

2

Sobre a construção do corpo feminino

A discussão acerca do papel desempenhado pelas mulheres nas sociedades ocidentais é antiga e pode ser apresentada de diferentes maneiras. De toda forma, cabe às mulheres o grande desafio de conciliar as diversas funções que a sociedade, de maneira geral, lhes atribui em forma de estados de ser. Estes estados, existenciais, sociais e biológicos, com sua força ideológica, conferem-lhes identidade: de ser mulher, profissional, esposa-companheira, ser filha, ser mãe, etc.

A ordenação de seus papéis dessa forma não foi ao acaso. Ao nascermos, somos inseridos — e por que não adotados — em um sistema intrincado de símbolos e representações que nos oferece identidade, nomeação e pertencimento.

Esse poderoso sistema de atribuição de significados é agenciado, prioritariamente, pela unidade familiar e, em momentos posteriores, por outras agências como o Estado, influências de grupos socioculturais e pelos ditos “especialismos”, representados por seus agentes socializadores: educadores, profissionais da saúde, elementos pertencentes ao contexto da fé e da religião e, especialmente, médicos.

Nossa infância é marcada por diferentes saberes acerca do nosso bem-estar (e manutenção deste), do bem-fazer, do bem-portar, do bem-ter, do bem-ser. Especialistas de toda sorte inundam as prateleiras de livrarias, bibliotecas e nossas estantes com tratados de conduta, avaliando, medindo e sugerindo práticas que criem, garantam e sustentem estados saudáveis, em diferentes estágios do ciclo vital humano. Tais especialistas são convocados pelo conjunto do tecido social e legitimados formalmente através do discurso científico, que orienta suas hipóteses e métodos.

Atualmente acompanhamos discursos ideológicos de diferentes naturezas, tais como as vertentes feministas, e suas influências mais ou menos marcantes em alguns estratos da sociedade, debatendo a inserção das mulheres no mercado de trabalho e no mundo fracionado entre público e privado, entre o trabalho e as tarefas ditas domésticas, entre a passividade e a atividade.

Vislumbramos, igualmente, o surgimento e desenvolvimento de estudos científicos sistematizados em torno das temáticas da conjugalidade e dos arranjos

familiares na contemporaneidade. O debate e a avaliação das influências transgeracionais já podem ser consideradas alvo também de debate no cenário científico contemporâneo.

Os estudos, sobre a questão de gênero, informam-nos a respeito de uma forte discussão — marcada pelo feminismo e centrada em torno da sexuação do discurso político, ideológico e científico — sobre a construção social do sexo e o uso dos corpos.

De outra forma, acompanhamos outro argumento distinto que localiza adistinção entre homens e mulheres no interior de um discurso evolutivo (Bjorklund & Pellegrini, 2000; Seidl de Moura & Ribas, 2009). Biologia e cultura estariam intimamente ligadas, neste sentido, para a compreensão do desenvolvimento humano em diferentes níveis de análise, como o ontogenético, o filogenético e o histórico. Neste sentido,

(...) O desenvolvimento individual é probabilístico e imprevisível, resultando da articulação de influências bidirecionais entre ambiente (físico, social e cultural), comportamento, atividade neural e atividade genética.

(Seidl de Moura & Ribas, 2009, p.78)

Segundo as autoras, o histórico de debates a respeito do desenvolvimento humano foi marcado por um conflito de interesses entre tal perspectiva biológica e o argumento ambientalista, especialmente a partir das primeiras décadas do século passado. Os indivíduos, assim, herdam um “ambiente” típico da espécie, tais como a gestação, a amamentação e o cuidado com a prole. Sem dúvida, devemos concordar com a existência de uma série de características típicas da espécie, mas também devemos ressaltar a construção de cenários diferenciados onde tais características ganharão particularidades sociais, políticas e ideológicas, através de atravessamentos culturais.

Parece-nos pertinente iniciarmos nosso debate a partir deste ponto, com o intuito claro de desnaturalização (tema a ser discutido mais aprofundadamente em seção posterior) e reorganização de temáticas como maternidade, reprodução, sexualidade, aborto, contracepção, todas tidas como naturais ao sexo feminino, isto é, pertencentes à natureza feminina.

Correlato a esse debate, temos a consolidação do conceito de gênero (de origem anglo-saxã) e seu equivalente conceitual francês de relações sociais de

sexo (Laborie, 2009). Adotamos ambas as nomenclaturas para esta construção epistemológica de forma a potencializarmos os caminhos rumo à compreensão do fenômeno que chamamos de condição do feminino. Tal condição é compreendida de forma relacional, multifatorial, envolvendo discursos ora advindos de fontes socioculturais, ora produtos de disciplinas biológicas e naturais, normatizadoras de uma realidade concreta.

Temos disponíveis algumas entradas analíticas em relação ao tema: a diferenciação entre natureza e cultura; a problemática do corpo e sua apropriação/construção pelo tecido social, especialmente o corpo feminino; o poderio ideológico do modelo biomédico; a construção da diferença sexual na medicina e a repercussão acerca do surgimento das chamadas ciências da mulher; a construção das relações sociais de sexo enquanto mediadores da apropriação realizada pelo discurso médico a respeito dos corpos; e um franco projeto de naturalização e medicalização do corpo feminino, lançando um duplo ideário, de natureza paradoxal, envolvendo o incentivo à contracepção por um lado, e as vantagens da natureza feminina quanto ao ato de gestar, por outro.

Obviamente, o controle sobre o corpo feminino parece ser fundamental para o sucesso desse projeto social e a noção de risco ganha especial destaque como um possível analisador, isto é, um instrumento de natureza complexa — social, biológica, moral e normativa — que baliza as condições, normais ou não, para que a mulher execute sua característica mais própria, a gestação de uma criança.

Neste estudo, temos a intenção de debater a questão da maternidade — traduzida no ato de gestar uma criança, parir e torna-se mãe — à luz do risco associado à gestação.

Para o entendimento quanto ao contexto no qual a gestação é compreendida, é necessário nos situarmos historicamente, em especial, no que concerne às transformações percebidas quanto à ideia de família. Singly (2007) localiza a natureza dessas transformações do núcleo familiar a partir das mudanças nas relações entre os dois sexos segundo um ponto de vista transgeracional. Articula mudanças sociais e suas repercussões para a família contemporânea, caracterizando esta última enquanto um fenômeno relacional que assume uma postura de individualização das relações internas do grupo familiar.

O autor complementa seu raciocínio a partir da compreensão da família enquanto: (a) dependente do Estado através de elementos reguladores das relações

entre seus componentes constitutivos; (b) responsável pela função de reprodução, tanto biológica quanto social e; (c) sensível às transformações de uma geração para outra. Destacamos a importância da intervenção estatal simbolizada através da figura do especialista — agente regulador estatal —, especialmente a partir da segunda metade do século XX (Singly, 2007).

Mudanças nas relações internas do conjunto familiar, na contemporaneidade, parecem afetar todos os elementos componentes e a qualidade de suas relações. Observamos grandes transformações quanto a diferenciações entre trabalho doméstico e público, inserção dos cônjuges no mercado de trabalho e relações referentes ao cuidado com os filhos. A própria divisão sexual do trabalho, além da representação de papéis sociais através de atitudes, usos morais e expectativas de desempenho de mulheres e homens, parecem ter alterado qualitativamente também o trinômio sociedade-pessoa-corpo.

Observamos hoje algumas cobranças inéditas quanto a um corpo belo e saudável, traduzidas em um combate estético em prol da juventude, da boa forma física e da beleza (Goldenberg, 2005; 2007); relações conjugais baseadas em um modelo igualitário e individualizado (Singly, 2007); e novas relações de parentalidade (Mizhahi, 2004).

Goldenberg (2007) realiza uma interessante análise sobre a questão da construção social do corpo através da metáfora de que o corpo é a imagem de uma sociedade. Assim, que modelo de corpo possui prestígio? Quais critérios devemos observar para a valoração de um tipo corporal, e não de outro? Quais as expectativas sociais são mais intensamente percebidas e quais não?

Em seu caso específico, a autora realiza um trabalho de investigação acerca da sociedade brasileira, em especial das camadas médias cariocas, e faz a associação entre corpo e prestígio, ou seja, fica claro o íntimo relacionamento entre o aspecto central da noção de *corpo* enquanto objeto de análise e a construção de gênero para uma cultura (Goldenberg, 2007).

A aproximação que sustentamos está inserida na articulação entre a noção de corpo, a expectativa quanto à maternidade e a consequência direta para a construção de um mapa que traduziria a condição feminina. Temos, portanto, dois eixos de análise iniciais: o entendimento do fenômeno da maternidade e o aspecto construcionista da noção de corpo, visto como um híbrido entre sociedade e biologia.

2.1

Maternidade em sua construção histórica

Para tentarmos compreender os mistérios da maternidade, é preciso considerá-la em um emaranhado de múltiplas relações. Atores sociais, *scripts*, expectativas pessoais e sociais de desempenho quanto ao exercício da maternidade e da função da maternagem são peças-chave nesta discussão. Assim, buscamos, neste estudo, contextualizar o fenômeno na sua rede de relações.

Todavia, de acordo com uma caracterização do tema, são trazidos à discussão alguns elementos históricos que possam fundamentar a posição ideológica de que a maternidade é compreendida como fruto de uma construção social. Apesar de não desconsiderarmos aspectos intrapsíquicos, condições ou disposições familiares, momentos específicos do ciclo vital da mulher, ressaltamos a base eminentemente social da construção da ideia de maternidade.

A definição de maternidade e suas decorrências práticas trazem diversos impasses conceituais, na medida em que envolvem um grande número fatores relacionados, e uma certa falta de consenso quanto a uma definição única. O termo maternidade significa um estado, “qualidade de ser mãe; laço de parentesco que liga a mãe aos filhos; ação de dar à luz”(Rodrigues & Nuno, 2005). Diferentemente da noção de gravidez, maternidade possui uma característica relacional ampla, envolvendo tanto a ideia de um estado geral físico, assim como também uma natureza emocional e representacional, ao contrário da noção de gravidez, cujo principal norteador é o plano biológico, referente apenas a alterações físicas resultantes do ciclo gestacional.

Quanto ao tema da maternidade, Badinter (1985) realiza um modelo de análise histórica acerca da construção do mito do amor materno e localiza no período posterior ao ano de 1760 um grande volume de publicações que recomendam às mulheres (mães) cuidar pessoalmente de seus filhos, o que não ocorria anteriormente. A partir do início do século XVII, os adultos começam a transformar a concepção de infância existente. Estas obras, na sua maioria, escritas por médicos, foram responsáveis pela construção, em certa medida, do mito do amor materno e, como consequência prática, de um novo perfil para o papel da mulher.

Em meados do século XVIII, ocorre uma modificação significativa na imagem de mãe, no que diz respeito ao seu papel e à sua importância. Médicos, administradores e moralistas introduzem o mito do amor materno, segundo uma perspectiva higienista, recomendando às mães que cuidem pessoalmente de seus filhos, amamentando-os, inclusive. Na luta contra a indiferença materna, traduzida basicamente pela recusa do aleitamento, médicos e moralistas são responsáveis por inserir novos conceitos e valores, alterando, por conseguinte, o próprio papel social da mulher. O mito, então, alcança sua dimensão de modelo ideológico, político e social, na medida em que caracteriza o amor materno enquanto valor natural e imprescindível à sociedade.

A nova concepção de maternidade, diferentemente da anterior que atribuía os cuidados a outros cuidadores que não a mãe, trouxe alguns encargos, que, via de regra, ultrapassavam os nove meses tradicionais de gestação e envolviam novas preocupações de natureza social, afetivo-emocional e cognitiva.

Assim, o percurso histórico seguido por essa mulher-mãe moderna, no que diz respeito às suas funções básicas e deveres, pode ser evidenciado através de algumas ilustrações metafóricas. Segundo Badinter (1985) a mulher, no século XVIII, era a auxiliar do médico; no século XIX, torna-se a colaboradora do padre e do professor (de acordo com uma ideologia educativa e disciplinadora); e no século XX, com a difusão da psicanálise, é creditada à mãe a responsabilidade pela vida e saúde psíquica de seu filho, havendo um resgate, portanto, da importância dos aspectos mais afetivos relacionados à maternidade.

Assim, a partir do século XVIII, as transformações da imagem materna refletiam uma maior preocupação com a higiene e a saúde do bebê — já que era uma época de grande mortalidade de crianças. A nova mãe, responsável pelo bem-estar de sua criança, estabelece uma parceria com o médico, fonte de conselho e informação e soma, aos seus novos afazeres, o início de um compromisso com o estabelecimento de laços afetivos com a criança.

Os cuidados maternos proliferam em relação aos filhos e tornam-se condenáveis, no século XIX, por exemplo, práticas como internatos e conventos onde as condições de higiene e cuidado não eram seguras. Para a formação moral desse novo indivíduo-cidadão, é necessária a proximidade com a figura materna, fonte da boa educação, dos valores morais e éticos.

Quanto ao século XX, a psicanálise traz algumas considerações pertinentes acerca da construção da mulher normal, de sua feminilidade, rumo à categoria de boa mãe. Vale ressaltar, mais uma vez, a importância social da psicanálise nos tempos atuais para a compreensão da subjetividade moderna ocidental.

Com seus conceitos, facilmente apropriados pelo senso comum (algumas vezes erroneamente), a psicanálise possibilitou uma certa “abertura de mentes”, isto é, a construção de novas subjetividades, mais sensíveis às transformações — sociais e internas — e mais conscientes de certas responsabilidades.

Enfim, alguns pontos foram levantados quanto à noção de maternidade e seu processo histórico de formação em sociedades modernas ocidentais. Estudos teóricos com base em uma análise histórica contribuem, em muito, para a discussão sobre um tema científico, na medida em que identificam suas transformações dinâmicas. No entanto, caracterizam-se apenas por ser perspectivas de análise e devem merecer especial análise crítica, a fim de evitar generalizações distorcidas.

Assim, uma vez exposta uma breve visão histórica do papel da mulher ao longo dos últimos séculos, em especial a partir do século XVIII, na interação com os chamados especialistas, representantes de uma maciça influência dos discursos médicos e educacionais para a construção moderna da maternidade e dos cuidados e atribuições às mulheres-mães, faz-se necessário especificar claramente onde este trabalho se insere e qual o ângulo de análise proposto.

A noção de maternidade, como entendida aqui, detém em sua órbita inúmeros temas relacionados em uma intensa rede de significados. Aspectos de origem afetiva, por exemplo, são recorrentemente citados pela literatura na área (Rocha, 2001; Maldonado, 1985, 1996), e entendidos como inerentes à experiência de maternidade. A construção psíquica do novo estado materno e os temas decorrentes desse processo (Benincá & Gomes, 1998; Julien, 2000; Carreteiro & Freire, 2005; Passos 2005; 2007) configuram, sem dúvida, um importante ângulo de análise em relação ao tema, mas não o único.

O fenômeno da maternidade pode ser vislumbrado a partir da consideração de dois aspectos: (1) o modo como as mulheres se preparam para a maternidade e (2) como definem seu papel de mãe. Em ambas as considerações, no entanto, a maternidade é vista como intrinsecamente relacionada com a noção de papel social (Barnard & Martell, 1995).

No que se refere ao repertório da maternidade, são envolvidos outros papéis específicos, como técnicas de cuidado, de conforto e consolo, e até o próprio papel paterno. Infelizmente, como aponta Radke-Yarrow, (1991), raramente os diversos papéis e contextos nos quais ocorrem a maternidade são examinados ou contemplados, numa mesma pesquisa. Aspectos cognitivos associados à experiência de maternidade também constam como temas pertinentes na pesquisa da área (Carvalho, 2001; Bassin, Horney & Kaplan, 1994).

