



PUC
RIO

NEILZA ALVES BARRETO

“Se ele pode, por que eu não?”

**Um estudo sobre o discurso médico e os
modos de subjetivação da mulher**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 14 de dezembro 2001

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO**

**Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>**

N.Cham. 150 B273s TESE UC

Autor Barreto, Neilza Alves

Título Se ele pode, por que eu não



Ex.2 PUC-Rio - PUCB

119806

00248011

NEILZA ALVES BARRETO

“Se ele pode, por que eu não?”

**Um estudo sobre o discurso médico e os
modos de subjetivação da mulher .**

Dissertação apresentada ao Departamento de
Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do
Rio de Janeiro como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Maria Euchares Motta.

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2001.

119806

BC 11



150
B 2730
TESE UC
a. 2

“ Não morreria por nada neste mundo, porque eu gosto realmente é de viver.

Nem de amores eu morreria, porque gosto mesmo é de viver de amores.”

(Leila Diniz)

À minha mãe, Sonia.

E a todas as mulheres: sejam jovens ou velhas, pobres ou ricas, brancas ou negras ...

Dedico sobretudo àquelas que amam a vida e acreditam nela.

AGRADECIMENTOS

- À Maria Euchares, pela paciência e carinho. Obrigada pela presença sempre tão generosa e pela sabedoria que transcende ao contexto acadêmico. E mais, muito obrigada por me deixar ser sujeito do meu próprio trabalho.
- Agradeço às professoras Esther Arantes, Angela Podkameni e Maria Helena Novaes por terem participado, direta ou indiretamente, desta trajetória.
- Agradeço à Marise, pelo afeto e por ter sido meu anjo da guarda em muitos momentos.
- À Verinha, pela atenção e carinho.
- Agradeço à Dudu, pelos “chamegos” e “cafezinhos”.
- Agradeço às minhas amigas de turma Luciana Sander, Maura, Gisela e Perla, grandes interlocutoras afetivas.
- À Nívia, pela solidariedade em momentos difíceis e pela proximidade em momentos tão felizes!!!!
- Ao casal de amigos, Iracy e Othon, por terem sido presença marcante ao longo destes dois anos de mestrado.
- Agradeço à ONG REDEH, pelo material de pesquisa e pelo empenho em fornecê-lo.
- À Equipe de Enfermagem da Fernando Magalhães.
- A Deus, por TUDO. Muito obrigada!

Sumário

Introdução:	
Uma mulher que fala, um coral de vozes.....	03
Capítulo I	
Mulher e medicina: um mosaico histórico.....	10
1. Medicina normativa e pedagogizante.....	10
2. Iluminismo, medicina e uma nova mulher.....	19
3. Regulação física e moral do corpo feminino.....	21
4. Mulher: amor, dor e sofrimento.....	25
5. Mulher contemporânea e o discurso médico.....	29
Capítulo II	
Devir Mulher.....	32
1. O que se quer de uma mulher?.....	33
2. Eugenia, era Vargas e a concepção consciente.....	33
3. Programa de assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).....	37
4. Contracepção e seus atravessamentos.....	44
4.1. Corpo feminino, orgasmo e concepção.....	49
4.2. Óvulos e espermatozoides, homens e mulheres.....	51
5. Aleitamento.....	54
6. Hormônios e feminilidade.....	62
Capítulo III	
Imagens e composições: mulheres, para além do discurso médico.....	70
1. Mulheres e anos 60 / 70, no Brasil.....	74
Conclusão.....	77
Bibliografia.....	81
Anexos.....	85

Resumo

Neste estudo pretendemos investigar a participação do discurso médico nos modos de subjetivação da mulher. Ao longo do estudo fizemos um mapeamento da participação do discurso médico na construção dos papéis sociais da mulher no ocidente. O campo histórico e antropológico foram norteadores da pesquisa.

Mostramos que o discurso médico participa dos modos de subjetivação da mulher contemporânea, uma vez que funda uma natureza feminina pautada em elementos biológicos que, ainda que sofram modificações ao longo dos anos, pretendem associar a existência feminina a maternidade. A mulher torna-se prisioneira de aspectos biológicos. Nessa associação fatores como doçura, sensibilidade e passividade permanecem enlaçados nesta suposta natureza feminina. Contudo, a mulher vinculada a casa, à passividade e a maternidade também cria novos espaços. Busca linhas de fuga e marca presença no cotidiano da cidade e nas inúmeras instâncias sociais em que transita.

PALAVRAS CHAVE: Mulher, discurso médico, modos de subjetivação e linhas de fuga.

