fica explícita nas propostas de intervenção nas características consideradas fora do padrão Ocidental, como a de afinar o nariz.

O tema da beleza no discurso da medicina será permeado de argumentos anatomopatológicos. Seguindo a racionalidade biomédica, lesões anatômicas, predisposições genéticas, alterações celulares ou influências do meio ambiente serão apontadas como responsáveis por uma aparência externa indesejável (POLI NETO; CAPONI, 2007). A medicina da beleza será popularizada na década de 1950, o que produzirá uma ampliação de atos e produtos médicos a serviço de uma padronização estética (SILVA; RODRIGUES, 2012; WOLF, 2020). Neste contexto, as indústrias de cosméticos dermatológicos, dietas e cirurgias plásticas se difundem bastante oferecendo a possibilidade de comprar a cura para a feiura feminina (FERREIRA, 2006; POLI NETO; CAPONI, 2007; SILVA; RODRIGUES, 2012).

²⁸Edmonds e Sanabria (2016) e Ferreira (2006) explicam que as cirurgias plásticas são primeiramente utilizadas para a reconstituição dos rostos de veteranos da Primeira Guerra Mundial. Posteriormente são utilizadas para fins estéticos.

Até meados do século XX a repressão ao aborto e às técnicas de contracepção eram hegemônicas entre os médicos, que além dos atravessamentos morais, se preocupavam também com a diminuição da população (ROHDEN, 2000; WOLF, 2020). Em consonância com os princípios médicos, em 1941 a Lei das Contravenções Penais passou a incluir a punição daqueles que anunciassem meios abortivos ou anticoncepcionais: “Art. 20 – Anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar a gravidez; Pena – multa de quinhentos mil réis a cinco mil contos de réis”. Apenas em 1979 esse artigo foi modificado e excluiu a punição para os anúncios relativos as tentativas de evitar a gravidez (BRASIL, 1979). Essa legislação exemplifica, por um lado, a aliança entre medicina e Estado no projeto disciplinador do corpo da mulher, por outro, a não distinção entre aborto e anticoncepção, práticas consideradas anti-humanas. Matos (2000) sintetiza o entendimento da época: as mulheres que evitavam a gravidez estariam provocando o suicídio da espécie.

Em contraste, no final da década de 1950 é criado o primeiro anticoncepcional oral e, no começo da década de 1960, o medicamento é introduzido nas farmácias brasileiras²⁹ (SILVA, 2017; VIEIRA, 2002; LEAL; BAKKER, 2017). Embora seu anúncio fosse proibido por lei, o medicamento teve ampla difusão no mercado, o que inaugurou a possibilidade de evitar uma maternidade indesejada (NUCCI, 2012; SILVA, 2017).

A entrada dos anticoncepcionais marca também o uso dos hormônios como uma ferramenta da ciência para interpretar e traduzir o corpo feminino: entra em curso um novo paradigma fundamentado pelas perspectivas endocrinológicas (LEAL; BAKKER, 2017; ROHDEN, 2008; SILVA, 2017). A pesquisadora Fabíola Rohden (2008) explica que, para a medicina, as mulheres eram governadas pelos ovários até passagem para o século XX, e agora, elas o são pelos hormônios. Considerado o fundamento último da natureza instável feminina, os hormônios aparecem como substâncias que precisam ser *equilibradas* para evitar e tratar desordens típicas das mulheres.

As múltiplas indicações para as substâncias derivadas de hormônios, especialmente os anticoncepcionais, ofereceram aos médicos um dispositivo para

²⁹ Nucci (2012) explica a importante articulação entre a indústria farmacêutica e os pesquisadores da medicina para o desenvolvimento da pílula anticoncepcional. De acordo com a autora, depois inventar os hormônios sintéticos, os laboratórios farmacêuticos em conjunto com os médicos buscaram “doenças” para utilizá-los. Edmonds e Sanabria (2016) corroboram com a compreensão de que as terapias hormonais surgiram como “drogas em busca de doenças”.

normalizar a fisiologia feminina (SILVA, 2017; EDMONDS; SANABRIA, 2016) e às mulheres a possibilidade de dissociar a prática sexual e a maternidade (LEAL; BAKKER, 2017). Seguindo o pensamento Foucaultiano, a pílula é interpretada pelas autoras Leal e Bakker (2017) como *símbolo de liberdade e prisão*. Por um lado, é um ícone da autonomia feminina em relação à sexualidade e aos papéis que pode ocupar na sociedade, por outro, é uma nova forma de sujeição da mulher às técnicas e controles médicos. A possibilidade de tomar “controle sobre o próprio corpo é feita a partir da entrega desse mesmo corpo à medicalização” (LEAL; BAKKER, 2017, p.12).

Rohden (2008) também sustenta esse pensamento. Para a autora, muito além de auxiliar na gestão da fecundidade ou no tratamento de desordens ginecológicas e dermatológicas, a administração dos hormônios é utilizada como estratégia médica para reconduzir as mulheres que desviam do padrão de comportamento sexual, social, reprodutivo e estético. É incontestável o papel da pílula anticoncepcional na transformação da gravidez em uma escolha e no acesso ao prazer sexual para mulheres. Entretanto, é preciso problematizar o fato de que o corpo feminino está submetido a uma série de riscos e efeitos colaterais em nome não só da contracepção, mas de um controle hormonal – um método que não foi desenvolvido para os homens (LEAL; BAKKER, 2017; NUCCI, 2012).

As tensões entre poderes e resistências em torno da pílula foram se atualizando à medida que o medicamento vai sendo prescrito e utilizado indiscriminadamente, como por exemplo, para controlar peso, melhorar textura da pele e o tônus muscular (EDMONDS; SANABRIA, 2016). Os discursos sobre o anticoncepcional o colocam como aliado da mulher moderna, para que ela não precise lidar com os inconvenientes do ciclo menstrual e possa seguir executando suas novas tarefas, agora não mais encerradas no lar (LEAL; BAKKER, 2017; NUCCI, 2012). Se antes a instabilidade feminina implicava impossibilidade de exercer papéis fora do casamento e da maternidade, agora essa instabilidade pode ser controlada e afastada pela regulação hormonal.

Essas diversas formas de usos atribuídos à pílula anticoncepcional mostram a inexistência de fronteiras entre as intervenções médicas e os mecanismos de gerenciamento das imposições produtivas e estéticas às mulheres. Os limites confusos entre saúde e estética ficam explícitos também no fenômeno da popularização das cirurgias plásticas. Essas técnicas vão sutilmente se misturando aos cuidados em saúde e

se tornam mecanismos legítimos e rotineiros para as mulheres estarem mais bem adaptadas às demandas sociais que recaem sobre elas (EDMONDS; SANABRIA, 2016).