Nossa intenção consiste em oferecer um panorama ampliado do fenômeno da maternidade através do ponto de vista da figura central que é a mulher. A maternidade, em sua dimensão relacional, ocorre e afeta um corpo, e as consequências deste fato são vivenciadas, negadas ou afirmadas pela mulher. Acompanhamos as transformações bruscas e intensas das relações sociais na contemporaneidade (Bilac, 2002; Magalhães, 2003; Wagner, 2002; Mizhahi, 2004; Passos, 2005, 2007; Jablonski, 2003; Chaves, 2006; Rocha-Coutinho, 2005, 2006, 2007; Carvalho, 2009) e, certamente, dentre estas, a transformação do que chamamos conceito-vivência da maternidade.

Utilizamos como aspecto analisador desta tendência o fenômeno da gestação — e em especial a considerada de risco — para uma aproximação mais coerente com a experiência de tornar-se mãe. A localização da condição materna concretizada em um corpo parece-nos bastante frutífera.

O corpo, dotado de concretude biológica, surge como elemento passível de apropriação cultural e social (Rodrigues, 2006). Encerra em si todo um conjunto de sistemas de significação que representam um projeto veiculado pela cultura em busca de organização e ordenação do mundo para assegurar a construção e manutenção do grupo social.

Nossa consideração neste estudo parte do pressuposto de que o discurso da medicina vem servindo como forte agência social para a definição dos limites e alcances deste corpo, suas limitações, erros mais comuns, regras e moralidade. A situação da gestação serve como um excelente cenário para este modelo de intervenção social, ideológica, política, cultural e moral. Apesar da natureza fundamentalmente biológica da situação de gravidez, ao corpo da mulher são direcionados inúmeros e diferentes vetores de influência, ou atravessamentos, com destaque para a influência cultural do grupo de pertencimento.

O autor defende o argumento sobre o qual a concepção de corpo também sofreu transformações ao longo da história e esta natureza corporal, como vemos atualmente, é fruto de um longo período de significações e resignificações até os dias atuais. O autor complementa esta ideia ressaltando que:

(...) a cultura se constitui como um sistema de representações, uma atividade que consiste em estabelecer as rupturas, os contrastes e as distinções indispensáveis à constituição do sentido do mundo, das coisas e das relações sociais.

(Rodrigues, 2006, p.28)

Ainda sobre a ordenação do fenômeno biológico pela sociedade, o que se desvela é uma noção de ordem social que seja lançada ou atribuída à natureza. A gestação encaixa-se nesta proposta teórica de maneira harmoniosa, pois formaliza um encontro perfeito entre sociedade e natureza, entre cultural e biológico. Este ponto será alvo de nossa discussão mais adiante.

As modificações da representação de corpo ao longo da história informam-nos sobre modos distintos de vivenciar o corpo. Rodrigues (2006) relata que o homem medieval, por exemplo, não possuía a mesma representação (relação) que nós temos hoje com o substrato corporal. Nesta medida, antagoniza-se com o modelo pensado pelo capitalismo burguês, mais próximo de nossos dias.

A vivência e as interações entre os corpos, pessoas e conjunto social não faziam distinções entre o individual e o social, isto é, a relação entre as categorias de pessoa e corpo era ao mesmo tempo íntima, intensa, mas também devassada, pública. Como o autor sustenta, o corpo medieval não possuía uma separação clara entre o interior e o exterior. Tal separação constitui o substrato físico do corpo, com seus limites e fronteiras, significando uma diferença entre o aspecto individual e o coletivo. Os hábitos de vestir, comer, banhar, morrer, reproduzir eram ações que traduziam um corpo aberto aos olhares, sem distinção de intimidade.

Definitivamente, no interior deste cenário, podemos distinguir claramente o *modus vivendi* do corpo medieval e do corpo contemporâneo. Embora unidos por um denominador comum — o espetáculo e a exposição — as significações e a forma como este corpo é capturado pelo sistema social, linguístico e moral são diversas.

Observamos uma alteração profunda neste paradigma a partir da inserção e consolidação de um sistema de pensamento com um enorme destaque em nossa sociedade contemporânea ocidental, a saber, o individualismo moderno (Velho, 2004). Contudo, nosso foco desloca-se para o entendimento prioritariamente moral, de controle, sobre os corpos, de seu exercício e sobre as expectativas relacionadas aos mesmos.

Ao longo do percurso da história moderna, principalmente com o Iluminismo, o valor atribuído ao corpo deslocou-se de uma expressão ampla e assumiu um aspecto mais localizado, funcional. À mulher, neste novo estado de coisas, foram atribuídas ações biológico-sociais específicas. Assim como outros grupos (idosos, crianças, deficientes), a mulher também é alvo de apropriação pelo discurso cultural de maneira a produzir funções direcionadas e classificadas de acordo com estas mesmas ações específicas, ou com as expectativas relacionadas a estas.

Rocha-Coutinho (2007) aponta ainda que a família tem sofrido transformações significativas a partir do processo de modernização da sociedade e a família hierárquica, baseada em papéis definidos segundo gênero e geração, tem visto a diluição gradativa de seus valores diante de uma perspectiva mais igualitária.

Com o advento da modernização, fruto de um marco fundamental para as sociedades atuais — o processo de industrialização —, o rompimento da unidade casa-trabalho das antigas sociedades dá lugar a uma certa desvalorização do trabalho da mulher em casa e separa os elementos do binômio produção-reprodução. Além da atribuição de um valor maior ao trabalho externo, público, a partir deste momento, criou-se uma nova categoria formal, a saber: a mulher-mãe (Rocha-Coutinho, 2007).

Hoje, o que observamos é a contínua tendência de distinção e separação entre sexualidade e maternidade. Mudanças nas últimas décadas, especialmente no que concerne a avanços na área da contracepção (Schor, Ferreira, Machado, França, Pirotta, Alvarenga & Siqueira, 2000; Borlot & Trindade, 2004; Laborie, 2009), tanto no aspecto tecnológico quanto no que se refere ao debate sócio-político, além de avanços feministas (Yannoulas, 2001; Sorj, 2002; Sarti, 2003) capacitaram a mulher a poder abrir mão do projeto da maternidade — inscrito tanto em uma dimensão social quanto em uma biológica.

O estudo sistemático e direcionado para as mulheres, no século XX, inscreveu o tema definitivamente no ideário científico (Tedeschi, 2008). A preocupação da ciência a respeito do corpo feminino, debates promovidos pelo movimento feminista e a intensificação das discussões referentes ao gênero — na tradição francesa, relações sociais de sexo — completaram o panorama perfeito para que o termo feminino entrasse para a pauta de debates acadêmicos do século passado e deste.

Segundo Tedeschi (2008), o tema do feminino precisa de especial destaque na história humana e precisa ser mediado pela discussão acerca da articulação entre história e gênero. Ao longo da historiografia, a mulher sempre refletiu um conjunto de imagens, expectativas comportamentais e representações, em geral, desqualificantes.

De forma “natural”, os atributos femininos foram associados a elementos culturais característicos de inferioridade, seja por atributos físicos mais frágeis em relação aos homens, seja por qualidades mais ou menos constitutivas de sua natureza mais íntima, em geral obscura (Hertz, 1980).

Ainda em relação a uma localização histórica, para Tedeschi (2008), as primeiras representações do feminino possuíam dois contornos: um discurso com uma matriz de pensamento filosófica grega e outro discurso baseado na moral cristã. A razão grega via a mulher como um ser sem cogito, com a necessidade de ser guiada em razão da sua irracionalidade. Todas as representações construídas veiculavam uma imagem de fraqueza, desproteção e inferioridade em relação ao mundo masculino. O sistema judaico-cristão de pensamento localiza a figura feminina em um perigoso binômio, onde a figura de uma mulher pura, com seu corpo intocado, representado pela Virgem Maria, contrasta com uma imagem poluída, de perigo, marcada pelo pecado da carne, personificado pelo mito de Eva.

O impasse entre sociedade e natureza forma-se a partir deste ponto e necessita esclarecimentos. Com referência ao que este trabalho denomina de condição do feminino, torna-se íntima a relação entre temáticas como sexualidade, gênero, corpo, representações históricas e socioculturais, acerca do que é ser mulher e interagir, em um contexto social, enquanto mulher, dotada de instrumentais, biológicos e culturais que delineiam uma forma específica e lhe oferecem identidade.

2.2

A relação entre natureza e cultura: o surgimento das ciências da mulher

A ciência contemporânea, em especial a medicina, apreende a questão de gênero como um dos critérios marcantes para a constituição de seu objeto de estudo. Neste mesmo sentido, as ciências biológicas (em especial a perspectiva evolucionista, que avalia as características adaptadas de nossa espécie), humanas e sociais identificam o tema como alvo de debates e de investigação crítica.

Como sugere Citelli (2001), desde Darwin, um árduo debate tem sido travado entre duas tendências (antagônicas): a primeira nega a disposição das ditas ciências biológicas para explicar formações sociais, enquanto a segunda atribui importância para o estudo sobre diferenças sexuais de forma a explicar comportamentos humanos e, basicamente, diferenças e usos sociais referentes ao corpo da mulher e do homem. A autora complementa sua ideia lançando ao debate o questionamento acerca da articulação entre meios de informação e as ciências biológicas para a formação de ideias acerca do masculino e do feminino.

Desta forma, o interesse do atual trabalho pela discussão sobre gênero, e em específico o feminino, pressupõe também a desconstrução necessária de uma ideia, mais ou menos estável, na qual, a despeito das diferenças entre homens e mulheres, estas últimas estariam em desvantagem devido à sua natureza de fragilidade.

Assim, como foi visto anteriormente, uma linha histórica tem sido traçada com o intuito claro de distinguir o masculino do feminino, atribuindo ao primeiro toda sorte de bônus e ao segundo a natureza do ônus.

Fundamentamos tal discussão através da diferenciação básica entre a ciência do valor e o valor da ciência. O discurso da medicina, em seu histórico pregresso e atual, viabiliza um conjunto de valores e expectativas que formam, a nosso ver, uma concepção articulada de desempenho de papéis sociais referentes aos usos dos corpos, tanto para homens quanto para mulheres.

As afirmações das ciências biológicas sobre os corpos femininos e masculinos (...) não podem ser tomadas como espelho da natureza porque as ciências, como qualquer outro empreendimento humano, estão impregnadas pelos valores de seu tempo.

(Citeli, 2001, p. 133)

Por conseguinte, tal influência maciça do discurso biológico, médico, acerca dos usos corretos e normatizados dos corpos, garante à ciência certo grau de imunidade e status, legitimando assim a hegemonia do seu discurso (Latour, 1999), ou seja, atribuindo-lhe valor e status.

Latour (1999) aposta em duas premissas: (a) a primeira afirma que existe uma articulação entre o natural e o social; (b) a segunda de que a ciência é a mediadora desta articulação.

Neste trabalho pretendemos o entendimento especializado (científico) de gestação e à caracterização da noção de risco. Tal compreensão nos permite avaliar mais apuradamente o fato de que a classificação produz, de certo modo, o fenômeno a ser visto, e não o contrário.

Se o corpo atribui uma identidade à pessoa que o possui — e entendemos a categoria denominada de pessoa como um modelo geral para a compreensão de qualquer sociedade, categoria coletiva de representação, central para a formação/organização de um ou outro grupo social — podemos incluir em tais atribuições aspectos como etnia, classe, nacionalidade, identidade sexual e de gênero. De acordo com Louro (2007), dentre todas as identidades sociais, a de gênero e a sexual são menos transitórias e, portanto, possuem maior grau de estabilidade/segurança, mas também menos maleabilidade.

(...) Os corpos são significados pela cultura e são, continuamente, por ela alterados. Talvez devêssemos nos perguntar, antes de tudo, como determinada característica passou a ser reconhecida (passou a ser significada) como uma “marca” definidora da identidade; perguntar, também, quais os significados que, nesse momento e nessa cultura, estão sendo atribuídos a tal marca ou a tal aparência.

(Louro, 2007, p.14)

A autora cita o exemplo da menarca para a menina, em seu desenvolvimento normal do ciclo vital. Muitas meninas, principalmente no âmbito do ambiente escolar, têm como tema de roda de conversas, troca de confidências e, sobretudo, uma troca possível e salutar de informações sobre sexualidade e sobre o necessário aumento do conhecimento de cada uma delas sobre seus corpos de mulher. Para o menino, podemos notar uma maior cumplicidade entre as gerações, ou seja, tios, sobrinhos, netos, filhos, pais se ajudam e compartilham representações acerca de seus corpos, de forma mais livre. E, certamente este é

um fator complicador, a ciência foi escrita por cientistas homens, logo, as representações e imagens de gênero possuem este viés.

Segundo Smith (2003), os objetos historicamente importantes, refletidos pelo *Espelho da História*, em geral focalizam o masculino:

Na iconografia ocidental o sujeito conhecido — juntamente com os objetos historicamente importantes que o espelho apresenta para escrutínio — é quase sempre masculino, acrescentando complexidade ao que aparenta ser uma simples imagem. (...) Sempre que a pessoa diante do espelho é uma mulher, sua auto contemplação tem parecido repetitiva, até mesmo obsessiva e indicativa da vaidade ou amor pela luxúria — conotando o sensual no lugar do racional (p. 16-17).

A figura da mulher, em diferentes momentos da história humana, assumiu variações de uma mesma imagem — de oposição ao masculino — em um jogo de polaridade. O resultado deste embate de forças entre feminino e masculino, bem e mal, ganha concretude ao associarmos ao debate a ideia de assimetria orgânica (Hertz, 1980).

Em seu clássico texto *A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa*, Hertz nos alerta sobre a crença da assimetria orgânica, ilustrada a partir da dicotomia entre a mão direita e a mão esquerda, e suas implicações cotidianas e ideológicas, isto é, algo que poderia ser considerado “natural”, na verdade, está repleto de conteúdos e significados culturais. Acreditamos que a experiência de maternidade é fruto de um processo de naturalização desta assimetria, impondo, de certa forma, uma hierarquia social, que alimenta e é alimentada pela diferença dos corpos e, por conseguinte, por suas práticas e usos diversos. A assimetria está intimamente ligada, desta forma, a diferenças de valor.

Não existe necessidade de negar a existência de tendências orgânicas para a assimetria, mas, fora os casos excepcionais, a vaga disposição para a dexteridade, que parece estar espalhada por toda a espécie humana, não seria suficiente para fazer surgir a preponderância absoluta da mão direita se isto não fosse reforçado e fixado pelas influências estranhas ao organismo.

(Hertz, 1980, p.102)

Rohden (2003) discute a distinção entre homens e mulheres em termos de uma proposta mais ampla que considera o impacto do contexto social e localiza a dicotomia natureza/cultura como elemento central para a discussão sobre ciência.

No interior desta dicotomia, um questionamento pode ser levantado: qual a relação possível? Existe alguma relação, entre a categoria concreta do sexo e a construção simbólica do gênero? Butler (2007) argumenta que é atribuída ao corpo a materialidade e ao gênero a performatividade. Tal distinção é inspiradora na medida em que circunscreve no concreto do substrato corporal uma série de notas e/ou regulações sociais. O sexofunciona, enquanto categoria imposta, como norma e prática regulatória, ou seja, produz os corpos que governa. Assim, a força regulatória produz, demarca, e, sobretudo, diferencia os corpos que controla (p.154-155).

De acordo com este argumento, é possível distinguir duas proposições: (1) os corpos não se conformam tão facilmente ao processo de materialização e (2) é característica do discurso produzir consequências concretas para o objeto nomeado e, assim, o processo cultural normatiza, limita e dispõe da materialidade dos corpos conforme seus ideais.