Abstract

This study investigates the role of medical discourse in the process of subjectivization of women, from a historical and anthropological perspective. It implicates medical discourse in the construction of women's social roles (feminine identity) in the western world.

Different ways in the which medical discourse affects contemporary women's subjectivization are discussed, since this type of discourse is taken as laying of the foundations of a certain conception of feminine nature. This nature rests in a biological basis that, despite changes along the years, bounds feminine existence to motherhood only. Features, such as sweetness, sensitivity, and passivity, remain associated with this feminine nature. However, no matter how tough are their ties to home and motherhood chores women are increasingly resisting and seeking paths of escape from this biologically biased identity. A new feminine identity was invented when they assumed different roles in daily life and in the social context in which they participate.

KEY WORDS: Women, medical discourse, process of subjectivization, paths to escape.

Introdução:

Uma mulher que fala, um coral de vozes...

Na realidade, não são palavras o que pronunciamos ou escutamos, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis, etc... A palavra está sempre carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial. É assim que compreendemos as palavras e somente reagimos àquelas que despertam em nós ressonâncias ideológicas ou concernentes à vida.
(BAKHTIN,1999: 95)

O presente estudo nasceu de algumas questões surgidas durante atendimentos clínicos com mulheres em espaços públicos e privados, no qual o corpo e sua relação com a condição feminina estavam em evidência na constituição da mulher.

Em cada palavra ecoavam muitas vozes. Tal como num coral polifônico, (BAKHTIN,1999) podia-se ouvir os múltiplos componentes daquelas falas, cuja autoria perpassava avós, mães, mídia, medicina e outros tantos dispositivos que participavam da montagem do corpo feminino ali em questão. Eram vozes que colaboravam na construção dos processos de subjetivação da mulher. Processos que são históricos e sociais.

Séculos de assujeitamento fundaram um coral que entoado ou não, afina e desafina verdades construídas a partir de inúmeros discursos, dentre eles o discurso biologizante acerca do papel social da mulher. Fazem parte dele algumas vozes que foram destacadas de atendimentos clínicos com diferentes mulheres, de idade e classe social variadas:

A mulher tem que seduzir, os hormônios ajudam.

Só consigo estar bem se estiver com um namorado. Sozinha não sei viver. Até minha pele fica diferente.

Estava cansada mas acordei para fritar o bife dele. Sabe como é mulher casada, tem suas obrigações.

Sou mãe... faz parte do instinto materno abrir mão de tudo pelos filhos.

Todo homem é igual: safado! Faz parte da natureza deles dar uma piscada aqui, outra ali. Já a natureza feminina é mais para o amor. Nós engravidamos, fica perigoso andar com um e com outro.

A mulher precisa de um homem. O mundo é dos homens. Repara só, até num restaurante o garçom só te dá atenção se você estiver acompanhada de um homem.

Transar?... É, né... só para ele não me perturbar mais, para ele ficar quieto.

Este negócio de beijo na boca já acabou, temos filhos. E como mãe isto não fica bem.

Ela é frustrada. Já casou duas vezes e não deu certo. E o pior, já tem 40 anos e não tem filhos. O que ela tem é inveja do meu marido e da minha filha. Mulher que não tem filho é assim: infeliz.

Na separação de meus pais, minha mãe quase perdeu nossa guarda. No processo havia várias provas de adultério. E, realmente minha mãe tinha um namorado... Mas meu pai também tinha namorada... O juiz achou que minha mãe não tinha o comportamento adequado a uma boa mãe. O advogado de minha mãe recorreu e hoje estamos com ela.

Homem precisa de sexo para ficar calmo, mulher, de carinho. Aí, fica tudo no seu devido lugar

Estas falas são de diferentes mulheres, mas partem de um mesmo ponto: a natureza feminina e seus atravessamentos. São todas coautoras de um mesmo texto que se reedita diariamente em diferentes instâncias sociais.

Como ponto de partida, consideremos todo discurso verbal como um evento social, ou seja:

... tomado no seu sentido mais amplo como um fenômeno de comunicação cultural que deixa de ser alguma coisa auto-suficiente e não pode mais ser compreendido independentemente da situação que o engendra ...
(BAKHTIN e VOLOSHINOV, 1976:05).