Ferreira (2006) nomeia esse processo como estetização da saúde, conceito que demarca a valorização de parâmetros estéticos na definição das condições de saúde. Para o autor, as metamorfoses corporais realizadas por meio de cirurgias, implantes, próteses, medicamentos hormonais, práticas esportivas etc. ganham uma suposta legitimidade no campo da medicina porque a questão estética passa a ser entendida como definidora de *bem-estar*, termo que por seu caráter genérico e polissêmico facilita a produção de práticas controversas. Poli Neto e Caponi (2007) concordam com esse entendimento e acrescentam que a noção de integralidade em saúde - que envolve o bem-estar físico, psíquico e social, facilita a aceitação dessas intervenções tanto para os médicos quanto para as mulheres. Wolf (2020) radicaliza a crítica e afirma que a definição de saúde feminina não é saudável e que a manipulação desses conceitos é uma hipocrisia favorável a indústria da cirurgia. De maneira geral, os autores consideram que a referência à saúde vai se tornando cada vez mais retórica, enquanto os riscos potenciais implicados nestas práticas vão sendo apagados.

Os pesquisadores Poli Neto e Caponi (2007) e Edmonds e Sanabria (2016) mostram que os profissionais frequentemente justificam a necessidade da realização das práticas estéticas para incrementar a autoestima³⁰ e, conseqüentemente, melhorar o *bem-estar* e a *qualidade de vida*. A ideia de *reparação psicológica* também é utilizada como argumentos pelos cirurgiões plásticos, que muitas vezes preconizam que a intervenção pode devolver a pessoa à “normalidade psíquica”. Essas concepções parecerem não reconhecer que as possibilidades estéticas inauguradas pela medicina impõem novas normas de beleza, juventude e desempenho e criam padrões impossíveis de serem atingidos sem a intervenção cirúrgica ou hormonal (LEAL; BAKKER, 2017; POLI NETO; CAPONI, 2007; ROHDEN; PUSSETTI; BRANDÃO, 2020) Nesse sentido, são as próprias intervenções que criam normas que, por sua vez, demandam procedimentos estéticos.

Um exemplo clássico é o das próteses mamárias. Poli Neto e Caponi (2007) explicam que com o desenvolvimento da técnica de implante de silicone, um novo padrão

³⁰ Os autores explicam que ideias fundamentadas em uma sensação mais positiva de si mesmo são frequentemente utilizadas como critério para realização de cirurgias plásticas ou terapias hormonais.

para o tamanho e a forma dos seios ficou estabelecido, o que empurrou as mulheres para os consultórios. Outra situação mais recente, corrente desde meados dos anos 2000 é a prescrição de cápsulas ou implantes à base de testosterona para mulheres com o objetivo de aprimorar a força física, perder gordura e aumentar o desejo sexual. Recomendado por ginecologistas, nutrólogos e outros especialistas, esse tipo de medicamento produz um condicionamento físico artificial que torna possível, por exemplo, que as mulheres estejam sexualmente ativas mesmo sem desejo sexual. São popularmente divulgados como o “chip do tesão” (EDMONDS; SANABRIA, 2016; ROHDEN, 2017). Estes dois casos evidenciam que as demandas enunciadas pelas consumidoras são em parte promovidas pelas transformações ofertadas no crescente processo de medicalização.

Sustentadas em uma imagem artificialmente construída do corpo ideal, as mulheres são levadas a criar opiniões erráticas extremamente negativas de si mesmas e a aderir a uma série de práticas com riscos consideráveis, inclusive o de comprometer o estado anterior de saúde. Naomi Wolf (2020) é categórica em sua crítica a esse modelo:

o mercado dos cirurgiões é imaginário já que não há nada de errado com o rosto ou corpo das mulheres que uma mudança social não pudesse curar. Por isso, os cirurgiões, para obterem suas rendas, dependem da deformação da percepção de si mesma e da intensificação do ódio a si mesma por parte da mulher (p.336).

Edmonds e Sanabria (2016) realizaram entrevistas com mulheres que se submeteram a cirurgias ou terapias hormonais e concluíram que elas parecem estar preocupadas em reagir às expectativas sociais, como a manutenção do casamento, o desempenho no trabalho ou aumento da atratividade pós divórcio³¹. Em relação a essas motivações, Rohden, Pussetti e Brandão (2020) entendem que para gerenciar seus corpos de acordo com pressões de desempenho na vida profissional e pessoal, as mulheres estão dispostas a consumir as incessantes novidades – muitas vezes experimentais - lançadas pelo mercado da medicina sexual e da cirurgia estética. As autoras explicam que tendo como horizonte aquilo que se espera em termos de uma feminilidade adequada à modernidade, as pacientes se transformam em consumidoras de possibilidades de controle do próprio corpo.

³¹ As conclusões de Edmonds e Sanabria (2016) são resultado de um trabalho de campo etnográfico sobre os usos da cirurgia plástica no Rio de Janeiro e das terapias de hormônios sexuais em Salvador. Foram entrevistadas profissionais da saúde e pacientes-clientes.

Nesse contexto, o investimento em artefatos biomédicos torna-se central, a ponto de constituir aquilo que Clarke *et al.*, (2010) conceituaram como “medicina de boutique” e que Edmonds e Sanabria (2016) chamaram de “cultura de celebridade da medicina”. Embora os conceitos guardem suas diferenças, os autores descrevem um fenômeno no qual a publicização dos investimentos feitos em produtos e serviços médicos é fundamental para (i) a produção de sentido a essas experiências, geralmente relacionadas a responsabilização individual de produção de “saúde” e cuidado de si; e (ii) a mercantilização e fetichização dos produtos e serviços de saúde. Essa divulgação via celebridades (médicos e pacientes/consumidoras), articulada pelos mandatos de ser saudável e de tornar-se sempre melhor, estimula o consumo desses dispositivos cujas promessas são resolver a insatisfação. Embora essa dinâmica seja fundamental para a lucratividade da cirurgia plástica, as entrevistas de Edmonds e Sanabria (2016) apontaram que alguns cirurgiões se queixam das expectativas não realistas de suas pacientes, que vão aos consultórios com a foto de uma celebridade.

A *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* ³²(ISAPS, 2020) divulgou dados que mostram a dimensão deste fenômeno. Em 2019 foram realizados no mundo 11,3 milhões de procedimentos cirúrgicos estéticos, sendo os mais comuns: aumento dos seios, lipoaspiração, cirurgia das pálpebras, abdominoplastia e rinoplastia³³; e 13,6 milhões procedimentos considerados não cirúrgicos, como aplicação de toxina botulínica, ácido hialurônico, remoção de pelos e fotorejuvenescimento. Do total, 86,9% foram realizados em mulheres. O Brasil é o segundo maior realizador, abaixo apenas dos Estados Unidos³⁴. Além disso, este mercado tem mobilizado o turismo médico internacional, principalmente na Tailândia, México e Turquia.