O termo convencionado de cultura — ou cultura(s) — possui diferentes acepções. Inicialmente destacamos a importância da cultura enquanto a principal característica humana. Não é possível, contudo, dissociarmos a construção cultural do aparato fisiológico (biológico) humano. Segundo Laraia (2009), a utilização do corpo pode ser considerada diferenciada em função do sexo. De acordo com o autor:

(...) todos os homens são dotados do mesmo equipamento anatômico, mas a utilização do mesmo, ao invés de ser determinada geneticamente (todas as formigas de uma dada espécie usam os seus membros uniformemente), depende de um aprendizado e este consiste na cópia de padrões que fazem parte da herança cultural do grupo (p.70).

Neste sentido, o tema da maternidade comprova um uso eminentemente social dos corpos de mulheres em diferentes culturas. Badinter (1985) aponta para críticas ao exercício da maternidade incondicional de uma mãe por seu filho, descrevendo com detalhes o surgimento de um discurso científico (sobretudo, moral), normatizando práticas e criando expectativas de desempenho social.

A dimensão afetivo-emocional, articulada a um ato marcadamente como social pode ser exemplificada através da concepção de infância em transformação à luz da perspectiva da criação de laços íntimos (Áries, 1981). Temos dos séculos XVII até o XVIII os chamados atos de abandono: a entrega à ama da criança; a

existência da governanta e do preceptor e; o internato. Com *Emile*, Roussau propõe uma nova ideologia familiar, marcada por bases fundamentadas no amor materno (Badinter, 1985).

Em retorno ao universo feminino, mais uma vez constatamos a sutil articulação entre discurso social e o uso legitimado do corpo da mulher como composto por idiossincrasias que o diferenciavam em relação ao corpo masculino. Como ilustração, enquanto dispositivo de controle social, a *Lei Sálica* era uma instituição jurídica que, por todo o Renascimento atribuiu o caráter sagrado à monarquia, afirmando a autoridade masculina como princípio unificador de uma concepção de Estado (Craveri, 2007).

A possibilidade que surge aqui elege as questões relativas ao gênero em articulação com a própria organização social. Mais especificamente, podemos incluir uma certalinguagem do corpo nesta sutil equação de modo a visualizarmos a atual sociedade pós-moderna.

Marcel Mauss, em seu clássico texto *As técnicas do corpo* (versão revisada, 2003) demonstra com brilhantismo algumas especificidades de expressão corporal como relacionadas a um uso socialmente esperado tais como o nado, a corrida, as posições da mão, dentre outros

“(...) há posições de mão, em repouso, convenientes ou inconvenientes. Assim, podeis adivinhar com certeza, se uma criança conserva a mesa os cotovelos junto ao corpo e, quando não come, as mãos sobre os joelhos, que ela é inglesa. Uma criança francesa não se comporta mais assim: abre os cotovelos em leque e os apoia sobre a mesa, e assim por diante” (p. 404).

Nesta obra, o autor discorre sobre ações do cotidiano e aponta para as sutis apropriações corporais pelo grupo cultural. Por exemplo, dentre atos simples como o nadar, o correr, etc., as ações humanas, mesmo que em parte naturais, são organizadas por técnicas, ou práticas, reguladas culturalmente.

As técnicas do nascimento e da obstetrícia podem ser variáveis e realizadas de diversas formas. Algo conhecido na nossa cultura como o parto, onde a mulher se posiciona deitada de costas, não se assemelha às mulheres indianas que têm o parto em pé como prática comum. Na órbita do fenômeno do parto (e suas técnicas), podemos incluir outros, tais como: a forma de receber a criança, o corte do cordão umbilical e os cuidados com a díade, priorizando um ou outro membro, ou não.

Desta forma, o corpo assume a qualidade de um importante analisador, palco para o espetáculo onde a cultura pode ser visualizada, demarcada e identificada. Mello (2009) defende o argumento sobre o qual cultura não é passivamente adquirida, mas sim, o resultado de transformações por acréscimo, descoberta e inovações. O objeto natural (da natureza), conhecido pelo homem, passa a ser considerado/apropriado pelo sistema de pensamento denominado de cultura. Este objeto recebe, necessariamente, significado e passa a compor todo o escopo cultural.

A cultura possui algumas características das quais ressaltamos duas, a saber: (1) consiste em um processo ao mesmo tempo dinâmico e também estável; (2) possui uma dimensão externa (material) e outra interna (subjativa); e é determinada e determinante (Mello, 2009).

A relação entre a qualidade dinâmica da cultura e, em contrapartida, seu aspecto de estabilidade pode ser debatida à luz da evolução das sociedades. Tais transformações não são uniformes, nem constantes, mas são reais, e podem ser avaliadas através de mudanças mais ou menos nítidas dos instrumentos (materiais), valores e expectativas (subjativas), em seu processo evolutivo. Seja por mecanismos internos ou através de choques interculturais, todos os sistemas de pensamento de um grupo social são vulneráveis a transformações, inclusive quanto à interação entre os seus membros.

O paradoxo se instala, no entanto, quando chegamos à conclusão de que a cultura, além de se impor aos indivíduos, também é composta pela soma de ações sociais e consensuais dos mesmos. Assim, cultura e indivíduos podem influenciar-se mutuamente. Apoiamos nossa discussão no ponto de vista semiótico para definir, então, a noção de cultura.

(...) o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

(Geertz, 2008, p.4)

Em retorno à discussão sobre o binômio cultura/natureza, cabe a distinção entre uma característica baseada na atividade e o resultado enquanto substantivo para o termo cultura. A etimologia da palavra nos informa que há uma íntima relação com cultivo agrícola, ou seja, o cultivo do que cresce naturalmente

(Eagleton, 2005). Parece-nos que também a cultura necessita de ser cultivada (atividade) através de ações sociais realizadas por seus membros-produtores. Ao mesmo tempo, ganha status de Verdade (entidade), de transcendência e superestrutura, sendo maior que a simples soma de indivíduos.

Assim, trata-se menos de uma questão de desconstruir a oposição entre cultura e natureza do que de reconhecer que o termo cultura já é uma tal desconstrução. Numa outra virada dialética, os meios culturais que usamos para transformar a natureza são eles próprios derivados dela.

(Eagleton, 2005, p. 11)

Cultura é, em última instância, a natureza trabalhada sobre a qual todos os conteúdos formais são baseados, para a formação de um conjunto denominado sociedade. Os processos corporais traduzem de forma exemplar a intersecção entre ambas as dimensões, natural e cultural, em um conjunto de redes de significado e expectativas que os traduzem.

De acordo com Douglas (1976), o corpo humano é um símbolo da sociedade. Reside aqui a ideia de ordem, de uma tendência de atribuir à cultura o poder de sistematizar e organizar. Ao separarmos, demarcarmos, o puro e o impuro, este ato tem como função impor ordem a algo aparentemente desordenado. Assim, pressupomos que a ciência ganha, ou assume, um importante papel neste contexto a partir do momento em que na busca pela pureza, na luta contra a poluição, classifica e toda classificação envolve, sobretudo, valor.

Assim, o nascimento das chamadas ciências da mulher¹ reflete, neste sentido, um discurso centralizado em um binômio físico/moral, localizando a mulher como representante de um conjunto de elementos mais sujos, dependente de cuidados médicos específicos, de higiene, em prol da beleza e da estética, de seus atributos naturais. Por isso, podemos considerar os corpos, neste sentido, como frutos de uma ordenação específica, de natureza física e moral.

Neste trabalho, tencionamos confeccionar algumas breves considerações acerca desta afirmação e elevar o fenômeno da maternidade enquanto cenário privilegiado para a discussão das condições de classificação e uso dos corpos femininos, a serviço de uma ordenação, a partir da medicina, e da experiência de maternidade.

¹Este tema será discutido em momento posterior do texto.

Será que, no exercício da maternidade, não há um *certoscript*, um roteiro oculto referente ao seu bom desempenho? E as novas tecnologias de contracepção e parto, não serão típicas representantes de uma tendência de assepsia dos corpos e mentes? Tanto a figura do especialista, quanto do seu instrumental, estão hoje diretamente associadas à gestação, parto e puerpério. O momento do pré-natal constitui evento familiar nos dias atuais e mesmo em classes mais baixas e menos favorecidas, é fato comum uma média de três consultas com o médico em uma unidade básica de saúde do município.

Neste sentido, devemos concordar com Latour (1999) acerca da articulação entre elementos de ordem natural e aspectos de natureza social, mediados pela ciência. Natureza e cultura configuram-se como polaridades das quais ganham significação todos os fenômenos humanos. A noção de corpo pode ser utilizada aqui como instrumental.

Le Breton (2003) propõe uma análise social usando representações sobre o corpo como fio condutor. A partir da noção de que o corpo é construído socialmente, e que além de evidenciarmos uma concepção de corpo, é possível lançar luz à ideia de uma materialidade dos corpos, isto é, cada sociedade possui uma concepção/matriz nativa a respeito do corpo e, em um nível individual, o homem da contemporaneidade responsabiliza-se pela construção do seu próprio corpo.

A relação do indivíduo com o seu corpo ocorre sob a égide do domínio de si. O homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar sua aparência, ocultar o envelhecimento ou a fragilidade, manter sua 'saúde potencial'.

(...) O próprio sujeito é o mestre-de-obras que decide a orientação de sua existência. O corpo tornou-se um empreendimento a ser administrado da melhor maneira possível no interesse do sujeito e de seu sentimento de estética.

(Le Breton, 2003, p. 31-32)

O autor continua o argumento associando-o agora à assistência médica, à procriação e a uma modificação nas relações entre a procriação e o discurso médico, mecanizado, que altera a natureza ambivalente, por exemplo, da mulher e/ou do casal em relação à autoeficácia para os cuidados com o bebê.

Com a avançada tecnologia médica, as escolhas individuais ficam em suspenso, com destaque para a saída do homem (progenitor) do debate a respeito da reprodução, que se realiza, agora, entre dois entes — médico e mulher. A

assistência médica da procriação é responsável, assim, por um processo de ordenamento, organização e reorganização dos procedimentos e das etapas do processo, relegando, muitas vezes as percepções femininas, quanto ao uso de seu instrumental corporal a uma mera massa de manipulação e especulação.

A assistência médica à procriação quase não leva em conta a dimensão simbólica da pro gên ie. Muitas vezes basta-lhe uma declaração de vontade, bem diferente do desejo arraigado no inconsciente. A medicina do “desejo” negligencia a ambivalência da mulher, do cônjuge, do casal em sua dinâmica afetiva, ignorando a base do desejo inconsciente que urde a fecundidade humana. Sendo para ela um problema de conjunção de gametas, só considera uma resposta técnica.

(Le Breton, 2003, p. 70)

A medicina utiliza, em seu projeto ideológico e social, o artifício da materialidade em seu discurso prático e cotidiano. De acordo com Butler (2007), a respeito da ideia de materialidade, é discutida a forma de sua construção a partir da norma. Esta última envolve-se na construção daquela primeira, regula e produz os corpos materializados.

Partimos do pressuposto que a maternidade se inscreve no interior desta dimensão apresentada à medida que evidencia uma série de práticas e expectativas sociais representadas no corpo, alvo de manutenção, pesquisa e controle, a fim de permitir as condições ótimas para as situações de intervenção técnica, como o pré-natal, o parto (e suas condições ótimas, enquanto procedimento), controlando, assim, o delicado período do puerpério, inclusive.

Nosso eixo teórico identifica, na dicotomia natureza/cultura, a partir das considerações realizadas, uma relação marcada pela complexidade. Segundo Rohden (2003):

(...) podemos identificar uma complexa relação entre aquilo que é definido como as marcas dadas pela natureza e o que é apresentado como as intervenções da ordem da cultura. A natureza teria definido o que distingue homens e mulheres. Mas as influências do meio podem intervir no processo de estabelecimento e cristalização das diferenças (p. 2).

Para a autora, a questão sobre as diferenças sexuais pode ser caracterizada como uma temática que envolve a construção de um discurso científico, médico, e que descreve as diferenças entre os sexos levando em consideração as especificidades femininas.

A interrogação, afinal, consiste no que deve ser, ou não, avaliado como natural ou social para mulheres e homens? Para as primeiras, a partir de um período histórico, mais ou menos preciso, o século XIX, começam a surgir possibilidades de abertura para o mundo do trabalho, maior autonomia e papéis outros que não apenas o exercício “natural” da maternidade (procriação).

Observamos, neste sentido, mais uma vez a relação possível entre natureza e cultura no que concerne ao fenômeno humano. Para a mulher, o ato “natural” de procriar possui, hoje, novas conotações, já que a partir do surgimento de tecnologias contraceptivas, é facultativo às mulheres o exercício da maternidade. Este simples fato pode estar relacionado a mudanças nas atuais configurações de família, lutas de movimentos sociais, como as diferentes etapas do conjunto feminista (Sarti, 2003) e novos padrões de conjugalidade (Passos, 2005, 2007).

Desta forma, a própria dicotomia entre natureza e cultura não pode ser avaliada em termos absolutos, pois parece conter em si certa mobilidade e/ou permeabilidade decorrentes de variações temporais e contextos específicos.

Hoje, como comenta Martins (2004), o que importa é a adequação dos corpos e comportamentos a modelos de produtividade, eficácia e competitividade.

Embora a normatização dos corpos e comportamentos atinja homens e mulheres, são estas os principais alvos-objetos dos diferentes tipos de discursos que, à sua maneira e com formas de expressão fundamentalmente visuais, procuram ‘enquadrar’ as mulheres, transformando-as, na sua corporalidade e subjetividade em mulheres ‘normais’ (p. 12).

A autora complementa o debate atribuindo graus de semelhança entre a representação da mulher-corpo e a representação médico-científica, frutos de uma história de produção de saberes e práticas sobre o corpo feminino. Ocorre, então, uma certa objetificação do corpo feminino no interior de um saber especializado, científico, médico. Usando a maternidade como suporte para a discussão, ampliamos a questão de uma dimensão meramente biológica (reprodução) para a constatação de que a maternidade possui algumas funções, a saber: natural, moral e política.

O corpo feminino como objeto de conhecimento parece manter estreita relação com a criação de discursos normativos para o desempenho desse mesmo corpo. A prática de objetificação, e sua consequente mensuração, encontra-se

intimamente relacionada com o surgimento da chamada medicina da mulher, representada pelas disciplinas da obstetrícia e ginecologia.

Atualmente, verificamos uma gama enorme de especialistas, e seus especialismos, referentes ao cuidado com o corpo da mulher e a área de abrangência supera em muito o desempenho exclusivo e ótimo de ovários e útero, enquanto itens concretos.

Acorporalidade nos tempos atuais ganha ares de tirania e demonstra outras materialidades. Os chamados discursos normativos do corpo feminino (Martins, 2004) alcançam diferentes segmentos sociais, transformando e gerenciando formas de ser em diferentes domínios sobre os corpos. Doenças como bulimia, vigorexia e anorexia são um exemplo real acerca do “peso dos corpos”.

Boltanski (2004), dentre outras contribuições, como a interessante proposta diferencial entre o discurso científico e o discurso popular, como apreensão livre do primeiro, defende a ideia de que o uso do corpo depende, em certa medida, dos comportamentos físicos dos agentes sociais (cultura somática), no interior de uma ordem cultural, ou seja, existe uma relação íntima entre o uso “correto” do corpo pelos indivíduos conforme a variação da classe social à qual pertencem. Sobre as combinações/distinções entre homens, mulheres e classes sociais, o autor exemplifica:

(...) tudo se passa como se a oposição entre a relação com o corpo dos membros das classes populares e dos membros das classes superiores reproduzisse a oposição da relação com o corpo dos homens e das mulheres. Assim, as mulheres fazem um consumo médico maior do que os homens. (...) mulheres parecem mais atentas que os homens às sensações doentias, escutam-se mais do que eles, da mesma maneira que os membros das classes superiores se escutam mais facilmente que os membros das classes populares e mantêm, mais frequentemente do que os homens, uma relação sensível com o corpo.