Assim, para toda e qualquer comunicação verbal existe um contexto extraverbal que, segundo Bakhtin, relaciona o enunciado a três fatores. O primeiro diz respeito ao horizonte espacial comum aos interlocutores. Compreende a um espaço visível, no nosso caso o espaço terapêutico em si. O segundo fator nos remete ao conhecimento e à compreensão da situação. No exemplo, além de contextualizadas, as falas diziam respeito a algo presumidamente já conhecido. Ou seja, a condição da mulher, em pauta, coloca em evidência algum conhecimento sobre si mesma. E o terceiro, atrela-se à avaliação comum, ou seja, ao conhecimento do que se fala que, em consequência, entra na esfera do presumido. Com isto, existe algum entendimento sobre a mulher que não é estranho à paciente e nem à psicóloga. Fala-se de algo que, ainda que se discorde, presumidamente ambas já sabem. E é dentro da esfera do presumido, elemento fundamental na comunicação,

que reside o interesse em mapear a construção de um discurso que impingiu um determinado conjunto de valores sociais à imagem de mulher que hoje conhecemos. Estes conjuntos de valores sociais fazem parte, dentre outros elementos, dos processos de subjetivação do homem moderno (FOUCAULT,1997). Parte-se do pressuposto de Guattari (GUATTARI e ROLNIK,1992) para entender subjetividade como algo produzido nas instâncias sociais e que vão determinar maneiras de viver e estar no mundo.

Assim compreendida, a subjetividade não é algo individual e interior ao indivíduo e sim "...uma multiplicidade de agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro social"(GUATTARI e ROLNIK, 1992:33). Nesta produção de subjetividade o conceito de agenciamento nos é relevante, já que é ele que põe em movimento os enunciados, dando-lhes sentido.

Com isto, ao falar, a mulher elabora um enunciado que, ainda que singular, é fruto da articulação de vários agenciamentos nos quais estão imbricados os fatores históricos e sociais que montam verdades tais como a autopercepção corporal, concepções de sexualidade e maternidade, visão de mundo e outros tantos conjuntos de crenças que constituem o repertório existencial da mulher em questão.

O enunciado coloca em pauta um universo rico de significados, põe em evidência a pluralidade das palavras. E palavra, segundo Bakhtin (BAKHTIN,1999)apresenta-se de sua forma elástica. Ela ganha significação e importância a partir do fenômeno ideológico que a compõe. Nesta composição, os afetos são partilhados. A partir desta partilha elaboramos "... subjetividade em estado nascente que não cessamos de encontrar no sonho, no delírio, na exaltação criadora, no sentido amoroso..." (GUATTARI,1990:16).

A subjetividade assim pensada não está circunscrita a agentes individuais, ou seja, não está relacionada ao funcionamento de instâncias intrapsíquicas e egóicas. Ao contrário, remete-se a máquinas de expressão cuja natureza é extrapessoal e extra-individual.

Cabe grifar que, dentro da perspectiva teórica adotada, há uma grande diferença entre subjetividade e indivíduo, uma vez que este último é o articulador de uma subjetividade que é elaborada nos processos de produção social e material (GUATTARI, 1990).

Seguindo essa lógica, lembremos a importância dos saberes sobre o corpo. Conforme Michel Foucault (FOUCAULT, 1979), o corpo foi alvo de interesse em muitas sociedades e em diferentes momentos históricos. Contudo, por volta do século XVIII (FOUCAULT, 1979), surgiram novas técnicas de controle, voltadas não somente ao corpo, enquanto massa corpórea, mas aos “movimentos, gestos, atitudes, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo” (FOUCAULT, 1979: 126). Busca-se, então, uma disciplina dos corpos, uma minuciosa e detalhada microfísica do poder através do corpo.

... se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que se operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina.
(FOUCAULT, 1979: 127)

O conjunto de poderes minuciosos que compõem esta microfísica foi construído ao longo dos tempos. E, ainda hoje, permanece em plena construção.

O corpo disciplinado transforma-se num corpo político sobre o qual investe-se uma gama de saberes. Saberes estes que servem ao exercício de poder, uma vez que transformam os corpos humanos em objetos de saber.

Passa a existir, pois, uma intenção de controle sobre o aspecto incorpóreo do corpo. Numa perspectiva foucaultiana, “a história dessa microfísica do poder (...) seria então, de uma genealogia ou uma peça para a genealogia da alma moderna” (FOUCAULT, 1979: 31).

Esta “alma” a que se refere Foucault diz respeito à parte não-corporal na qual os poderes sobre o corpo operam. O próprio autor nos fala de um conjunto de saberes e técnicas que edificam uma realidade-referência a fim de legitimar verdades que elaboram universos nos quais os sujeitos transitam. E é neste trânsito, que se apresenta como único e possível, que ocorre a disciplina dos corpos, a formulação do que Foucault chama de “corpos dóceis”.