Essas informações fornecem indícios da relevância mercadológica da medicalização da beleza. Como a saúde se converteu em objeto de desejo e se aproximou da estética, multiplicaram-se as oportunidades de lucro para médicos, empresas farmacêuticas e, mais recentemente, operadoras de turismo médico. As mulheres, fundamentas na retórica da escolha e da responsabilidade de melhorar a si mesmas, aderem às práticas de modelagem e de controle dos seus corpos. As pesquisadoras Leal e Bakker (2017) sugerem que este corpo moldado e controlado é a síntese da mulher ideal

³² Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética.

³³ O Brasil foi o país que mais realizou a cirurgia de modificação do nariz em 2019. Este procedimento é o mais frequente entre mulheres com 18 anos ou menos (ISAPS, 2020).

³⁴ O número total de procedimentos realizados no Brasil em 2019 foi de 2.565.675 (ISAPS, 2020).

no século XXI: aquela que vence os limites fisiológicos, e se torna altamente produtiva, sem perder a aparência estética da feminilidade.

5. MEU CAMINHO DE COMPREENSÃO

*Não há descrição, dita objetiva, que não se erga
sobre um fundo ético*

Simone Beauvoir

Sempre me chamou a atenção a sacralidade que paira em torno dos médicos. Suas práticas e discursos aparecem como a verdade última, aquela que oferece a segurança da ciência e não deixa muito espaço para contestação. A áurea em torno da profissão, absolutamente automatizada, reflete nos modos mais cotidianos de lidar com sua figura e enunciações. Neste capítulo, intenciono trazer minhas inquietações para a realização deste estudo: deixar aparecer – ainda que de modo parcial – quais implicações pessoais, projetos éticos e críticas estão em jogo para mim. Para isso, tomo a liberdade de escrevê-lo em primeira pessoa, desejosa de estar em uma conversa direta, trocando reflexões com o leitor. Depois de ir ao encontro e ser tocada por fascinantes teorias, retomo o tema da medicalização do corpo da mulher a partir daquilo que está mais vívido e próximo em mim: minha própria história.

Desde menina, deparei-me com pretensiosos e violentos discursos médicos, muitos dos quais refrearam uma relação mais livre com meu próprio corpo. Lembro que aos doze anos, logo após a menarca, tive meu corpo inteiramente revistado pela primeira vez: cadeira ginecológica, exame especular, coleta de sangue para monitoramento dos hormônios sexuais, ultrassom pélvico e muitas outras investigações apresentadas como estritamente necessárias à saúde. Recebi o diagnóstico de uma controversa síndrome ginecológica e fui medicada durante toda adolescência, francamente marcada por incômodos estéticos.

Absorta em uma sensação de inadequação remetida ao excesso das minhas formas corporais, aos dezenove anos estava às voltas com cirurgias plásticas. Enganava-me que o desejo da cirurgia tinha também uma finalidade de saúde – meta última do nosso tempo – e encontrava essa ressonância no discurso dos médicos. Depois das dores do pós-operatório, paradoxalmente, pude experimentar alguma liberdade.

Aos vinte e dois anos, tomada pela ideia de “ser mais saudável”, saltei no famigerado projeto de “mudar o estilo de vida” e comprei um pacote de soluções que incluíam, além consultas caríssimas, um minucioso levantamento bioquímico que indicou

a necessidade suplementos nutricionais para prevenir unhas quebradiças, mal humor e queda de cabelo. As dietas combinadas com exercícios físicos eram obrigatórias, só menos importante do que a imperiosa autovigilância, significada como foco. Tudo em nome da saúde, claro. Antes que pudesse dar conta que estava tomando minha existência como um dispositivo a ser controlado e gerido, passei por muitas outras intervenções desnecessárias e uma experiência de violência, da qual sofro e me recomponho ainda hoje.

Este trabalho, muito mais do que o cumprimento de uma requisição formal para a graduação, é uma oportunidade de colocar em movimento o sentido dessas vivências que embora sejam tão minhas, dizem também da experiência de muitas outras mulheres. No meu entender, remontam às implicações históricas e políticas da constituição da medicina moderna como a disciplina que exerce controle sobre os corpos e que construiu as noções a respeito do corpo da mulher com vistas a um projeto de naturalização das desigualdades de gênero.

Durante a faculdade, entrei em contato com diversos exemplos que remetiam a essa questão. Lembro de acompanhar uma mulher, logo no primeiro estágio de psicologia, que trazia seus incômodos com o filho, um menino de 8 anos que “gastava as roupas de ir ao médico” para brincar na rua com os vizinhos. Sua fala me fez pensar sobre os sentidos que o encontro com o médico pode assumir. A visita ao médico não é um evento corriqueiro, daqueles que passa despercebido num dia qualquer. Pelo contrário, é o encontro com aquele que vai revelar a verdade sobre o sofrimento e oferecerá os caminhos para a tão desejada cura. Ir ao encontro dessas possibilidades requisita algumas ações para as quais estamos amplamente disponíveis: reservar boas roupas; aguardar meses na fila de atendimento ou semanas para um *encaixe* na agenda; fazer longos deslocamentos (às vezes interestaduais); reservar dinheiro para consulta ou plano de saúde; faltar no trabalho ou na escola; esperar horas na antessala do consultório.

Nas cenas das internações hospitalares, o fascínio não é diferente. Por mais que os pacientes estejam diuturnamente assistidos por uma equipe de enfermeiros, técnicos e outros profissionais da saúde, o momento da visita médica é o mais aguardado. Nessas condições, em que frequentemente estão postas angústias frente a finitude da vida, o encontro com o médico é uma das poucas possibilidades de aplacar tamanha incerteza. Os acompanhantes organizam horários, históricos e perguntas para aproveitar aqueles breves minutos em que o portador do conhecimento está ali, na frente do doente. Illich

(1975) nos explica que o fascínio pela presença médica pode ser compreendido à luz da necessidade de um milagre. A visita é “um ritual que celebra e consolida o mito de que o médico trava uma luta heroica contra a morte” (p.67). A desesperança ou a certeza da cura serão elaboradas pelo paciente e familiares a partir de cada palavra enunciada pelo médico ou médica.

Este poder de dar ao outro o direito de esperar ou desistir é absolutamente central para compreender o fenômeno da sacralidade do médico da contemporaneidade. Talvez o fundamento deste poder esteja na legitimidade para enunciar sobre o futuro. Sendo a experiência humana marcada pela radical impossibilidade de ser determinada, a figura e os dizeres dos médicos aparecem na contramão dessa incerteza constituinte. Sustentados na ciência, eles podem fazer predições e, via medicações, intervenções cirúrgicas ou orientações de comportamento, tentar manipular o futuro de maneira a reduzir o sofrimento e distanciar a possibilidade da morte.