(Boltanski, 2004, p.162)

Neste sentido, o argumento se baseia em um preparo/interesse de mulheres pelo cuidado com seus corpos. Observamos, sem dúvida, uma familiaridade entre o espaço de uma consulta médica e a disponibilidade feminina para utilizar-se de todas as vantagens informacionais sobre o seu corpo, oferecidas pela figura do médico. Pelo menos, esta cena é comum em nossa cultura brasileira dos grandes centros urbanos, onde tal cenário é comum. É de nosso interesse, contudo,

investigar as razões desta relação ótima entre discurso médico e práticas corporais femininas.

Como debate Martin (2006), em sua obra controvertida *A mulher no corpo*, a medicina trabalha com um formato instrumental baseado na hierarquia e controle. A autora discute a relação entre processos culturais e a concepção das mulheres acerca de seus corpos, de forma a traçar um paralelismo entre representações sobre os corpos femininos e o contexto social mais amplo.

Martin (2006) localiza o corpo no interior do que chama de metáfora de produção. O corpo feminino é visto como um sistema de produção. A menopausa e a menstruação caracterizam-se por falhas neste sistema, por exemplo. “Estaria a reprodução sendo tratada como uma forma de produção, da mesma maneira que vimos a menstruação e a menopausa tratadas como fracasso na produção?” (p.108).

Neste ponto, é útil traçarmos uma articulação com a obra de Laqueur (2001), que sugere a análise do corpo segundo sua centralidade para a ordem social. Outra característica também deve ser reconhecida — a de ser alvo de construção (Rohden, 1998). Para Laqueur (2001), a ideia de dois sexos é constituída historicamente. O autor traça um percurso a partir de uma concepção de um sexo único, biológico, sendo a única diferença expressada em termos de graus de perfeição, em um modelo hierárquico entre gêneros, e avança até o Renascimento quando ocorre uma passagem para dois sexos, oferecendo uma diferença real, de matéria, entre homens e mulheres.

Desta forma, concordamos com o pressuposto de Laqueur segundo o qual o corpo (e no nosso caso, o feminino) ocupa um lugar central no sistema ordenador da sociedade e, ao mesmo tempo que é paciente, também é agente de transformações. Assume uma perspectiva de um campo de forças onde elementos culturais e biológicos/naturais digladiam em torno da proposta máxima da vida.

O autor nos orienta para a promoção, então, de uma desnaturalização dos objetos. Centraliza a noção de corpo em relação à discussão social e a articula ao surgimento de demandas políticas e culturais, com a consequente formação de discursos sociais modeladores de práticas.

Como Mauss (2003) reforça, em sua obra, o corpo situa-se na zona fronteira entre os planos sociológico, psicológico e biológico, ou seja, enquanto objeto de estudo configura uma excelente noção, transitando livremente entre o

pólo do indivíduo (natureza), de um lado, e o da sociedade (cultura), de outro. Destacamos o efeito do controle exercido sob o corpo, tanto pela esfera individual quanto pela esfera social, traduzida em influências do próprio grupo.

Cabe ressaltarmos a importância da consideração acerca das estruturas de poder que disciplinam os corpos. Tal processo de disciplina não ocorre simplesmente através de práticas coercitivas ou de punição, mas também é responsável pela produção das práticas e dos saberes a partir do objeto corpo (Foucault, 1987, 1997). As naturezas destes saberes configuram disciplinas inteiras, dotadas de saberes e metodologias próprias, como a medicina, a antropologia cultural, dentre outros.

Elias (1990) complementa o raciocínio teórico ao afirmar que o processo civilizador contém em si a função de desenvolver os indivíduos para o autocontrole emotivo e também corporal. Estes processos socializadores deixam inscrições específicas desde a infância dos indivíduos e garantem o terreno fértil para o exercício prático-moral de inúmeras disciplinas técnicas, tendo como exemplo maior a disciplina biomédica.

Para a mulher, nos parece pertinente destacar o grande impacto de tais afirmações para a sua constituição, tanto intrapsíquica quanto interpssíquica, já que o fenômeno da gravidez considera, necessariamente, transformações no e para o corpo. Nas sociedades contemporâneas ocidentais, o corpo da mulher grávida é tangenciado por agências sociais e expectativas quanto ao desempenho do papel da maternidade sob a égide das características típicas — naturais — da feminilidade. Há a união, nem sempre harmônica, entre a função da reprodução e as novas exigências de afeto, em relação à condição da gravidez, e em relação ao feto.

Em paralelo à temática da maternidade, verificamos a existência de relações intrínsecas entre a experiência tida por mulheres gestantes e o surgimento/consolidação de discursos (médicos e cotidianos), que regem a sua prática, oferecendo suporte informacional adequado e, ao mesmo tempo, regulando seus corpos de acordo com um discurso físico e moral, eminentemente de valor.

Se é possível localizarmos a diferença, como sugere Martin (2006), entre o mundo do trabalho (produção) — marcado pelo domínio público, pela produção de bens, por homens — e o domínio do privado (reprodução) — do conteúdo

afetivo, por mulheres —, como categorizar o “trabalho de parto”? Certamente essa expressão não é ingênua e por isso mesmo gera inquietação para muito além da dimensão semântica.

Martin (2006) localiza alguns momentos específicos para a vida das mulheres tais como: exames ginecológicos; o pré-natal; e a condução do parto. Ao nosso ver, estes fatos são marcantes e refletem o caráter de construção social da maternidade.

A articulação com o discurso médico-científico oferece novas configurações para a concepção mulher-corpo, discutindo papéis e scripts relativamente recentes para a “prática” da maternidade. Instrumentais inéditos como as novas tecnologias de imagem (ultrassonografia, por exemplo) modificam a experiência da maternidade e traduzem o fenômeno enquanto espetáculo (Chazan, 2005). Novas tecnologias relacionadas ao parto, como anestésias e procedimentos obstétricos, transformam a própria concepção de maternidade e esta, por conseguinte, válida e legítima tais instrumentos culturais.

De acordo com este estado de coisas, resta-nos a pergunta: Que corpo será inventado agora? A resposta para esta pergunta pode estar relacionada, mais intimamente ou não, a um conjunto complexo de aspectos, produtores e produtos de demandas socioculturais e políticas, além, é claro, dos laboratórios e seus cientistas.

Antes de comentarmos a respeito das ciências consideradas “da mulher”, cabe a reflexão sobre o próprio discurso científico, suas idiossincrasias, seus percursos, seus agentes e, o que nos parece ainda mais importante, seus conteúdos. É surpreendente como o impacto do discurso científico, com expressiva especialização a partir do século XX, transformou as relações sociais vigentes, sobretudo as da atualidade. As novas tecnologias de imagem — ausentes durante o início da medicina moderna — alteraram definitivamente a relação com a doença, os processos de cura e restabelecimento da saúde, o mapeamento genético e as tecnologias reprodutivas (Chazan, 2005).

Boltanski (2004), comentando a respeito da difusão do conhecimento médico, alerta para a necessidade de diferenciação entre o conhecimento médico e o popular, em especial das classes baixas, que seriam agentes de uma transformação do conhecimento da medicina científica em formulações passíveis de compreensão e entendimento no cotidiano dos indivíduos.

Incapazes de emitir um discurso que reproduza o do médico ou mesmo de repetir textualmente o discurso deste, os membros das classes populares constroem, com o discurso do médico, um outro no qual exprimem quase que apesar deles próprios e, como se verá, através do jogo das reinterpretações, suas representações da doença.
(Boltanski, 2004, p.62)

Sobre a formulação desta categoria científica, ou melhor, do pensamento médico-científico, Barros (2002) lista quatro tipos evolutivos das concepções e práticas sobre a doença e a saúde ao longo da história: (a) a medicina mágico-religiosa (pertencente à antiguidade, sua natureza envolvia um íntimo relacionamento com o sobrenatural e o adoecimento significava a transgressão, individual ou coletiva, ao divino); (b) o galenismo (as doenças possuíam causas internas, de predisposições, externas, causadas por excessos, ou conjuntas); (c) a contribuição de Paracelso (modelo intermediário entre o período de Galeno e o modelo biomédico atual, cuja ideia de doença era explicada por uma delicada relação entre o micro e o macrocosmo, geralmente traduzida por reações inadequadas ao excesso ou a falta de um dos elementos constitutivos do mundo) e; (d) o modelo biomédico (ou também chamado de mecanicista, com fundamentos históricos vinculados ao período do Renascimento, criação de inúmeros instrumentos para um novo paradigma técnico-científico.

(...) o alvo do interesse médico passou da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia, isto é, (...) de uma abordagem *biográfica* para uma outra, *nosográfica*. Grande parte das descobertas da medicina moderna foram sendo, paulatinamente, validadas pela abordagem biomédica.
(Barros, 2002, p. 73-74)

Obviamente, não se trata aqui de uma tentativa franca de desqualificação do conjunto de contribuições da disciplina médica, pois é notória sua contribuição para a evolução da sociedade humana. Figuras históricas como Copérnico (a descentralização da Terra em relação ao Sol), Darwin (perspectiva evolucionista), Freud (proposta do inconsciente humano) e Pasteur (evidenciação de processos bacterianos), dentre outros, traduzem a genialidade do espírito humano e sua capacidade para a organização de ideias em propostas teóricas e práticas que tragam uma renovação de pensamento, de ideais e ofereçam maior qualidade para o grupo social humano.

Neste sentido, o período entre os séculos XIX e XXI traduziu este espírito de liberdade de ideias de maneira exemplar, e através da construção do conjunto articulado da ciência, pudemos vislumbrar as maravilhas da obra humana e a melhoria sensível da qualidade de saúde da sociedade.

No que tange à gestação, a partir e ao longo do século XIX, com a própria transformação da ciência médica, a prática de cuidados com a saúde da mulher e com o bem-estar da mãe e de seu bebê recém-nascido resultaram em duas especialidades denominadas de ciências da mulher, respectivamente, a ginecologia e a obstetrícia.

Engana-se aquele que pensa ter sido este percurso retilíneo e uniforme. Ao mesmo tempo em que uma nova ideologia baseada em pressupostos de igualdade consolida-se com a emergência da nova classe burguesa no século XVIII, paradoxalmente, desponta uma outra lógica, agora marcada pela diferença.

Sobre este novo elemento — da diferença —, Rohden (2006) aponta para duas dimensões do conhecimento médico no que tange à sexualidade e gênero: (1) a primeira nos questiona sobre o como as concepções de sexualidade e gênero têm influenciado a produção do conhecimento médico, que representa um determinado modelo de relação social marcado pela diferença entre homens e mulheres, ocidentais e não-ocidentais, adultos ou jovens; (2) a segunda inverte, de certa forma, o pensamento e tem como objetivo investigar em como a medicina tem investido efetivamente para a conformação das noções de sexualidade e gênero.

Tal debate converge [em direção ao](#) conteúdo de nossa discussão anterior, na medida em que as temáticas da sexualidade e de gênero (relações sociais de sexo) estão articuladas inevitavelmente à corporeidade e ao feminino.

Acreditamos que determinados sistemas coletivos de pensamento devem ser observados com um olhar de desnaturalização, pois algumas concepções vistas como naturais e óbvias não são tão naturais assim. Neste sentido, a “verdade” do conhecimento científico deve ser relativizada, ou posta em suspenso, até a devida compreensão do tipo de agenciamento que a mesma veicula. Existe, por exemplo, uma forte relação entre o conhecimento médico e uma determinada proposta histórica de concepção de gênero.

(...) talvez seja possível introduzir questionamentos necessários e produtivos sobre a natureza e o lugar do saber médico em nossa sociedade, atentando para como

certos avanços ou certas especialidades não se desenvolveram apenas em razão de determinados progressos científicos, mas também em virtude das influências e das pressões vindas dos contextos sociais em jogo

(Rohden, 2006, p. 159).

O interesse da racionalidade biomédica pela mulher, surgido a partir do século XIX, de forma operacional, não exclui um histórico de aproximações com o tema. O argumento da diferença retorna em um lugar de centralidade, considerando as especificidades entre homens e mulheres, e localiza no corpo feminino a qualidade da reprodução, traduzida em expressões concretas da concepção, gestação, parto, puerpério e aleitamento. Desta forma, a medicina é obrigada a considerar a necessidade de construção e operacionalização de especialidades que dêem conta do corpo feminino.

Segundo Knibiehler & Fouquet (1983), o interesse pelo corpo em geral, e pelo corpo feminino, em particular, é uma construção histórica com explicações possíveis a cada novo momento, com condições específicas que proporcionem um entendimento sistematizado e coerente acerca do tema. No entanto, é possível localizar uma importante transição entre uma definição religiosa da mulher (pecadora) e uma definição médica da mulher (reprodutora).

Partimos de observações curiosas sobre o adoecimento clínico, segundo o conhecimento dos egípcios, do corpo feminino devido à má posição do útero; da concepção da saúde como o equilíbrio de humores e a regulação dos fluxos no interior do corpo da mulher; a ideia da mulher como vaso receptor de uma semente masculina, segundo uma perspectiva aristotélica; a proposta galênica em virtude da falta de calor, responsável pela não exteriorização dos seus órgãos genitais durante a gestação; até a associação dos discursos teológicos aos naturalistas na figura do padre, porta-voz da fraqueza não só dos corpos, mas também das almas das mulheres (Knibiehler & Fouquet, 1983). De acordo com Rohden (2006), o corpo feminino estaria mais propenso ao mal, pois possuía mais orifícios de entrada, daí a ideia de fraqueza da alma feminina.

Neste percurso histórico, as dissecações realizadas por anatomistas, como Vesalius (Chazan, 2005), geralmente cirurgiões, eram fruto de polêmicas a favor e também contra, e ofereciam destaque para outra problemática: o médico e o cirurgião tinham objetivos diferenciados, metodologias diversas e concepções de

corpo divergentes. Foi necessário que a Igreja perdesse seu poder de influência e interdição sobre os corpos para que a medicina pudesse ganhar mais autonomia.

No que concerne ao nascimento e à reprodução, no interior de uma perspectiva histórica, o cuidado com o momento do parto era exclusivo de mulheres, tanto pacientes quanto agentes do ato de parir. A figura da parteira, que dispõe apenas de sua experiência, torna-se alvo de tentativas, mais ou menos diretas, de regulação. Inicialmente pelo clero e pelo poder do monarca, como na França do século XVI — com o argumento do combate ao aborto, protestantismo e o infanticídio, considerado formalmente, pelos agentes da lei, como o mais perverso comportamento possível para uma mulher, no século XIX (Rohden, 2002), e posteriormente pela influência dos cirurgiões e médicos. Sobre a luta contra as parteiras,

Enquanto os cirurgiões e médicos só eram chamados para atender os partos difíceis, as parteiras tinham atividades tão extensas como fazer exames de virgindade, requeridos em caso de estupro ou impotência, além de muitas vezes transmitir ao casal as normas quanto ao tolerável pela Igreja em termos de práticas sexuais. E além da gravidez e do parto, tratavam, por extensão, das doenças femininas. Exigia-se delas uma conduta exemplar, uma vez que se encontravam muito próximas de práticas como o aborto e o infanticídio. Essa fragilidade moral ao lado das acusações de superstição e imperícia vão servir de motivos para que os cirurgiões passem a atacá-las em prol da sua maior competência.

(Rohden, 2006, p.171)

Com as transformações sociais e morais, e a possibilidade da entrada do médico e do cirurgião no cenário do parto, além da implementação de novas técnicas e instrumentais não existentes ainda, como o fórceps (a partir de 1730), configuraram um novo estado de saber e um terreno fértil para a consolidação da disciplina da obstetrícia e a organização dos conhecimentos em torno do corpo feminino para a formalização do estatuto de cientificidade da ginecologia enquanto disciplina.