Apontar direções que desassombrem (por mais que aterrorizem, no caso de um diagnóstico terminal) nossa relação com o futuro está, no meu compreender, no âmago da relação de poder exercida pela medicina. Confiamos à ciência o desvelamento da verdade sobre tudo, inclusive sobre nossa existência. Acreditamos que assim como as coisas, as experiências humanas, especialmente a diferença e o sofrimento precisam ser metrificadas, categorizadas em normais ou patológicas e controladas pela ciência. Em nome desse anseio de controlar e prever, a mediação entre a experiência vivida e a verdade sobre a experiência vivida fica ao encargo daqueles que detém o conhecimento científico, nesse caso, médicos e médicas.

O poder de conferir o conforto de uma certa previsibilidade em relação ao futuro e até mesmo de curar já esteve nas mãos de outras figuras, como líderes religiosos e curandeiras. Embora eles ainda exerçam este papel em diferentes graus de importância dependendo da comunidade, estamos sem dúvida na era da hegemonia da ciência, em que o médico porta a verdade última. Se antes coexistiam de maneira plausível múltiplas interpretações a respeito das doenças, desde o nascimento da medicina moderna no século XVIII, todas as interpretações fora da ciência vão se tornando necessariamente imaginárias. Diante da superioridade da ciência, o caráter de salvador e herói, que antes estava remetido aos sacerdotes e soberanos, agora recai ao médico.

Além do elogio à ciência, entendo que esta dinâmica de concentração de papéis é importante para compreender protagonismo dos médicos na atualidade. Partindo da biologia, o conhecimento médico extrapola para todas as instituições modernas. Estado, família, escolas, hospitais, prisões etc. são organizados a partir da lógica biomédica. Desde o século XIX, o médico exerce, por exemplo, o papel de confidente de uma puérpera e de articulador de políticas públicas de planejamento urbano sanitário. Evidente que este acúmulo de funções de confere enorme privilégio social: seus saberes e práticas interferem tanto sobre os corpos individuais quanto sobre populações inteiras. Como apontou Foucault, não há mais nenhum espaço da existência que não tenha sido colonizado pela medicina e pelos seus efeitos disciplinadores.

Além dos efeitos disciplinadores que incidem moralmente sob os corpos, na aliança com o Estado emerge o exercício do poder regulador, que incide nos coletivos e organiza o cotidiano das instituições. Entendo que esta alta permeabilidade do discurso biomédico guarda relação com a suposta neutralidade do discurso ciência médica. Como aponte, qualquer forma de relação com o corpo produzida fora da perspectiva anatomopatológica é marginalizada sob a justificativa de serem inverdades ou ideológicas. A ciência biomédica aparece como neutra, asséptica e, por isso, pode invadir e interferir em tudo o que existe. O método da observação empírica é considerado absolutamente seguro para a revelação das verdades dos fenômenos porque isola as interferências do mundo. Aquilo que é revelado pela observação empírica é, portanto, incontestável.

Em oposição a estes fundamentos e acompanhando os preceitos de Foucault, defendo que não há uma só coisa ou discurso que possa ficar alheio aos atravessamentos políticos-ideológicos de um determinado tempo. Por isso, me empenhei em trazer resgates históricos neste trabalho. Minha intenção foi mostrar que a medicina, assim como qualquer outra disciplina, faz alianças e concessões com os interesses disciplinadores do Estado, com as estruturas de dominação do patriarcado e, principalmente, com o pensamento hegemônico dos contextos estudados. Essa pretensa capacidade de trazer à luz a verdade última dos corpos é facilmente desatestada se nos dispusermos a olhar criticamente para os discursos produzidos: veremos que estão a serviço de uma determinada necessidade sociopolítica.

Os excertos das teses médicas transcritos neste trabalho, especialmente aqueles sobre o corpo das mulheres, revelam este aspecto. A medicina produziu verdades que não

só naturalizaram a diferença hierárquica entre homens e mulheres, como contribuíram para uma aceitação social em relação a condição de submissão ou inferioridade das mulheres. Durante um longo período o corpo feminino não foi sequer tematizado. Todo conhecimento médico que existia estava fundamentado no corpo branco masculino, aquele considerado universal. Quando no século XIX a medicina precisa tomar a mulher como objeto de estudo, principalmente em função da necessidade de controle da reprodução e da demografia, era preciso responder à demanda sociopolítica de demarcar categoricamente a diferença entre ela e o universal.

Construir diferenças incontornáveis responde a um projeto político de circunscrever a mulher em determinados espaços. Garantir a ordem social significava, por um lado, limitar as possibilidades femininas e, por outro, estabilizar a superioridade social masculina. A biomedicina contribuiu muito para esse projeto: produziu um conjunto de conhecimentos que legitimam cientificamente aquilo que os mitos já diziam sobre as mulheres. Os estereótipos remetidos a doçura, a aptidão para o amor e, principalmente, à vocação para o casamento e maternidade são recolocados como a verdade natural, o destino feminino validado pela ciência, impossível de ser contornado a menos que caia no escopo da patologia.

Em meio a este solo de preconceções já bastante sedimentadas, o corpo da mulher será esquadrinhado pela ciência. Embora produza uma série de novas compreensões fisiológicas e anatômicas, os novos conhecimentos, fundados na perspectiva da diferença, não deslocam a mulher dos lugares já antes estabelecidos. Ao sustentar uma fragilidade inata da constituição dos órgãos femininos, a medicina reforça a noção de que o lugar mais seguro para as mulheres é em casa, submetida a tutela protetiva do marido e a estímulos controlados. Os espaços públicos aparecem como perigosos para esse corpo tão frágil, que deve ser resguardado uma vez que precisa cumprir o papel da manutenção da espécie.

De modo igualmente restritivos, foram colocados os discursos a respeito da educação formal e da sexualidade. O esquadrinhamento do corpo feminino determinou um modo específico segundo o qual estes aspectos podem compor a vida de uma mulher. Na visão dos médicos, a educação é benéfica se capaz de desenvolver uma boa mãe e esposa. Caso contrário, pode atrapalhar o desenvolvimento dos órgãos reprodutores. A sexualidade é salutar se orientada a procriação. Caso contrário, pode levar a degeneração moral e física. A mulher não é tomada como um existente cujas determinações são

impossíveis de serem dadas por um terceiro, mas sim como uma coisa dentre outras. Uma coisa especialmente útil pela sua capacidade reprodutiva.