Segundo Martins (2004), a constituição da ginecologia, da mesma forma que a obstetrícia, implementou uma série de transformações quanto à consideração do corpo feminino. A cirurgia instalou um novo regime de visibilidade, que auxiliou enormemente o processo de esquadrinhamento do corpo feminino, redirecionando a atenção dada anteriormente ao externo rumo à preocupação com o conhecimento do interior. Esta mudança de ponto de vista

resultou em um dos maiores avanços do paradigma médico até os dias atuais, tratando de transformar suposições e especulações baseadas muitas vezes no acaso em conclusões técnicas, objetivas, operacionalizadas em uma programação de intervenção em relação aos corpos, no caso, o feminino. A autora comenta:

Os tratados de ginecologia são, portanto, representações destas transformações no campo dos saberes ao mesmo tempo em que nos informam sobre as realidades corporais das mulheres do passado. (...) Mais do que a obstetrícia, a ginecologia precisou aperfeiçoar a conjugação dos sentidos do olhar e do tato, principalmente do olhar, para observar alterações dos órgãos internos e também para realizar aplicações medicamentosas.

(Martins, 2004, p.121)

Neste sentido, observamos a consolidação de um processo maior, denominado aqui de medicalização da sociedade. De início, podemos sugerir apenas que tanto o processo de medicalização quanto o de naturalização devem ser postos em xeque, de forma a podermos vislumbrar quais as apropriações realizadas pela medicina acerca do corpo da mulher e o impacto de tais apropriações sobre o fenômeno da gestação, em especial através do uso da nomenclatura de risco.

Com o crescimento das teorizações científicas em torno da biologia da gestação, configura-se o cenário do cuidado pré-natal e toda uma série de normatizações, engendramentos e regulações, a respeito da saúde da mulher, dos riscos associados ao seu estado gravídico e de sua autonomia.

2.3.

O processo de medicalização da sociedade

A consolidação da medicina enquanto área legítima da Ciência e sua maior representante, a partir do século XIX, em pleno alvorecer de um novo paradigma, aponta para algumas problemáticas. De acordo com Birman (2005), a partir da revolução industrial, configuraram-se duas vertentes na área da saúde: a primeira diz respeito à saúde individual e a segunda à saúde social. O autor realiza uma distinção entre saúde pública — a chamada medicina moderna do final do século XVIII, focada em um investimento político e policial da medicina, com ênfase na dimensão social das doenças — e saúde coletiva — baseada na crítica direta ao

universalismo do saber médico naturalizado. A ideia de naturalismo médico foi a responsável pela legitimação de processo de medicalização do conjunto social.

Sob este último ponto de vista, podemos localizar a saúde individual sob a dimensão do corpo singular, na clínica, e a saúde social apoiada sobre o discurso sanitário, da prática médica.

As descobertas biológicas multiplicam o poder social da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias.

(Birman, 2005, p.12)

Ao contrário da posição simplista da saúde pública, a concepção da saúde coletiva tem como objetivo maior a crítica sistemática à perspectiva naturalista do discurso médico, trazendo contribuições de diferentes âmbitos, como a Psicologia, a Pedagogia, para o ambiente da saúde.

Segundo Birman (2005), torna-se fundamental uma leitura crítica sobre o que se denomina de projeto médico-naturalista, como produção maior do surgimento das sociedades industriais. Compartilhamos da concepção baseada em aspectos mediáticos, relacionais e históricos, necessários às construções de discursos e práticas simbólicas, suportados sob códigos consensuais, culturais, acerca da doença e da saúde.

A partir do uso da metáfora (ou figuração) do corpo — argumento do nosso trabalho para a aproximação com a gestão de risco — podemos argumentar a favor do aperfeiçoamento das relações sociais.

A saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem com ideais estéticos e religiosos. Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos.

(Birman, 2005, p.13)

Neste sentido, a problemática da saúde não deve se restringir somente ao registro do biológico, mas sim, incluir em seu conjunto a valorização de modelos teóricos e práticos que reconheçam a diferença, a diversidade dos registros

simbólicos de diferentes grupos sociais, de redes de significação e de representações.

A questão da ordenação do corpo (Elias, 1990; Foucault, 1987, 1997; Laqueur, 2001; Martin, 2006; Costa, 2006), especialmente no que tange à sexualidade (Laqueur, 2001; Rohden, 2003) e à reprodução (Schor et al, 2000; Laborie, 2009) necessita de especial atenção, pois se tal ordenação for alvo da atenção exclusivamente do Estado, na condição de regulador e gestor da área da saúde, trabalharemos segundo a hegemonia do biológico sobre o cultural. Em contrapartida, com o apoio teórico-prático da saúde coletiva, inserida em uma leitura relativizada e com suporte histórico, teremos uma avaliação nítida a respeito da problemática da saúde e do processo de adoecimento.

A função da medicina cumpre, com rigor, seu papel de mediação entre o que se convencionou chamar de natural e o social, ou cultural, no entanto, devemos avançar com reservas quanto ao resultado, e/ou impacto, prático de tal processo de mediação.

Conforme Luz (2003) nos aponta, a medicina contemporânea assumiu uma postura especializante e tecnocientífica, e esta racionalidade médica, na sua intrincada relação com o panorama pós-moderno atual, tem sofrido certo abalo, particularmente quanto à relação médico-paciente.

Proponho (...), como hipótese suplementar, a questão da própria racionalidade médica em sua relação com a cultura contemporânea como um dos elementos básicos explicativos da dupla crise que analiso, bem como da fuga da clientela, em busca de outras racionalidades terapêuticas, que priorizem em seu modelo o sujeito doente e seu cuidado. Acredito que o surgimento de novos paradigmas em medicina esteja ligado a diversos acontecimentos, situações e condicionamentos complexos, de natureza ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epidemiológica (p.40).

O autor complementa seu argumento levantando a proposição de que a medicina atualmente encontra-se em crise. Certamente não pelo avanço tecnológico e instrumental que demonstra, nem pelo conhecimento adquirido em si, mas sim, pelo distanciamento ocorrido em relação ao indivíduo doente, em prol do aspecto absoluto do saber médico em relação a qualquer outra instância de debate que discorde da representação homem-máquina da sociedade contemporânea.

Nosso interesse, no entanto, afasta-se deste formato analítico e assume outro aspecto — o da consideração da relação entre a construção da diferença sexual na medicina e a origem da especificidade das chamadas ciências da mulher.

O ponto de vista segundo o qual a racionalidade biomédica aposta na diferença entre os sexos está diretamente relacionada à própria construção da ciência, em seu modelo de pensamento, e retorna nossa atenção para a dicotomia natural/cultural. De acordo com esta ideia de dimorfismo (Laqueur, 2001; Rohden, 2003), mudanças de ordem paradigmática, política e sociocultural são inevitáveis. A ideologia baseada na materialidade corpórea, da mesma forma, também sofre transformações.

A fundação desta diferença estaria não em algo transcendental, mas *no* fato da diferença sexual e suas implicações utilitaristas, ou seja, a constatada força superior dos homens e a freqüente incapacidade das mulheres em decorrência de suas funções reprodutivas. O corpo, que para a visão de mundo centrada na ‘grande cadeia do ser’ era o signo, passa agora a ser o fundamento da sociedade civil.

(Rohden, 2003, p.203)

O paradigma anterior denominado de “grande cadeia do ser”, que não fazia distinção entre corpo e cosmos, em uma ampla relação de signos, cede lugar a uma proposta baseada exclusivamente em uma explicação natural, reducionista, do sexo como fator único (Rohden, 2003). Mas se a diferença entre homens e mulheres alcançava a qualidade de obviedade, já a partir do século XIX, por que esta questão ainda surge enquanto impasse? A justificativa plausível para este fato parece ter um fundamento social, isto é, a manutenção de um equilíbrio social entre os sexos (e mais tarde entre gêneros) dependia da qualidade e manutenção desta diferença e de seus significados implícitos.

A partir do destaque da preocupação com a distinção sexual, de acordo com a autora, tal argumento é gerador de instabilidade, tanto de discursos quanto de corpos. Assim, a passagem de um pensamento coletivo baseado no isomorfismo para um nível superior — o dimorfismo — também é causador de uma sensação de instabilidade entre os sexos quanto ao impacto de sua concretude para a malha social. Instabilidade pode gerar ambiguidade e todo o processo de equilibração realizado pelo discurso dito científico pode ruir.

A influência do meio ambiente para o pensamento do século XIX — especificamente o pensamento médico — criou um argumento sob o qual não há

questionamento: a ideia da vulnerabilidade. Ora, o surgimento de especialidades médicas com objeto claro sobre o corpo feminino parece estar de acordo com este raciocínio. A vulnerabilidade foi direcionada ao corpo feminino, confirmando a diferença esperada, no entanto, inaugurando um discurso perigoso, baseado na assimetria e em um pensamento hierárquico, solicitando um necessário monitoramento. No entanto, ambos os sexos ainda poderiam ser considerados vulneráveis, dependendo do ponto de vista. Assim como poderíamos observar uma medicina para a mulher, da mesma forma ofereceríamos uma específica para o homem, o que não aconteceu, pelo menos até os dias atuais, com a andrologia.

O recurso usado para a consolidação deste estado de coisas — o corpo vulnerável é o feminino, e não o masculino — foi o da reprodução. O corpo feminino agora visto oficialmente como vulnerável, depende de cuidados direcionados de forma específica. Suas ações precisam ser monitoradas e o agente que assume a responsabilidade por tal monitoramento é o discurso médico. De uma forma ilustrativa, o corpo pertenceria à mulher, e a razão, ao homem.

As mulheres eram descritas na literatura médica como seres estranhos, capazes de perverter a ordem do mundo, em função de toda essa instabilidade. Ao mesmo tempo, contudo, elas eram fundamentais para a garantia dessa ordem, em virtude do seu papel como procriadoras. Era dando à luz novos seres que cumpririam a função de renovar as gerações e conservar a humanidade.

(Rohden, 2003, p.206)

Apesar do projeto de estabelecimento da diferença entre os sexos apresentar certo êxito, Laqueur (2001) alerta para o fato de que esta diferença natural, biológica, não está garantida. Neste ponto, precisamos salientar o papel central da cultura, como instrumento de demarcação da obra humana e de suas normas. Destacamos como exemplo máximo deste argumento a nomeação da menstruação feminina como “regras”, em uma clara tentativa de imposição da dimensão cultural sobre a materialidade biológica, natural.

Através de agências de conformação, como dispositivos educacionais e influências sociais diversas, e a própria medicina, a natureza do corpo feminino, de impura e perigosa (Douglas, 1976), passa a ser controlada, monitorada, com o intuito de garantir sua segurança e — o que parece ser central nesta questão — a qualidade da sua capacidade reprodutiva.

A medicina, portanto, serve plenamente enquanto dispositivo de controle para garantir que a instabilidade do corpo feminino, traduzida em um maior risco, ou vulnerabilidade, não seja deletéria ao conjunto e à ordem sociais. De fato, a dicotomia natureza/cultura prova ser um dos maiores operadores das sociedades ocidentais, pelo menos deste o século XIX.

O surgimento histórico da obstetrícia, e logo depois a ginecologia, — enquanto conjunto estruturado de conhecimentos, atores, ações e instrumentais — oferece subsídios para pensarmos a proposição da denominada vulnerabilidade feminina. Como vimos anteriormente, com o surgimento, e logo após a consolidação das chamadas ciências da mulher, existe uma íntima relação entre o objetivo intrínseco do discurso biomédico e a concepção da noção de corpo.

Martins (2005), sobre a chamada ciência dos partos, atenta para o processo histórico de construção de diferentes aproximações entre cultura e corpo. Enquanto para o Renascimento a nudez feminina era considerada uma virtude, algo belo e digno de evidenciação, o século XIX inaugura formalmente a observação do corpo da mulher como base concreta para a construção de um conjunto de saberes sobre o corpo feminino.

A autora comenta a respeito do hiperrealismo dos tratados de obstetrícia europeus entre os séculos XVIII e XIX. O corpo feminino era considerado como real, cabível de observação, e os canais para tal feito constituíam-se na atividade da autópsia e através do exame obstétrico. A partir de informações reais, desvelava-se a feminilidade (Martins, 2005).

Podemos concluir que esta etapa histórica foi de fundamental importância para os rumos da aproximação da ciência em relação à mulher. Neste sentido, Dois aspectos devem ser destacados: (1) Segue em franca progressão o processo de produção de um saber especializado sobre o corpo feminino e; (2) o modelo de análise metodológica utilizado é o de visualidade médico-científica (Chazan, 2005, Martins, 2004, 2005; Ortega, 2006).

(...) a partir do século XIX que surgiram inúmeras publicações médicas sobre o corpo feminino procurando explicar a singularidade de sua anatomia e fisiologia, prescrevendo condutas através da higiene (...) A principal diferença entre os tratados publicados entre os séculos XVIII e XIX e aqueles publicados em épocas anteriores encontra-se na preocupação em definir a especificidade feminina a partir de critérios objetivos (...).

(Martins, 2005, p. 650)

O argumento da reprodução foi o aspecto central sobre o qual a medicina debruçou-se para o surgimento da especialidade obstétrica, isto é, o obstetra (ou inicialmente médico-parteiro) ingressou no ambiente familiar para veicular um conjunto de elementos ideológicos, eminentemente higienistas, de forma a garantir que a gravidez e o parto fossem eventos passíveis de controle, planejamento e observação sistemáticos e baseados nos avanços da ciência. No entanto, a então chamada ciência dos partos circunscreveu um espaço no entorno da situação da gestação e do parto, somente, pois o fenômeno da concepção ainda estava distante de uma revelação científica convincente.

Neste cenário destaca-se o médico enquanto intérprete dos sintomas dos corpos doentes, fortalecendo a sua autoridade no decorrer do século graças à reorganização epistemológica da medicina que, por sua vez, definiu o corpo como objeto de seu domínio.

(Martins, 2005, p.652)

A despeito do claro interesse sobre um novo objeto a ser investigado e perscrutado, o corpo feminino foi tomado de assalto por uma série de instruções normativas sobre amamentação materna, importância dos laços afetivos entre mães e seus filhos, utilizando como argumento técnico maior o combate contra a mortalidade infantil. Aliás, tal argumento histórico é recorrente no pensamento ocidental contemporâneo e mantém suas raízes fortemente fincadas nesta modalidade de discurso normativo e de conotação informacional. Assim, tanto o status do médico, quanto a natureza de sua formação se renovam, de maneira a legitimar a sua nova condição técnica.

A observação se dava, então, em duas direções, rumo à superficialidade do corpo — no caso da gravidez e nos exames clínicos obstétricos—, e em suas profundezas — o realismo do detalhe anatômico dos cadáveres e dos tratados obstétricos.

O interesse do médico-cientista já havia se deslocado para o controle também do ambiente do parto, das condições ótimas para a boa evolução corporal da mulher e da criança. Desta forma, em nome da proteção, gradualmente, a cena do parto foi transferida para um novo território — o ambiente do hospital, onde se dava o ensino da medicina — e a figura da parteira, com suas ações consideradas caóticas, foi substituída pela segurança da técnica e do instrumental médicos.

Contudo, as vantagens deste processo progressivo devem ser contabilizadas com o devido merecimento: avanços na área da fecundação, da reprodução (ciclo menstrual), gravidez e cuidados pré-natais foram notáveis.

O resultado óbvio deste movimento ideológico foi uma proximidade muito maior com o cotidiano feminino. Surge uma variação acerca do interesse pelo corpo feminino e suas vicissitudes — a ginecologia. Em sua definição básica, seria considerada como um ramo da medicina que trata do corpo da mulher e de seu aparelho genital (Rodrigues & Nuno, 2005).

Já a obstetrícia, ocupa uma posição mais contingente à gestação, ao parto e posteriormente, ao puerpério, ou seja, funções ligadas à reprodução (Rohden, 2002). De acordo com a autora, a principal diferença entre a obstetrícia e a ginecologia se baseia no fato da primeira depender da prática clínica e da segunda ter surgido enquanto especialidade cirúrgica. Esta nova modalidade científica baseava-se no conhecimento natural da mulher, ou seja, o estudo sobre o seu corpo e a sua mente ocorria através do recurso de sua função sexual.