É justamente em torno da utilidade da reprodução que o corpo feminino será tomado como um objeto de estudo da medicina. Na tentativa de conter, regular e manter a ordem social, os obstetras com formação regular extirpam as parteiras da cena de cuidados com a mulher, e as escolas de medicina fundam a ginecologia, uma disciplina especializada na atenção a esse corpo diferente, instável e passível de correção. A demanda de intervenções, especialmente as de prevenção, serão crescentes a ponto de constituir um novo mercado econômico de cuidados em saúde que irá abarcar todos os fenômenos desde a puberdade até a menopausa. Aquilo que antes escapava do olhar metrificado e distanciado da ciência, agora é completamente medicalizado. Sobre esse tema, Ivan Illich (1975) tem uma passagem interessante:

Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um corpo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente do século masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero na idade em que o especialista decide que ele é demais (p.59).

O parto foi a porta de entrada dos médicos no corpo da mulher. Tornou-se, especialmente no Brasil³⁵, um ato cirúrgico lucrativo e abriu caminho para a colonização médica dos demais fenômenos, ou seja, para a transformação de ciclos de vida em situações que devem ser medicalizadas. É inegável que os avanços da medicina contribuíram para a redução da mortalidade das gestantes e puérperas, assim como para o aumento das condições de assistência à mulher, mas, seguindo as contribuições de Illich (1975), entendo ser importante pensar até que ponto o consumo elevado de ações preventivas, exames diagnósticos e terapias não retira aquilo que justamente constitui a saúde: a autonomia. Sob a justificativa da necessidade de tutela profissional para os fenômenos próprios à existência pode-se produzir uma relação de *consumo-dependência*, que desonera a pessoa de uma articulação autônoma que confira sentidos pessoais e

³⁵A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que, com uma taxa de 55%, o Brasil ocupa a segunda posição no *ranking* de países com maior porcentagem de cesáreas no mundo, atrás apenas da República Dominicana. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) identificou que acontece todos os anos um incremento sazonal das cesarianas durante em épocas de pré feriado, o que indica que as cirurgias podem ter acontecido por motivos de conveniência e não de necessidade de saúde (ANS, 2021). A própria ANS aponta a preponderância de uma cultura médica intervencionista como uma das causas desse alto índice no Brasil.

sociais para as experiências. Além do mais, produz uma submissão ao saber médico, que passa a ser requisitado para acontecimentos fisiológicos normais ou fases da vida. A seguir apresentarei alguns elementos para colocar em questão esta relação entre acesso a serviços médicos e produção de saúde como autonomia.

Atualmente, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomenda que a primeira consulta ao ginecologista aconteça assim que menina tiver sua primeira menstruação, seguindo posteriormente uma frequência anual. A justificativa formal da instituição está principalmente relacionada a realização de exames, considerados não apenas indispensáveis para a prevenção de doenças, como também, um atestado legítimo da boa saúde da mulher. A respeito dessa necessidade da presença constante do ginecologista, o presidente da FEBRASGO lamentou que nem todas as garotas procuram o médico ou médica já na menarca:

A medida em que a primeira consulta de uma mulher com o ginecologista ocorre em média aos 20 anos, perdemos grandes oportunidades de orientar e encaminhar as pacientes para *envelhecerem de forma saudável*. Uma é a possibilidade de oferecer imunização, a exemplo da vacina contra o HPV e outras importantes, além de abordar a questão do *planejamento familiar* (FEBRASGO, 2018, grifo meu).

Algumas perguntas emergem a partir desta fala: como é possível que os cuidados com o envelhecimento saudável sejam prejudicados ou estejam atrasados porque não começaram antes dos 20 anos de idade? Qual será o projeto da medicina para o envelhecimento saudável das mulheres que demanda a exposição a orientações e encaminhamentos nas primeiras décadas de vida? Por que a medicina do século XXI ainda atribui exclusivamente à mulher as questões do planejamento família? E por que essa responsabilidade precisa ser imputada imediatamente após a primeira menstruação?

Ainda sobre a “ida tardia” ao consultório ginecológico, a diretora da entidade e ginecologista Maria Wender argumenta: “a gente deixa de acessar essa adolescente, que parou de ir ao pediatra e também não está visitando o clínico por não estar doente, mas já está obesa” (FEBRASGO, 2019). Nos dizeres da médica fica explícito que a intenção do acompanhamento ginecológico, à rigor uma especialidade cirúrgica, envolve um projeto de regulação do corpo descolado do tratamento de doenças. Ela defende que não é necessário estar doente para buscar uma ginecologista, basta ser mulher e menstruar para precisar das orientações de um especialista a respeito da manutenção ou da perda de peso.

Embora graus avançados de obesidade possam gerar comorbidades e demandem acompanhamento médico, me pergunto se essa preocupação não esconde ou falseia uma imposição nada nova a respeito da estética dos corpos das mulheres.

Longe de querer encaminhar a questão prática se as mulheres devem ou não ir ao ginecologista após a primeira menstruação, é importante pontuar que não apareceu menção alguma sobre as consultas médicas serem oportunidades para mediar a relação das meninas com seu corpo, conhecerem seus órgãos sexuais ou discutirem formas de prazer. Os sentidos de uma consulta ginecológica expressos nesses dois excertos ainda são bastante semelhantes àqueles do século XIX: normatização da sexualidade para procriação, imposição de um padrão de beleza, necessidade de inspeção constante e prescrição de regras para ser saudável. A estratégia discursiva motivadora também é basicamente a mesma: a geração de medo.

Enquanto a menarca foi colocada como fenômeno que precisa de ingerência médica, a menopausa adquiriu um status mais próximo da doença propriamente dita. Todo um mercado de produtos e serviços voltados à prevenção e ao tratamento foi constituído também em torno do medo, neste caso referido ao desenvolvimento de complicações como osteoporose, risco cardiovascular, atrofia vaginal, alterações dermatológicas, metabólicas e depressão. As terapêuticas propostas passam pelas controversas reposições hormonais, utilização de remédios fitoterápicos, radical mudança nos hábitos de alimentação e exercício físico e, mais recentemente, o laser vaginal para melhorar a rigidez e elasticidade da vagina. O corpo da mulher nesta fase é apresentado como em deterioração, sem promessa de futuro.

Entendo que a ofensiva médica em cima da menopausa guarda relação com a repulsa ao processo de envelhecimento. Como os sentidos da existência feminina foram historicamente tomados a partir do seu potencial de procriar ou de seduzir, o envelhecimento chega como uma privação da potência. Simone de Beauvoir (2016) aponta criticamente: “cabe-lhe viver, privada de todo futuro, cerca de metade de sua vida adulta” (p.385). As tecnologias médicas em conjunto com o marketing dos laboratórios farmacêuticos contribuem muito na construção de expectativas e padrões normativos associados a constante jovialidade. Revestidos da legitimidade do conhecimento científico e das vantagens do avanço tecnológico, a menopausa, um fenômeno que poderia ser tratado como rito, é transformado em um ato médico que precisa ser revertido.