A relação desses temas mostra como a identificação de características supostamente naturais e observáveis cientificamente traçava as bases para a justificação das diferenças entre os sexos quanto aos seus papéis sociais. (...) Trata-se de um conhecimento elaborado a partir das mulheres, da percepção de como são distintas em relação aos homens.

(Rohden, 2002, p.122)

Paralelamente à aproximação da ciência médica em relação ao sexo feminino, Costa (2006) defende a ideia sobre a qual a divisão dos sexos não é fruto de uma revolução científica, mas de uma revolução política, sobretudo, de natureza social, surgida do pensamento de Jean-Jacques Rousseau. A medicina, neste sentido, forneceria os argumentos técnicos para uma chamada discriminação político-moral. A busca pelas diferenças entre homens e mulheres foi iniciada por áreas fronteiriças entre o saber médico e o senso comum, pois na própria medicina tais argumentos, e/ou interesses, ainda pertenciam a áreas menos centrais do conjunto teórico médico.

Assim, a divisão entre os indivíduos não encontra-se na natureza própria, mas sim em torno do modo como valoramos e selecionamos certos fatos, tornando-os fatos morais (Costa, 2006). Características físicas denotam, então, certas características morais e sociais.

A medicina ocupa exemplarmente sua função de controle técnico dos fatos naturais e, em nome de um progresso técnico, o espírito de cientificidade avançava enquanto disciplina historicamente vencedora.

Enquanto projeto político-social, a naturalização da desigualdade pode ser considerada enquanto instrumento de dominação, atribuindo ao feminino um elemento de perigo e desordem. Dentre as consequências imediatas de tal construção podemos observar a necessidade de controle sobre a sexualidade feminina (Martin, 2006), o estabelecimento de papéis sociais fortemente delimitados para mulheres e homens (Pitanguy, 2006) e o surgimento fundamental de um debate em torno da questão do gênero, definida enquanto:

(...) um conceito relativamente recente que se refere aos papéis sociais e expectativas de comportamento atribuídos a homens e mulheres em determinada sociedade. Trata-se de uma categoria relacional que, apesar de apoiada nas diferenças biológicas entre homens e mulheres, aponta para a produção social de identidades masculinas e femininas que incorporam valores culturais e desigualdades de poder e prestígio atribuídas a cada sexo(p. 148).

A constituição de um campo amplo de estudos sobre gênero deve ser destacada neste ponto. A discussão a respeito dos direitos da mulher pode ser destacada enquanto possuidora de duas valências: uma positiva e outra negativa. A primeira trouxe avanços, novos arranjos e espaços para a condição feminina; e a segunda, consequência da primeira, implica em novos papéis, atribuições e uma certa perda de referenciais tidos como certos e irrefutáveis, valores e crenças.

Historicamente, sem dúvida, o século XIX foi um período de conquistas para a mulher, de avanços sociais, tecnológicos, ideológicos e sociais. Tal período está relacionado também à revolução industrial e todas as repercussões advindas da mesma, afetando a vida das mulheres.

Tais conquistas variaram de um contínuo que fluiu de transformações essencialmente sociais até mudanças simples de costumes, como vestimentas que localizavam nos corpos uma função social ou uma classe. Com isto, temos uma aproximação da condição feminina do mundo externo, do trabalho, da convivência, anteriormente masculino e hoje, pelo menos idealmente, igualitário entre homens e mulheres.

O movimento feminista trouxe para o centro do debate a discussão sobre a identidade/essência da mulher e com isso, ainda durante o século XIX e início do

século XX, avanços na esfera social e econômica reconheceram direitos à figura da mulher, como o direito ao voto, liberdades sexuais, independência econômica e amor sexual. Enfim, até a maternidade poderia não ser amparada pelo matrimônio.

Durante a segunda metade do século XX, a anticoncepção significou uma alternativa tão libertadora que a maternidade não representa mais abandonar as aspirações profissionais.

De forma não diretamente ligada ao feminismo, ou às consequências do mesmo, mas favorável, está a liberação dos trabalhos domésticos (Jablonski, 1998). Assim, toda a carga de trabalho pode ser minimizada com tais instrumentais. Tarefas domésticas hoje, e a partir da década de 50 tornaram-se, em geral, mais baratas e econômicas em termos de tempo gasto com os cuidados com a casa. Novamente mais uma justificativa/convite para a saída da mulher do lar, ou de sua casa/refúgio.

Ainda segundo este autor, a emancipação feminina conjuga duas realidades conflitantes, ou seja, o ato de cumprir certo número de papéis aprendidos de forma transgeracional e, da mesma forma, acompanhar (no máximo) mudanças racionais, sociais, econômicas.

Este fenômeno representa, segundo Almeida (1987), um estado de descontinuidade, exemplificado por seu estudo comparativo entre grupos de duas gerações de mulheres em relação ao tema da maternidade. A conclusão é esclarecedora e afirma que a percepção de descontinuidade é devido ao conceito de desmapeamento, isto é, existem dois ou mais mapas referenciais que coabitam juntos em um determinado conjunto ou sistema de crenças, gerando conflito. Obviamente, o cenário que envolve esta discussão é complexo e mantém em seus domínios variáveis intrasubjetivas e intersubjetivas.

A mulher contemporânea encontra-se liberada e legitimada para ocupar outros espaços inéditos no conjunto do social, saindo do confinamento do privado e assumindo responsabilidades, direitos e deveres no que tange ao público, ao compartilhado pelo mundo produtivo do capitalismo e das novas relações com o trabalho. No entanto, um antigo debate ainda configura uma ambivalência cultural constituinte entre o exercício da maternidade, da reprodução e da parentalidade e a coexistência com alguns atributos, talvez nem um pouco “femininos”, tais como a agressividade, a conquista e a competitividade.

De todo modo, de forma paralela e autônoma, a história do saber médico assume, sem dúvida, uma dimensão hierárquica, oferecendo ao homem uma postura de perfeição e à mulher a incompletude. O saber sobre o corpo da mulher é amparado sobre este pressuposto — o da imperfeição —, e não o da complementaridade. Como exemplo, Pitanguy (2006) nos oferece um aspecto relacional entre o conjunto social e a concepção de corpo adotada:

Existem laços estruturais entre o corpo e a sociedade e, para compreendermos este binômio saúde/enfermidade, devemos ter em conta que o corpo a ser tratado tem as marcas físicas e psíquicas de sua inserção social. E ter presente que também os processos de diagnóstico e tratamento incorporam valores e relações de poder vigentes na sociedade (p. 150).

A ciência médica como sistema cultural utiliza-se de alguns pressupostos culturais subjacentes ao seu discurso e sua prática. Na verdade, a medicina possui ampla capacidade de intervenção nos corpos das mulheres (Martin, 2006). Da discussão sobre gênero à contribuição do feminismo; da metáfora da menstruação aos direitos reprodutivos; das expectativas particulares às coletivas quanto à condição do feminino, a cultura médica apropriou-se do corpo feminino de forma tão contundente que obtivemos todo um conjunto histórico de estudos próprio acerca do que convencionamos chamar neste trabalho de dimensões do feminino.

Ao longo deste estudo, discutiremos amplamente o resultado técnico desta articulação entre medicina-ciência-mulher na atualidade, tanto em termos de resultados e consequências práticas — legislação, saúde pública e intervenção governamental —, como em termos das implicações cotidianas para a correta interpretação de mulheres sobre seus próprios corpos. A conclusão que se chega, a princípio, diz respeito à existência de um “filtro” através do qual o corpo feminino é observado, classificado e conduzido — o da biomedicina.

De acordo com Martin (2006), a medicina é definida como uma ciência ligada à hierarquia e controle e o corpo feminino é ligado a uma ideologia produtiva. A partir deste ponto, vamos nos ater especificamente ao debate relativo a este corte analítico.

Vimos que a concepção hierárquica do corpo da mulher acompanha a mesma lógica social assimétrica. O corpo, assim, assume uma organização hierárquica da mesma forma como o próprio conjunto social. A autora utiliza a

uma construção metafórica para comparar o corpo feminino a uma ideologia de produção. Afirma que os textos médicos não são nada além da tradução final desta ideologia. No interior do corpo feminino, observamos uma sequência lógica e hierárquica de cérebro-ovários-hormônios (Martin, 2006).

A tese sobre a qual a função feminina (nos corpos) envolve a produção e reprodução social, localiza os fenômenos naturais da menstruação e da menopausa como aspectos culturalmente apreendidos, e, em acréscimo, sugere que tais fenômenos são falhas, interrupções, no sistema produtivo.

A forma como o corpo da mulher vem sendo abordado pela biomedicina traz consigo o tema da medicalização (Nagahama & Santiago, 2005). A medicalização, a grosso modo, consiste em um processo de tornar elementos cotidianos em objetos do discurso médico.

Se considerarmos o corpo feminino como alvo direto de manipulação, objeto e prática do discurso médico, cabe a colocação, ainda atual, de Foucault (1982) a respeito do controle dominante através da manipulação dos corpos, ou seja, a medicina possui uma natureza política intrínseca à sua práxis, e a estratégia hegemônica utilizada para este fim é o controle dos corpos. Desta forma, a natureza política da medicina nas sociedades capitalistas possuiria a função social de controle, através do controle dos corpos.

A operacionalização do saber médico através do estudo da sexualidade e da reprodução possui implicações sociais de destaque, tais como o controle populacional, a reprodução da força de trabalho e a reprodução dos modos de relações sociais (Foucault, 1997). Tal prática hegemônica ocorre através de práticas de implantação de saberes por intermédio de políticas de saúde, da criação de um saber médico (formação, ensino e pesquisa) e formas de atuação e atenção médicas (Luz, 1981, 2003).

O processo de medicalização da sociedade é alvo da atenção acadêmica desde o clássico texto de Illich² (1975). Sua crítica feroz não passou despercebida e certamente gerou frutos.

A medicina, em sua dimensão social, utiliza como matéria-prima a natureza orgânica do corpo feminino e a articula com a condição social acerca de gênero. O

² Este tema será discutido mais adiante, por ocasião do debate a respeito da crítica ao processo de medicalização social.

corpo, assim, assume condições específicas, notadamente dispostas em direção ao caminho da reprodução como função central.

É neste contexto que olhamos para a medicalização do corpo feminino, entendendo-a como um dispositivo social que relaciona questões políticas — como o controle populacional — aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana.

(Vieira, 1999, p.67-68)

A consolidação do saber médico acerca do parto, enquanto um ato controlado tecnicamente, foi responsável por um novo paradigma, intervencionista. O capitalismo industrial (Nagahama & Santiago, 2005), o corpo enquanto metáfora mecanicista, o parto como um ato perigoso à saúde, configuraram estratégias poderosas para o monopólio médico da dimensão feminina. Com a assistência ao parto territorializada no ambiente hospitalar, a posição do médico consolida-se enquanto detentor das condições próprias à saúde feminina. O processo de hospitalização, segundo Nagahama & Santiago (2005) foi,

(...) em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário do nascimento transformou-se rapidamente: simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do *cerimonial de internação* — separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada com uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional(p.656).

Segundo este ponto de vista, podemos determinar um corte analítico, a saber: (a) a preocupação com a mulher assume um argumento em prol da saúde e contra a mortalidade materna e neonatal; (b) o processo de hospitalização é comparado a uma linha de produção, com regras rígidas a serem cumpridas para um resultado satisfatório e; (c) o corpo feminino é traduzido em um objeto, e sua autonomia é suspensa, assim como todos os aspectos que o individualizam.

Dois princípios podem ser deduzidos a partir desta classificação inicial: o primeiro descansa sobre a tese de que o corpo feminino assume uma qualidade de objeto e, o segundo discute a própria atenção à saúde da mulher, no intuito de sua manutenção e cuidado.

Interessa-nos, particularmente, o aspecto da assistência³ médica à mulher. Se o surgimento e consolidação da obstetrícia serviram para a normatividade do discurso médico do século XIX, de acordo com Vieira (1999), é no século XX que são organizadas as ações em saúde e assistência médica formais.

O processo histórico de medicalização acerca do corpo feminino agiu a partir do entendimento sobre a natureza biológica da condição feminina (de certa maneira, determinante) e este fato (biológico), traduzido *no* corpo através das atividades de gestar, parir, amamentar, justifica as questões sociais que envolvem tal manifestação corporal (Vieira, 1999). Este caráter essencialista atribui ao sexo uma condição natural. A maternidade surge, neste contexto, como uma temática vítima deste movimento, traduzida em máximas como instinto materno e qualidade maior de cuidados em relação aos filhos por parte da mulher.

A medicalização intensa que sofre o corpo feminino no século XIX, quando aliada ao discurso de exaltação da maternidade, compõe um processo que, segundo alguns autores, teria mudado substancialmente a valorização da vida feminina na sociedade ocidental, na medida em que permitiu o desenvolvimento de técnicas que aumentaram a sobrevivência materna.

(Vieira, 1999, p. 70-71)

A questão da medicalização do corpo feminino traz, em sua manifestação maior, outro elemento secundário — o processo de naturalização (Costa, Stotz, Grynszpan & Souza, 2006). A atuação da medicina como a única detentora do conhecimento sobre os corpos, sua ordenação e normatização traduz-se em uma ação absolutamente naturalizada nas sociedades ocidentais contemporâneas. Seu histórico, como visto anteriormente, contém os elementos constitutivos de seu formato atual: ideologia dominante, controle hegemônico, saber técnico e científico e higienização dos espaços, intrasubjetivos e intersubjetivos.

Atualmente, a maior articulação traçada por este conjunto de valores sociais prioriza a importância do tema da reprodução para a dimensão do feminino (Vieira, 1999; Schor et al, 2000; Costa et al, 2006). Dentre tantas temáticas evidenciadas no percurso histórico do processo de medicalização, como a medicalização do parto, da sociedade, a consolidação da ginecologia e as lutas das feministas, destacamos a medicalização do corpo feminino como importante

³ Este tópico será alvo do terceiro capítulo a partir do enfoque das políticas públicas de saúde direcionadas à mulher no Brasil.

analisador. O aspecto reprodutivo evidenciado pelo discurso biomédico assume, então, a face técnica mais clara de tal apropriação do corpo feminino.

Martin (2006) nos direciona para a temática da reprodução enquanto um aspecto da apropriação dos corpos femininos no interior de um debate maior onde gênero e ciência organizam-se em um par dialético. A ciência constitui-se enquanto um sistema cultural organizado, hegemônico, onde encontram-se representações ideológicas, cotidianas, sobre os corpos femininos. Estabelece uma classificação interessante quanto a níveis de análise sobre o problema: o nível que abrange o todo social; o nível da pessoa e; o nível que abrange o corpo. Desta distinção, observamos algumas conclusões.

A primeira divide o mundo social em público e privado. O primeiro seria destinado à produção de bens, ao masculino, à luta pelo controle da natureza e seu subjulgo, enquanto o segundo estaria destinado à mulher e à reprodução. De acordo com o recorte pessoal, podemos deduzir que a experiência humana entre homens e mulheres seria distinta de forma a priori: às mulheres caberia a experiências relacionadas ao natural, ao sexo e à procriação. Em uma dimensão mais ampla, associada à maternidade, ao afeto e ao cuidado do lar e dos componentes da família. Ao homem, a transformação da natureza através da produção de um saber científico, legitimando tal saber a partir de um olhar, ou filtro, masculino.

(...) muitos elementos da ciência médica tem sido considerados responsáveis, em parte, pela fragmentação da unidade da pessoa. Quando a ciência trata a pessoa como máquina e pressupõe que o corpo pode ser consertado por meio de manipulações mecânicas, ela ignora, e nos incentiva a ignorar, outros aspectos do nosso eu, como nossas emoções e nossas relações com as outras pessoas.

(Martin, 2006, p.58)

O nível corporal reproduz, de certa forma, a ideologia impingida pelos outros dois níveis na medida em que configura o último campo de batalha entre sistemas ideológicos coletivos e pessoais. Nosso entendimento, neste ponto, chega à conclusão de que o corpo, entendido como unidade mínima de análise social, intersecção entre público e privado, entre pessoal e o impessoal, foi apreendido pela ciência — moderna e contemporânea — enquanto instrumento de agenciamento.

Rodrigues (2006) contribui positivamente para este raciocínio ao defender a ideia de que o corpo é socialmente construído enquanto realidade, e como tal, representa, em última instância, um canal de acesso à estrutura de uma sociedade particular. Aventa-se, aqui, para a possibilidade de entendermos o mundo como dotado de representações, onde forças coletivas e forças materiais ou naturais influenciam-se mutuamente. Assim, a cultura opera, marcadamente, a qualidade da relação social que travamos com nossos corpos. Este último é concebido como bem, patrimônio, valor, capital, isto é, o que há de mais concreto na experiência humana por uma ampla literatura (Knibiehler & Fouquet, 1983; Le Breton, 2003; Rodrigues, 2006; Goldenberg, 2005, 2007).

De acordo com Rodrigues (2006), é vasto o interesse pela antropologia pelo registro dos símbolos atribuídos por diferentes grupos sociais em relação ao corpo. Destacamos o valor atribuído, dentre tantas comparações possíveis, ao sangue. Como já dito anteriormente, a tendência das sociedades modernas ocidentais para a valoração do corpo feminino é atravessada por um argumento padronizado — o reprodutivo. A metáfora utilizada por Martin (2006), por exemplo, confirma esta hipótese ao sugerir que a medicina atribui um modo específico de leitura sobre fenômenos corporais femininos, a saber: a menstruação, o parto e a menopausa.

Ora, todos os fenômenos citados acima envolvem a observação, a manipulação, o controle, a higiene e o gerenciamento do sangue feminino. A utilização do simbolismo das tais “regras” femininas sugerem que este insumo deve ser controlado, como prova da primazia do cultural em relação ao natural, ou biológico.

O sangue está sempre presente na vida social. (...) Em certas sociedades a primeira menstruação é objeto de importantes cerimônias e em outras um acontecimento íntimo que deve ser escondido. A mulher menstruada é muitas vezes considerada doente e fora de seus juízos normais. (...) A exemplo da menstruação, a gravidez é também quase sempre objeto de atitude ritual.

(Rodrigues, 2006, p.78-79)

O resultado final da manipulação sobre o corpo feminino, através da produção de insumos, vistos como poluídos ou como dignos de higiene imediata, traz em si uma preocupação com a aceitação social, no interior das regras daquele coletivo de pensamento. No caso dos partos, o entendimento sobre o corpo da criança, como extensão imediata provisória do corpo da mãe, também pede

higienização imediata e só após este procedimento, é posta em contato com sua genitora. No caso da menstruação, Rodrigues (2006) nos contempla com mais um exemplo, segundo o ponto de vista antropológico:

Fundamentalmente, para muitas culturas, a mulher, mais que o homem, tem a potencialidade de funcionar simbolicamente como perturbador dos sistemas sociais de classificação (...). Nessas oportunidades seu estado fisiológico e seu estado social são incompatíveis. Às culturas se abrem três alternativas básicas para solucionar o problema: banir a mulher, esconder a menstruação ou desconhecê-la e tratar nessa fase como faz normalmente (p.81).

De toda forma, por intermédio da concepção de limpeza ou poluição, a ideia da concepção/manipulação do sangue feminino parece ilustrar a apropriação cultural sobre o fenômeno, sua consideração enquanto fato relevante ao grupo social e digno de controle sobre a sua administração (Douglas, 1976; Natansohn, 2005).

O controle reprodutivo parece, neste sentido, ser o instrumental mais efetivo até então utilizado culturalmente e as concepções baseadas na racionalidade biomédica ocidental normatiza o processo de reprodução segundo uma classificação específica, baseada atualmente sob redes neuronais, intrincadas conexões neuroquímicas onde o corpo feminino pode ser considerado como um conjunto sistemático de sinalizações. Sinais e sintomas transformados em canais de *input* e *output* informacionais, capazes de instrumentalizar apenas determinado olhar especializado e capaz de decifrar os segredos das mensagens enviadas — a racionalidade biomédica.

Em retorno às metáforas da menstruação, parto e menopausa, propostas por Martin (2006), em torno das representações médicas sobre o corpo da mulher, a autora, diferentemente de Laqueur (2001), entende a concepção de corpo como fundamento, reduzindo-o, infelizmente, a uma alvo da dominação masculina. A primeira considera que tais atos — biológicos —, como o de parir uma criança, não são atos controlados pela mulher, ou seja, ocorrem no seu corpo, com elas, de forma que não são ações intencionais, realizadas pelas mesmas ativamente.

De certa maneira, decanta-se a ideia de que tais fatos foram apropriados pela ciência, através do instrumental biomédico, e, portanto, passam a ser realizados em co-autoria entre profissional-especialista e mulher-paciente. No entanto, reafirma a tese de que as funções corporais ainda continuam pertencendo ao corpo

concreto, e este à mulher que o porta. Sua perspectiva feminista assume um ponto de vista radical, mas é inspiradora, sem dúvida.

Comparando o corpo feminino à ideologia de produção, localiza a menstruação — dentro do ponto de vista da produção — como, ao mesmo tempo o início da possibilidade de participação do processo produtivo, mas também um ato de “falha”, de “desperdício”, já que um óvulo seria descartado inutilmente. Neste ponto específico, acusa a literatura da área como tendenciosa ao enfocar os aspectos passivos da ovulação em relação à produção farta e pró-ativa de espermatozóides (Martin, 2006). A menopausa segue o mesmo princípio atribuído à menstruação e é concebida enquanto uma interrupção real no processo de reprodução feminino.

É evidente que há a necessidade de se considerar, mais atentamente, o aspecto da tecnologia, para a compreensão mais apurada deste cenário (Chazan, 2005; Dantas, 2009; Diniz, 2009). Martin (2006) articula o tema da tecnologia ao espetáculo da dominação masculina:

Nosso enfoque na tecnologia e em suas necessidades exigências que estão sempre mudando distrai nossa atenção das relações sociais de poder e dominação que estão presentes sempre que os seres humanos usam máquinas para produzir bens em nossa sociedade.

Podemos nos projetar para longe de nossa tendência em aceitar a tecnologia como ela é oferecida se mudarmos a natureza de seu uso (p.110).

Esta discussão pode ser ambientada no interior da cena do parto, onde é solicitado da parturiente, por exemplo, um conjunto de condutas, posições, procedimentos e respostas comportamentais que nem sempre são coerentes com o intenso momento de dor e de envolvimento emocional. Desta forma, o ato biológico é conduzido por um fazer tecnológico, através de um saber que inaugura uma posição de poder entre a figura do médico e a cooperação da mulher, e de seu corpo.

Parece-nos coerente tal posição, se basearmos nosso entendimento de acordo com uma perspectiva produtiva. O corpo objetificado pela prática obstétrica deve ter sucesso em sua empreitada, e é com este ideário que a saúde pública em nosso país organiza sua programação em saúde, propõe estratégias de ação, prognósticos e lida com os dados epidemiológicos racionalmente. Contudo, é válida a proposição, ainda que radical, de Emily Martin, sobre a necessidade de

alteração quanto ao imaginário da gestação, do parto, da amamentação, em prol do combate à alienação das mulheres em relação aos seus corpos, devido ao afastamento conduzido pela tecnificação biomédica.

Vieira (1999) localiza a medicalização da anticoncepção como um marco regulatório. A autora defende a ideia na qual a década de 60 significou um importante período de mudança paradigmática quanto à saúde pública em termos da capacidade reprodutiva da mulher. Anteriormente, a atenção médica privilegiava o ciclo gravídico-puerperal com o objetivo de controle da mortalidade infantil. A partir deste período, a justificativa volta-se para os altos índices de natalidade, responsabilizando-os pela baixa qualidade de vida populacional.

(...) nos anos 60 as agências internacionais começam a investir maciçamente no desenvolvimento da pesquisa de métodos anticoncepcionais, principalmente a partir da divulgação de estatísticas alarmantes relativas ao crescimento populacional no Terceiro Mundo. (...)

A disseminação de ideias e práticas referentes ao desenvolvimento e à necessidade de tecnologia realizada pelas entidades de planejamento familiar e pelas escolas médicas foram fundamentais para consolidar e ampliar a medicalização no que se refere ao controle da reprodução.

(Vieira, 1999, p.75)

Em termos nacionais, apesar das políticas públicas ainda privilegiarem o ciclo gravídico-puerperal, a tendência do entendimento a respeito da saúde da mulher associou-se às ações de planejamento familiar. Deduz-se daí a íntima relação entre anticoncepção e planejamento familiar. No que tange a apropriação do corpo feminino na articulação com sua capacidade reprodutiva deu-se de forma direta e literal, transformando friamente o ato do nascimento, o sentimento da maternidade e a emoção do parto em um procedimento técnico.

Ressaltamos, neste ponto, o surgimento de uma mudança radical quanto à concepção técnica e do senso comum acerca do envolvimento concreto da mulher em seu parto e nas etapas que o sucedem. A gestação, assim, também sofre os efeitos processo de tecnificação, e suas etapas são então classificadas, esquadrihadas e programadas.

A mulher perde, então, o controle sobre seu processo gestacional e parturiente, distanciando-se do potencial funcional do seu corpo em prol da operacionalização do discurso biomédico baseado no sucesso do procedimento cirúrgico.

De acordo com Franklin (1997), outro complicador neste cenário para a disseminação da prática intervencionista sobre o controle do corpo feminino, nas etapas da concepção e da gestação, é a inserção de forças e interesses comerciais sobre tais processos.

O controle interno da mulher sobre as condições ditas naturais de seu corpo passa, cada vez mais, a ser atribuído a agências de controle biomédico, medicalizante. Inúmeros aspectos ajudam a compreendermos este complexo processo de medicalização, tais como anseios sociais quanto às soluções possíveis para a área da saúde (Vieira, 1999), os avanços técnicos da medicina diagnóstica (Cardoso, Santos & Mendes, 2007), formação profissional do médico e consolidação definitiva da obstetrícia, intensificando o parto hospitalar como procedimento técnico institucionalizado (Oliveira, 2001).

A relação de poder do profissional médico sobre o corpo feminino, transformando o fenômeno fisiológico em categoria passível de intervenção (Santos, 2003) e a consecutiva intervenção do Estado sobre o processo pré-natal e a hospitalização do parto (Brasil, 2001b; Tornquist, 2004) complementam a listagem de aspectos relacionados ao processo de medicalização.

No que tange à gestação — e concepção — seu processo evolutivo sede à padronização de um saber especializado, baseado na regularidade das consultas médicas e no monitoramento da saúde da mulher e do feto. Segundo Tornquist (2004), a gestação passa a migrar de um saber fundamentalmente feminino em direção a um domínio masculino, sendo medicalizada e transferida para o território hospitalar. Tal controle pode ser vislumbrado pelo amplo desenvolvimento de instrumentais como a ultrasonografia (Chazan, 2005), que transforma o fenômeno natural em um procedimento visual e técnico. No entanto, até os recursos tecnológicos não afetam as sociedades, ou grupos sociais, de igual modo.

Em outros termos, trata-se do fato de que, no processo de medicalização do feminino social (o que de resto cabe à medicalização em geral), não se dá a consciência das contradições inerentes à própria medicalização. No âmbito da reprodução humana criaram-se expectativas qualitativas e quantitativas que não são cumpridas nos mesmos termos (...).

(Vieira, 1999, p.76)

Enquanto a medicina dita antiga se constitui enquanto portadora de um limitado arsenal, e/ou instrumental, diagnóstico, para a intervenção, o papel da medicina hoje se dá através do que se convencionou chamar de normalização social.

A medicina moderna viabilizou uma grande mudança de paradigma, organizando formas inéditas de pesquisa e intervenção, e tal mecanismo de normalização propõe transformações de ordem moral, dos hábitos cotidianos e de higiene (Costa et al, 2006).

O corpo, na qualidade de realidade biopolítica, cria uma disciplina médica especializada, capaz de viabilizar um projeto audacioso de higienização dos espaços, públicos (das cidades) e privados (das famílias) (Costa, 1989). O médico assume, assim, um papel social de destaque a medida em que acumula uma dupla função: a de cura e a política (Martins, 2005, Tesser, 2006).

Assim, a medicina moderna é constituída por uma intrincada rede de temas organizados sobre alguns pilares, a saber: da produção (de um modelo nosológico), da política (baseada em objetivos em torno do controle social) e da tecnologia (instrumental).

No que tange ao corpo, especificamente o da mulher, utilizado como possibilidade de recorte analítico, podemos observar algumas implicações conceituais relevantes. Sobre o pilar da produção, cria-se a própria diferenciação entre o estado saudável e o adoecido, isto é, delimita-se o espaço atribuído à doença, organizada em uma estrutura nosológica que atribui sentido ao fenômeno observado e auxilia na atividade de classificação.

Ao mesmo tempo, além da produção de sentido para a doença, organiza-se a própria disciplina acadêmica, através de um projeto produtivo centralizado na lógica do corpo e em um padrão de racionalidade. Como sugere Tesser (2006):

O processo de medicalização social transforma o papel social do médico e da medicina, mas também a construção das doenças (nosologia) e o corpo médico, que passa a se organizar profissionalmente. A consolidação do ensino universitário garante a competência e regula a atividade técnica pela instalação de um código moral (p. 366).

O pilar político sugere uma constelação de fatores que variam de uma dimensão macropolítica — baseada em um aumento do saber biomédico enquanto valor social e um estilo de pensamento (Fleck, 1986; Tesser, 2006)— até uma

dimensão micropolítica, relativa às práticas individuais, cotidianas, da relação dos sujeitos com seus próprios corpos (Boltanski, 2004). Os papéis educativo e moral são atribuídos ao profissional médico, organizados segundo princípios de uma estratégia biopolítica de sucesso, concretizada nos corpos individuais (Foucault, 1982). Sobre a criação de um estilo de pensamento, Tesser (2006) define:

Um estilo de pensamento é um conjunto entrelaçado de tradição, valores, crenças metafísicas, modelos abstratos, representações simbólicas (...), são unidades de análise fundamentais para a compreensão da construção e transformação do saber e sintetizam em si fatores de ordem sociopsicológica, cognitiva, histórica, filosófica e cultural (p. 67).

O estilo de pensamento veiculado pelo saber médico trás em seu bojo a super especialização, a valorização da sofisticação em detrimento do procedimento simples e direto e prioriza alguns tipos de ação/intervenção, em detrimento de outros. Enquanto projeto político, em última instância, a medicalização pode ser considerada enquanto um feito de sucesso, isto é, um representante máximo da vitória da ciência sobre a natureza.

Quanto ao terceiro pilar a ser exposto — o da tecnologia —, obviamente, o argumento utilizado para a sua consolidação acompanha o sucesso da biomedicina, através da criação de um instrumental efetivo para o controle das condições consideradas não-saudáveis rumo ao controle dos riscos, das condições anômalas e de toda sorte de efeitos relativos ao bem-estar humano. No que diz respeito à mulher, núcleo central de nossa discussão, a consolidação da tecnologia científica teve como alvo a temática da concepção, da reprodução e das práticas educativas da puericultura e amamentação (Almeida, 1999; Brasil, 2000, 2001b; Corrêa & Guilam, 2006) através de um processo de naturalização da medicalização.