O pressuposto médico de que o corpo da mulher é doente até que se prove o contrário sustenta uma noção que aproxima as incessantes rotinas de exames com o cuidado de si. Mesmo sem queixas, as mulheres foram ensinadas que o *check-up* ginecológico anual é uma prática básica para construção da saúde, compreendida como sinônimo de zelar por aquilo que envolve a reprodução: órgãos, hormônios e ciclo menstrual. Não é incomum escutar de amigas ou familiares uma certa preocupação por não estarem em dia com seus exames e consultas. É como se estivessem culpadas pelo descuido de não se submeterem a essa inspeção.

Interessante reforçar que essas intervenções estão radicalmente distantes da noção de saúde como autonomia, defendida por Illich (1975). No modelo da ginecologia, a saúde da mulher deve ser anualmente atestada por um terceiro, que após realizar uma investigação clínica minuciosa e receber resultados de exames laboratoriais satisfatórios, a legitimará³⁶. A cena é clássica: o médico é o protagonista e a mulher um objeto que precisa ser vistoriado e decomposto em objetos ainda menores, que podem ser estabilizados, potencializados, congelados, armazenados e etc. Não há nada na cena com potencial de promover uma relação autônoma de cuidado consigo.

Sobre o excesso de exames médicos, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem chamando atenção para os problemas relacionados. Além de desestabilizarem a distribuição equitativa de recursos financeiros nos sistemas de saúde misto, como é o caso do SUS, há um alto risco de sobrediagnósticos, resultados falsos positivos ou falsos negativos. Esta submissão desnecessária a exames é especialmente crítica nas mulheres, que frequentemente recebem algum diagnóstico quando na realidade seus corpos estão passando por alterações transitórias. Situações que geram preocupações excessivas e uma cascata de novos exames e intervenções médicas muitas vezes arriscadas. Como exemplo, menciono os resultados do estudo de Norman (2014). O pesquisador mostrou que um terço dos casos de câncer de mama são na verdade sobrediagnóstico, ou seja, cânceres fisiopatologicamente insignificantes que expõe mulheres saudáveis a danos devido ao tratamento com radioterapia.

³⁶ Vale comentar que não há uma especialidade correlata à ginecologia para os homens. Não há também fundamento científico de prevenção que legitime inspeções anuais aos órgãos sexuais masculinos.

Esse excesso de intervenções preventivas e sequências de atos medicalizados vai consolidando uma relação de consumo-dependência caracterizada por um mercado da saúde profundamente desigual. Enquanto mulheres ricas são anualmente esquadrihadas e submetidas a um excesso de atos médicos, mulheres da periferia não têm acesso a serviços básicos de saúde e, nos casos de maior vulnerabilidade, nem mesmo acessam recursos para cuidar da sua menstruação³⁷. As mulheres que podem pagar se submetem à medicina em nome da saúde futura, esse sonho inacessível, essa promessa longínqua cujo atingimento parece condicionado à compra de terapêuticas preventivas e à obediência. Esse sonho inacessível aparece ainda mais distantes para as mulheres pobres, que além de não poderem pagar, não podem jamais sustentar um cotidiano marcado pelas infinitas demandas de cuidados com saúde.

Arrisco a dizer que se as pessoas mais velhas ainda reservam um certo medo de ir ao médico, os jovens já estão experimentando um tipo de entusiasmo neste encontro. Nos últimos anos, o discurso médico nos alcança a qualquer momento nas redes sociais. Com a atribuição de especialista, médicos fornecem orientações sobre qualquer coisa em nome da saúde, ou melhor, do desenvolvimento de um estilo de vida saudável e encontram milhares de seguidores obedientes que acompanham atentamente as postagens de dermatologistas, pediatras, ginecologistas, nutrólogos, cirurgiões plásticos e etc. O encontro com o médico é o encontro com uma celebridade, é finalmente a oportunidade de confirmar aquelas ideias e orientações adquiridas na internet.

Entendo que esta mudança é reflexo de uma outra: a saúde não é mais compreendida como a simples ausência de doença, mas sim, como um algo que se produz individualmente visando um estado completo de bem estar físico, mental e social. Deste modo, o encontro com o médico perde um pouco do seu caráter amedrontador, já que “não é preciso estar doente para se transformar num paciente” (ILLICH, 1975). O profissional não está ali apenas para dar as más notícias sobre um estado patológico, mas principalmente para fornecer as diretrizes de como atingir esse (ilusório) estado de bem-estar, cuja responsabilidade de produção é individual. O encontro entre médico e paciente não está mais centrado exclusivamente no objetivo de suprimir algum sintoma. Adquire mil contornos possíveis que atravessam noções de autoaprimoramento e, portanto, não

³⁷ O Fundo das Nações Unidas para a Infância publicou um relatório denunciando fenômeno da pobreza menstrual no Brasil. As conclusões indicam que as necessidades fisiológicas das meninas e mulheres são negligenciadas devidos à falta de investimentos em infraestrutura e ao acesso aos produtos menstruais (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA), 2021).

está mais articulado somente no afeto do medo, pode também ser mobilizado pela meta moral de tornar-se melhor ou ter saúde.

Como mostrei neste trabalho, as possibilidades de requisição da medicina passam pela intenção de melhorar autoestima, aumentar o desempenho acadêmico ou no trabalho, obter maior rendimento esportivo, afastar as marcas do envelhecimento, lidar com a tristeza, com a sexualidade, dentre outros. O único limite que pode ser atribuído a esta lista é a morte. Todos os outros fenômenos da existência podem e são alvo de intervenção ou requisição médica uma vez que se relacionam com a vaga e genérica definição de saúde. Sustentados na retórica da produção de um estado de bem-estar, pacientes se tornam consumidores de produtos e serviços de saúde que confirmam maior controle em relação a seus corpos e, médicos provedores de soluções medicamentosas, procedimentos de alta tecnologia e de diagnósticos cujas nomenclaturas são atualizadas periodicamente, respondendo, muitas vezes, ao interesse da indústria farmacêutica.