Destacamos o papel da ginecologia neste processo enquanto fator fundamental para a medicalização do corpo feminino, veiculando valor social ao ato da contracepção. Como Costa et al (2006) apontam, em plena consonância com os pilares expostos acima:

(...) o que fica evidente, mais uma vez, é o processo de naturalização do corpo feminino como base de sua medicalização, o que possibilitou a apreensão desse corpo por especialistas com finalidade de normalizar comportamentos sexuais e reprodutivos. A reprodução, cada vez mais, deixa de ser um assunto de âmbito privado e assume uma face pública (p.370-371).

Dantas (2009) reforça nossa preocupação com o ritmo do avanço do que se convencionou chamar de tecnificação a vida, nas sociedades ocidentais. Na tentativa de elencar algumas características deste processo, a autora nos oferece uma possibilidade rica de articulação entre a materialidade do corpo feminino, o entendimento de sua subjetividade e o surgimento de um largo espectro de substâncias com a finalidade primeira de amenização do sofrimento, através da ação em um emaranhado de redes neuronais, responsáveis pelo desequilíbrio trazido pelo adoecimento.

Assim, o processo de medicalização da sociedade, definido sumariamente como a expansão do campo da biomedicina, interpretando os comportamentos humanos como cabíveis de resolução médica (Tesser, 2006), expõe um mecanismo cotidiano, amplamente disseminado e reproduzido de tecnificação das ações humanas e merece especial atenção.

Vimos, até então, um panorama contextual da medicalização da sociedade como um fenômeno com diferentes entradas epistemológicas. No entanto, enquanto processo, deve ser revisto em suas bases mais cotidianas, pois representa um certo reducionismo técnico, à medida em que — por mais homogêneo que possa parecer — não se dá da mesma forma em todos os estratos sociais, recortes demográficos e nem em termos da sua apropriação sobre os corpos, feminino e masculino.

Illich (1975) realizou uma crítica severa contra a medicalização social do início do século XXI. Atribui à medicalização a responsabilidade social pela institucionalização, industrialização e expansão da biomedicina. Alerta-nos sobre a importância da conscientização a respeito do processo de naturalização atrelado à medicalização, a definição de sofrimento e o aspecto iatrogênico gerado como consequência do processo de medicalização social. Associa, de forma complementar, a iatrogênese — clínica, social e cultural — e a história da noção de corpo e práticas relacionadas a este último.

Para a correta compreensão da contribuição de Illich, é preciso definir, com mais propriedade o seu sentido para o conceito de iatrogênese. A medicina e sua institucionalização configuram, para o autor, em última instância, numa ameaça à saúde (Illich, 1975; Tesser, 2006). Tal processo iatrogênico configura-se em três modalidades: clínica, social e cultural.

A iatrogênese clínica resulta dos danos causados pelo uso da tecnologia médica, excessiva administração de drogas e implementação de alta tecnologia. A definição de iatrogênese social (diretamente ligada à medicalização social), refere-se ao grau de dependência do grupo social dos produtos e medidas apresentadas pela medicina. Segundo Nogueira (2003), a iatrogênese social anula a questão da saúde como responsabilidade do indivíduo, atribuindo a este um caráter apassivado em relação à figura e autoridade médicas. Finalmente, a iatrogênese cultural diz respeito à problemática criada pelo extermínio da autonomia e potencial cultural dos grupos humanos quanto ao enfrentamento das enfermidades e dos danos a partir de um histórico de conhecimentos, baseado no conjunto de experiências armazenadas e vivenciadas por um grupo social.

As práticas tradicionais e o saber espontâneo que lhes acompanham foram, nos últimos séculos, substituídos pela figura plenipotente do médico e de sua técnica profissional heterônoma, que trazem a promessa ilusória de estender indefinidamente a existência das pessoas.

(Nogueira, 2003, p.186)

Utilizando-se do viés do corpo em sua argumentação, Illich (1975) retorna ao histórico da compreensão de corpo como resultado de um processo longo de sucessivas construções e reconstruções, surgido na modernidade, com o advento da preocupação sanitária e do Estado-Nação, ambientado enquanto imagem coletiva e, posteriormente, como objeto portador de direitos. Dentre estes direitos, sobretudo, direito à saúde.

Atualmente, o corpo, em associação com a noção de iatrogênese cultural, é relacionado à busca incessante pela saúde. Ou seja, como Nogueira (2001) destaca, ocorre uma preocupação extremada, patogênica, pela condição de saúde corporal, ou higiomania. Acompanhamos a cultura de massa veiculando a imagem corporal como o palco de uma série de necessidades de saúde a serem satisfeitas pelos indivíduos. A saúde, complementa o autor, é acessada por duas vias: a da medicina, através de seus profissionais e por meio de uma cultura corporal, que de certa forma, promove automatismos, robotização, etc.

A crítica que se sustenta diz respeito ao próprio fundamento da medicalização — a concepção de mundo a partir de uma racionalidade biomédica. Na verdade, o entendimento sobre a dor, o sofrimento e o adoecimento humanos da biomedicina destoa radicalmente da definição cotidiana, concreta, dos

indivíduos que experienciam tais aspectos. Sobre a dor, Illich (1975) afirma que é um acontecimento que supera a expectativa médica, baseada em uma realidade orgânica, rumo a um entendimento de incomunicabilidade da dor, lançando o indivíduo a uma experiência singular e solitária. O sofrimento torna-se uma ampliação multifacetada da dor, ou seja, a partir de concepções de mundo, representações culturais, etc, o sofrimento dá forma à experiência de dor. A cultura, enquanto matriz explicativa, dá sentido e organiza o vivenciado (Tesser, 2006).

Assim, o discurso médico, tecnocrata, dissemina o valor da objetivação da dor e dos seus sintomas e tenta, de forma direta, evitá-los através de processos como o adormecimento, a anestesia, bloqueando a experiência da dor e dos sintomas. Seria tolo desconsiderarmos todo o avanço tecnológico quanto ao controle dos elementos físicos envolvidos na experiência de dor em um quadro de adoecimento, agudo ou crônico. Contudo, o que ressaltamos é a crescente e necessária preocupação com as consequências sociais, históricas, da exacerbação deste movimento. Tal processo de tecnificação da vida (Dantas, 2009) cria uma oposição categórica entre o desenvolvimento tecnológico exponencial dos dias atuais e uma sensação de vulnerabilidade entre os indivíduos.

A cultura medicalizada deixa o homem desamparado e incompetente, pondo-o nas mãos do trato médico profissional (...). Assim, a compaixão (fonte de consolo, conforto, distração e esperança) e o conhecimento cultural sobre a saúde (tradicional, popular ou de outras medicinas), de gerações anteriores e do entorno social do doente (fonte de tratamento integrado à cultura e à vida do paciente e dos seus), transformaram-se em virtudes obsoletas e muitas vezes indesejadas.

(Tesser, 2006, p.66)

Se na primeira versão da obra de Illich, o autor critica a inibição social da autonomia dos indivíduos diante das crenças e práticas biomédicas, em um segundo momento, o destaque está na identificação de um quarto tipo de iatrogênese — a do corpo. O auto-cuidado com o corpo passa a configurar, paradoxalmente, um modelo iatrogênico a partir do movimento incessante de busca pela saúde pelos indivíduos, traduzidos agora em consumidores (Tesser, 2006; Nogueira, 2003).

É interessante observar que a saúde, atualmente é tida como obrigação e os comportamentos saudáveis são, em geral, prescritos por profissionais especializados. No entanto, para Illich (1975), a saúde só pode ser considerada

enquanto aumento da liberdade, abarcando ideias como a responsabilidade sobre si mesmo e a autonomia dos indivíduos sobre seus processos de adoecimento. Este estado de coisas configura o que o autor chama de contraprodutividade. Sua definição abarca um conjunto de fatores que passam a exercer efeitos paradoxais, funcionando em oposição aos seus objetivos e funções iniciais.

É necessária alguma notícia sobre ações chamadas heterônomas e autônomas em saúde, para a melhor compreensão da noção de contraprodutividade (Tesser, 2006, p.67). Uma ação denominada de heterônoma é realizada por agentes profissionais institucionalizados, enquanto a autônoma diz respeito a todas as ações em saúde realizadas pelo próprio indivíduo, em conjunto com seus pares, em seu ambiente cotidiano. O problema ocorrido está na larga produção de ações heterônomas e estas aumentam a produção de contraprodutividade. A partir de um processo de retroalimentação, para corrigir o erro causado por esta última, aumentam-se ainda mais as ações heterônomas com o intuito de controlar suas consequências nocivas.

No caso da atenção à saúde, a ação especializada, em vez de promover a autonomia do doente, para que este possa necessitar menos de novas ações heterônomas e melhor usufruir de ações eventuais ou necessárias, destrói a autonomia, reivindicando submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo, gerando mais demanda por atenção heterônoma, comprometendo, por fim, a sua própria efetividade e eficácia geral.

(Tesser, 2006, p.67)

Sobre este ponto, levantaremos uma possibilidade de contribuição do atual estudo a partir do conceito de rede de apoio social com o intuito de reverter tal quadro, promovendo apoio real, percebido, inclusive da equipe de saúde, na situação da gestação de risco, quando ações de saúde autônomas e heterônomas se atravessam, nem sempre de forma harmônica.

A esse respeito, relembremos a íntima relação entre natureza e cultura exposta anteriormente; o processo de medicalização social através do viés da naturalização da prática médica; a noção de corpo e os atravessamentos culturais e de pertencimento sentidos por este; além da repercussão sobre o corpo feminino e suas funções (naturais, ou não) quanto à reprodução e à maternidade.

Russo (2006) propõe uma interpretação curiosa sobre a articulação entre corpo e cultura, entre os pressupostos da medicina e a realidade concreta do sofrimento humano. A partir do fio da desnaturalização do discurso médico, tece

uma rede de pressupostos organizados em dois pares dicotômicos — o corpo-objeto e o corpo-pessoa.

Afinamo-nos intimamente com seu entendimento baseado na desnaturalização de alguns processos tidos como corretos e universais, isto é, na preocupação quanto ao rumo da aproximação do discurso biomédico das ações reais em saúde e das pessoas (doentes) propriamente ditas, no nosso caso, mulheres, gestantes, consideradas de alto-risco. Nas suas palavras:

Por que a introdução à medicina como prática e como profissão ocorre através da transformação do corpo tal como é vivido no cotidiano de todos nós num corpo-objeto que só existe naquele contexto? Será essa transformação necessária à prática da medicina? O corpo entendido como objeto ajuda ou atrapalha a futura prática desse estudante?.

(Russo, 2006, p.183)

Essas perguntas são lançadas enquanto questionamentos acerca do processo de objetificação do corpo — em corpo-objeto — realizado pelo discurso médico durante o ensino ao estudante de medicina. Desde cedo, durante as aulas de anatomia, o corpo é oferecido como objeto de construção de saber, representado em uma “peça”, que pouco lembra, na verdade, a entidade pessoa. E é assim que a medicina moderna ocidental se configurou, transformando forçadamente corpos-pessoas em corpos-objetos.

A relação entre esta discussão e o especialismo técnico da disciplina médica fica clara, neste ponto, quando ocorre um esquadrinhamento sistemático do corpo, para melhor entendê-lo, em detrimento da compreensão sobre o adoecimento como um projeto humano global e multicausal.

Russo (2006) argumenta que a tentativa de transformação do corpo-pessoa em corpo-objeto é um dispositivo utilizado sistematicamente pela ciência médica, tanto para a formação quanto para a reprodução de seu conhecimento técnico. No entanto, tal projeto é impossível.

(...) a medicina tal como a conhecemos depende de algum grau de *objetificação do ser humano* para poder existir. Essa objetificação, radical nas aulas de anatomia, se verifica de modo mais suavizado na prática médica de um modo geral (p.184, grifo da autora).

Interpretamos esta impossibilidade como correlata à noção de contraprodutividade de Illich, pois o projeto maior da medicina acaba, então, por

se tornar um grande engano. A observação do problema orgânico, localizado em uma falha mecânica, ou em seu funcionamento considerado normal, distancia evento observado da cura proposta.

A figura do médico busca a cientificidade do encontro entre seu conhecimento — sobre o corpo repartido — e a aplicação concreta do mesmo em um corpo visto como total. Sem dúvida, é um projeto dado ao fracasso. Daí podemos concluir sobre a existência de inúmeras problemáticas entre a suposição de um saber e a aplicação do mesmo a um evento concreto.

Boltanski (2004), neste sentido, alerta a respeito de certa dificuldade na decodificação entre a relação doente-médico e na enunciação do discurso sobre a doença. Embora focalize sua discussão no que tange às classes populares e o distanciamento entre o discurso do especialista e o discurso popular, sua contribuição é consistente quanto às diferenças entre o discurso médico e a realidade concreta do doente.

Como o médico atualmente é ao mesmo tempo o principal agente de difusão dos conhecimentos médicos e aquele que — ao afirmar a legitimidade de seus atos e discursos — limita sua reprodução, a relação que os membros das classes populares mantêm com o universo estranho da doença e da medicina aparece totalmente na relação com o médico, como único representante da ciência legítima (...).

(Boltanski, 2004, p.33)

O problema parece estar justamente na transposição do discurso em direção ao real. A regulação que o discurso da disciplina biomédica parece justificar depende, em muito, da apropriação pelos grupos e indivíduos, segundo uma série infinita de leituras, conforme atributos culturais, ou como Russo (2006) denomina, aspectos bioculturais. Valores sociais são veiculados através de condutas corporais e através de tais condutas são reproduzidos hábitos e formas estáveis de adestramento corporal.

Práticas relacionadas ao corpo feminino, por exemplo, como gestar, o parir, o amamentar e até o ato do desmame são fenômenos considerados como bioculturais. Assim, a aproximação entre cultura e hábitos corporais deve ser levada em conta, necessariamente, ao discutirmos a aplicabilidade do discurso biomédico ao ambiente social (Douglas, 1976; Mauss, 2003; Rodrigues, 2006).

Douglas (1976), a partir da sua classificação e ordenação em elementos considerados sujos e outros limpos, nos oferece um excelente exemplo a respeito

da definição de doença, pois classifica o sujo como algo fora do lugar, disposto de forma incomum. A doença, assim, é considerada como suja, impura, o que ocupa um lugar que não deveria ocupar.

Desta forma, deduzimos um forte conteúdo moral no discurso médico, que avalia, classifica e considera a doença como algo a ser combatido, extirpado, e por isso mesmo desqualifica a qualidade maior da doença enquanto expressão de sofrimento e dor, fruto de engendramentos não só naturais, mas também bioculturais (Russo, 2006).

Esse desconhecimento ativo do próprio modo de funcionamento leva a prática médica a uma espécie de confronto com a demanda e as necessidades dos sujeitos que procuram a ajuda do médico. (...) O médico que acredita na realidade inquestionável do corpo-objeto (...) não tem como lidar com a dimensão moral do sofrimento de seu paciente (p.192).

O processo de medicalização da sociedade parece oferecer avanços e retrocessos em uma espiral dialética, onde um modelo de classificação ordena o mundo segundo princípios baseados em uma relação naturalizada. Os corpos dos indivíduos, segundo estes princípios, estariam qualificados enquanto objetos, dignos de serem analisados e perscrutados, com o objetivo de consolidação de um saber considerado vencedor sobre a natural/biológico. Enfim, a dominação da cultura em relação à natureza.

A questão que se levanta — no que diz respeito ao fenômeno da gestação — está intimamente relacionada aos rumos dados pela ciência biomédica aos corpos femininos, suas funções e idiossincrasias. Assim, o discurso atribuído ao risco enquanto elemento de controle sobre os corpos grávidos requer especial atenção e cuidado.

A íntima relação entre gênero e saúde, cultura e natureza, controle e autonomia, parece configurar o núcleo central do debate a respeito da avaliação do risco gestacional e do valor atribuído ao fato pela ciência e os impactos, sociais e individuais, sobre os corpos de mulheres.