Ainda que o lugar da mulher na sociedade tenha sido deslocado na direção de alguma igualdade com os homens, os sentidos originários e os atravessamentos ideológico-políticos da construção do saber médico sobre o corpo feminino articulam, ainda hoje, noções restritivas (de inferioridade ou subordinação) sobre as mulheres. Embora o fenômeno da medicalização contemporânea alcance todos nós, - como ensina Foucault - a forma como atinge as mulheres é especialmente violenta. Por serem tomadas como corpos instáveis, aparecem como objeto digno de ser esquadrihado e gerido em nome da saúde, um conceito cada vez mais genérico remetido a necessidade de controlar a si mesma e consumir terapêuticas. Seguimos enfrentando os desafios estruturais dessa tradição que articula diferenças incontornáveis entre os gêneros e que pretende normalizar as diversas experiências de ser mulher.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre medicina e sociedade é uma questão de relevância política remetida aos mecanismos de produção de verdade, controle e poder. Embora absolutamente sedimentada na contemporaneidade, a autoridade dos médicos não resulta do caráter de saber relativo a erudição, efetividade e neutralidade das suas enunciações e práticas, mas sim, de um longo processo de construção histórica, cujo início é demarcado por Foucault (2002, 2010) no século XVIII.

Como exposto neste estudo, as condições de possibilidade do desenvolvimento da medicina e, portanto, da exclusividade para enunciar a verdade sobre os corpos estão basicamente fundamentadas:

- (i) Na ampliação do campo de intervenção médico para além das doenças individuais. A medicina vai consolidando uma posição politicamente privilegiada para organizar os espaços urbanos com vistas ao controle de elementos potencialmente patogênicos;
- (ii) No aparecimento do hospital como instrumento de intervenção terapêutica protagonizado pelo médico, que o organiza também em função da sua formação profissional;
- (iii) No deslocamento do discurso médico para categorias biológicas cada vez mais específicas. A partir da visão anatomopatológica, a prática clínica vai tornando visível aquilo que antes estava obscuro;
- (iv) Nas alianças com o poder escravocrata. No Brasil, ao atribuir aos escravizados o potencial da doença e da imoralidade, a medicina abriu espaço para se impor como técnica de regulação social.

O corpo da mulher, até o século XIX, não era objeto da ciência médica embora já fosse concebido como ameaçador para estabilidade moral e social. O processo de medicalização da mulher aconteceu em função da necessidade de cuidar das questões demográficas, conter a mortalidade infantil e cuidar da continuidade da espécie. Neste contexto, o corpo feminino é tomado exclusivamente a partir da condição biológica de reprodução e associado a uma instabilidade cíclica que o aproxima da patologia. Sob a égide da *natureza feminina*, os comportamentos considerados desviantes – principalmente aqueles inscritos na esfera da sexualidade – são vistos contraditoriamente como pertinentes e estranhos à sua própria natureza.

Acompanhando o legado da pesquisa de Fabíola Rohden (2000), esta pesquisa mostrou que a ginecologia esteve a serviço de demonstrar que homens e mulheres têm marcos naturais intransponíveis e que, por isso, devem assumir funções sociais distintas. Os médicos aparecem como tradutores científicos dos desígnios naturais e atualizam alguns mitos que limitam as possibilidades de ser mulher. Essas restrições, revestidas de cientificidade colocam o matrimônio como uma forma de mediar o caráter instável e suscetível da constituição física e mental da mulher e a maternidade como a mais importante função social feminina.

Mais recentemente, em meados do século XX, o corpo da mulher passa a ser alvo de intervenções estéticas, tomadas como benéficas à saúde. A noção do corpo como algo passível de ser construído por meio das dietas, atividades físicas e de consertos cirúrgicos consolida a entrada do culto à beleza no pensamento médico. Conforma-se um mercado bastante relevante baseado na conversão da saúde em objeto de desejo e na incessante submissão a intervenções médicas. A síntese da mulher ideal no século XXI é aquela que vence os limites fisiológicos, e se torna altamente produtiva, sem perder a feminilidade.

Dado a complexidade do tema e os limites deste estudo, cabe apontar algumas sugestões de continuidade. Para aprofundar as investigações sobre o poder médico, sugere-se incorporar as contribuições do médico e filósofo *George Canguilhem* (1904 – 1995) sobre a saúde, doença e norma; e os achados teóricos de dois livros ainda não traduzidos para o português *The politics of life itself: biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century* de Nikolas Rose (2007) e *Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorder* de Peter Conrad (2007).

Em relação ao resgate histórico da medicalização do corpo da mulher no Brasil, recomenda-se consultar fontes primárias e ajuntar outros tipos de documentação além das teses de medicina. É fundamental aprofundar as pesquisas sobre a relação de poder e violência estabelecida na relação entre médicos e escravizadas, bem como suas formas de resistência. Os efeitos da entrada das mulheres nas faculdades de medicina e no exercício profissão não foram analisados neste estudo e podem apontar contradições ou caminhos de enfrentamento interessantes. Para acessar os sentidos das vivências cotidianas das mulheres na relação com saúde e a medicina, indica-se a realização de pesquisas de campo, estudos observacionais e entrevistas.

Este trabalho, muito mais do que o cumprimento de uma requisição formal para a graduação, é uma oportunidade de colocar em movimento inquietações sobre poder médico e suas narrativas sobre o corpo da mulher. Que este estudo possa fazer eco junto as que dizem: não é possível sustentar a ideia de uma *natureza feminina*. O normal e o patológico não são neutros. Não há método empírico capaz de revelar a naturalidade do que não é natural.

7. BIBLIOGRAFIA

ABREU JUNIOR, L. de M.; CARVALHO, E. V. de. O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 10, no. 3, p. 427–451, 2012. <https://doi.org/10.1590/s1981-77462012000300005>.

ALMEIDA, D. H. O reconhecimento social dos curadores populares e a construção de uma identidade médica no Brasil. vol. 4, no. 2007, p. 141–154, 2015.

BARBIANI, R.; JUNGES, J. R.; ASQUIDAMINE, F.; SUGIZAKI, E. Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p.567–587, 2014. DOI 10.1590/S0103-73312014000200013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200013>.

BARROS, J.; FLORES, I. Corpos e papéis Sociais no Brasil no início do séc. XX. **Revista Ártemis**, vol. XXVII, p. 256–269, 2019.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo: fatos e mitos**. 3rd ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

Boahora: respeite o tempo de nascimento do bebê! [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/boahora-mais-respeito-ao-tempo-de-nascimento-do-bebe>. Acesso em: 6 Jun. 2021.

BRASIL, S. F. Projeto de Lei nº 2.275, de 12 de novembro de 1979. Altera o artigo 20 do Decreto-Lei nº 3.688 (Lei das Contravenções Penais). 1979.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 7, no. 2, p. 135–149, 1991. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1991000200002>.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. [S. l.: s. n.], 2000. <https://doi.org/10.7476/9788575415153>.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. **Racismos Contemporâneos**, , p. 49–58, 2003.

CLARKE, A. E.; MAMO, L.; FOSKET, J. R.; FISHMAN, J. R.; SHIM, J. K. **Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.** [S. l.]: Duke University Press, 2010.

CORDEIRO, J. belizário. Do emprego dos anestésicos durante o trabalho do parto: these apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1876.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRZYNSZPAN, D.; SOUZA, M. do C. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 10, no. 20, p. 363–380, 2006. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832006000200007>.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 1st ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

EDMONDS, A.; SANABRIA, E. Medical borderlands: Engineering the body with plastic surgery and hormonal therapies in Brazil. **Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos**, vol. 23, no. 1, p. 193–210, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100012>.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Para seu próprio bem**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.

ENGEL, M. Psiquiatria e Feminilidade. **História das mulheres no Brasil**. 7th ed. São Paulo: Editora Contexto, 2004.

FEBRASGO. 20% das brasileiras não vão ao ginecologista com frequência. Por quê? 2018. Disponível em: <https://www.febargo.org.br/pt/noticias/item/757-20-das-brasileiras-nao-vaao-ginecologista-com-frequencia-por-que?highlight=WyJmcmVxdVx1MDBlYW5jaWEiXQ==>. Acesso em 7 Jun. 2021.

FEBRASGO. FEBRASGO e Datafolha apresentam pesquisa inédita sobre a relação da mulher com os ginecologistas e obstetras. 18 Feb. 2019. Disponível em: <https://www.febargo.org.br/pt/noticias/item/758-febargo-e-datafolha-apresentam-pesquisa-inedita-sobre-a-relacao-da-mulher-com-os-ginecologistas-e-obstetras?highlight=WyJwcmVxdVx1MDBlYW5jaWEiXQ==>. Acesso em: 7 Jun. 2021.

FERNANDES, M. das G. M. O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 19, no. 4, p. 1051–1065, 2009. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312009000400008>.

FERREIRA, F. R. Corpo feminino e beleza no século XX. , p. 186–201, 2006.

FLORES, M. B. A Política da Beleza: nacionalismo, corpo e sexualidade no projeto de padronização brasileira. **Diálogos Latinoamericanos**, vol. 1, p. 88–109, 2000.

FOUCAULT, M. Crise Da Medicina Ou Crise Da Antimedicina. **verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol.**, vol. 0, no. 18, 2010. <https://doi.org/10.23925/verve.v0i18.8646>.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. DOI 10.1590/S1413-81232009000100015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19142313>.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 17th ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. 7th ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Pobreza Menstrual no Brasil: Desigualdades e violações de direitos no Brasil. 2021. .

ILLICH, I. **A expropriação da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

ISAPS. Pesquisa global mais recente da ISAPS informa aumento contínuo de cirurgias estéticas em todo o mundo. *Hanover*, vol. 21, p. 1–9, 2020.

JARRIN, Á. E. Os Novos Arquitetos da Miscigenação: o legado eugênico na cirurgia plástica brasileira. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras e Ciências Humanas - UNIGRANRIO**, vol. 1, p. 64–74, 2008.

LEAL, T.; BAKKER, B. A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional TT - The biochemical woman: inventions of the feminine from discourses on the contraceptive pill TT - La mujer bioquímica: invenciones femeninas a partir de. **RECIIS**, vol. 11, no. 3, p. 1–15, 2017. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1303>.

MACHADO, R. Por uma Genealogia do Poder. **Microfísica do Poder**. 17th ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002. p. VII–XXIII.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARTINS, A. M. O corpo feminino na Idade Média: Um lugar de tentações. **O outro lado do espelho: percursos de investigação**, Lisboa, , p. 139–150, 2018.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MATOS, M. I. Em nome do engrandecimento da nação: representações de gênero no discurso médico. **Diálogos**, vol. 4, p. 77–92, 2000.

NORMAN, A. H. Ética Médica E Rastreamento: Em Quais Evidências Deveríamos Nos Apoiar? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol. 9, no. 31, p. 105–107, 2014. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)929](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(31)929).

NUCCI, M. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, vol. 0, no. 10, p. 124–139, 2012.

NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 1, no. 1, p. 49–76, 1991. <https://doi.org/10.1590/s0103-73311991000100003>.

POLI NETO, P.; CAPONI, S. N. C. A medicalização da beleza. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 11, no. 23, p. 569–584, 2007. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832007000300012>.

PRIORE, M. Del. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. **História das mulheres no Brasil**. 7th ed. São Paulo: Editora Contexto, 2004.

QUEIROZ, C. Caminhos da Liberdade. **Revista Pesquisa Fapesp**, vol. 267, p. 74–80, 2018.

ROHDEN, Fabiola. **Uma Ciência Da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na**

Medicina da Mulher. 2000. 412 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos**, vol. 15, no. SUPPL., p. 133–152, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500007>.

ROHDEN, Fabíola. Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento. **Horizontes Antropológicos**, vol. 23, no. 47, p. 29–60, 2017. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832017000100002>.

ROHDEN, Fabíola; PUSSETTI, C.; BRANDÃO, E. R. The culture of perfection: Transnational circuits in marketing and consumption of cosmetic and hormonal enhancement products. **Saude e Sociedade**, vol. 29, no. 1, p. 1–7, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-1290202000000001>.

SENA, L. M. Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração. A medicalização do parto como porta e palco. 2016. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SILVA, A. L. dos S.; BERLESE, D. B. Na relação entre eugenia e “Educação Physica”: a construção das noções eugênicas de beleza. **Motrivivência**, vol. 30, no. 56, p. 49–61, 2018. <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2018v30n56p49>.

SILVA, C. Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil na década de 1960. Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, C. V. Magia E Feitiçaria Na Colônia: a Originalidade Das Práticas Sincréticas. **Revista Historiada**, , p. 77–86, 2011.

SILVA, L. C.; RODRIGUES, A. Medicalização da beleza: reflexão bioética sobre a responsabilidade médica. **Revista Bioética**, vol. 20, p. 132–139, 2012. .

SOUZA, V. S. de. Por uma nação eugênica: higiene, raça e identidade nacional no movimento eugênico brasileiro dos anos 1910 e 1920. **Revista Brasileira de História da Ciência**, vol. 1, no. 2, p. 146–166, 2008.

VIEIRA, E. M. **A medicalizacao do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WISSENBACH, M. C. C. Cirurgiões do Atlântico Sul: conhecimento médico e terapêutica nos circuitos do tráfico e da escravidão (séculos XVII- XIX). **Anais do XVII Encontro Regional de História - O Lugar da História**, p. 1–6, 2004.

WOLF, N. **O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. 12th ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. The concept of medicalization in michel foucault in the 1970s. **Interface: Communication, Health, Education**, vol. 22, no. 66, p. 721–731, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.