Sobre essa realidade-referência, vários conceitos foram construídos e campos de análise foram demarcados: psique, subjetividade, personalidade, consciência, etc; sobre ela técnicas e discursos científicos foram edificadas; a partir dela, valorizaram-se as reivindicações do humano.
(FOUCAULT, 1979:31)

Assim demarcado, vemos no corpo estratégias de poder que se atualizam cotidianamente. Saberes foram e são construídos nessa engrenagem de disciplina dos corpos. Colocados em nome da ciência, são irrefutáveis, tornando-se em modelos de uma realidade-referência cuja crítica transforma-se, muitas vezes, em heresia. Como é o caso do questionamento sobre o aleitamento materno, dentre outras verdades estabelecidas pelo discurso médico que delineiam uma certa "natureza feminina" e, com isso, participam da montagem de um discurso-referência sobre o corpo da mulher. Geram, em consequência, um micropoder sobre o corpo feminino.

A partir de tais questões, nosso objeto de estudo é o discurso médico acerca do corpo feminino, sua participação na construção social e implicações nos modos de subjetivação da mulher. Nosso objetivo também é apontar para outras realidades e agenciamentos possíveis.

A relevância de tal estudo consiste no fato de possibilitar ao psicólogo uma outra escuta sobre as falas, em especial aquelas que se referem à mulher e ao seu lugar no mundo. Escutas que, para além de referências edipianizadas, são históricas e culturais.

E mais: a partir das referidas reflexões, este estudo pretende ser um convite a novas práticas clínicas mais comprometidas politicamente, tendo em vista dois fatores, dentre os muitos que poderiam ser apresentados. O primeiro refere-se ao fato de que se a fala é social, produzida numa esfera extraverbal, para ser compreendida ela necessita estar inserida no âmbito do presumido, com os próprios presumidos colocados em questão. Assim sendo não só quem fala está em análise, mas quem ouve também. Já o segundo nos remete à premissa de que sujeitos e suas verdades são produzidos socialmente. E se assim o são, a prática clínica é, por excelência, uma prática política. Ou seja, remete a efeitos do vivido no âmbito social e produz outros tantos efeitos, também experimentados na esfera social.

Objetivando refletir sobre o discurso médico acerca da mulher, construiremos, no Capítulo I, um mosaico histórico do encontro entre mulher e medicina.

Mosaico: pedacinhos coloridos que compõem uma gravura, cenário ou imagem. O uso aqui da palavra mosaico nos remete à construção de um saber feito de minúcias, de recortes históricos que não pretendem criar uma resposta universal para a questão da mulher contemporânea, o discurso médico e a construção da subjetividade. O objetivo da imagem de mosaico foi apresentar um estudo no qual

Não existe algo unitário e global(...) mas formas dispare, heterogêneas, em constante transformação. (FOUCAULT, 1979 : x)

Fizemos um levantamento de alguns episódios históricos, no Ocidente, que nos servem como chave de entendimento do biopoder exercido sobre o corpo feminino.

No Capítulo II abordaremos a construção de um devir mulher que pretende pensar o corpo da mulher e suas implicações políticas e "falocratas". E, com isto, expandir este estudo para além de uma questão exclusivamente de gênero, por tratar-se também de uma questão que tem em suas bases determinados processos de exclusão. Trataremos da institucionalização do corpo da mulher e das leis que normatizam os saberes sobre o corpo.

Ainda no Capítulo II discutiremos os temas da contracepção e do aleitamento, já que ambos estão relacionados à suposta natureza feminina que a medicina ajudou a produzir.

Mulher e natureza, implícita ou explicitamente, ainda permanecem implicadas, no discurso médico, devido à capacidade da mulher de gerar um novo ser. Assim sendo, ainda cabe à mesma a responsabilidade pela contracepção. E, se existe uma concepção consciente, existe uma maternidade também consciente na qual o aleitamento aparece como um ideal de maternagem.

Os hormônios também serão discutidos no Capítulo II, tendo em vista que contribuem na elaboração de uma rede de significados teóricos que relaciona bioquímica, corpo, comportamento e feminilidade.

Por fim, no Capítulo. III, pensaremos na mulher, no seu corpo e no seu papel social para além do discurso médico. Neste capítulo, apontaremos linhas de fuga¹ aos discursos que, ao longo dos tempos, tentam e tentaram nos aprisionar.

É com Walter Benjamin (BENJAMIN, 1996) que pretendemos nos remeter à análise da implicação cuja presença se fez na ausência de neutralidade na narrativa da presente dissertação. Afinal, este estudo traz consigo alguns anos de experiência em psicologia. Uma psicologia pouco asséptica (e nem por isto menos séria ou menos investida conceitualmente) e muito contaminada de gente, de mundos, de vida ...

A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio artesão – no campo, no mar e na cidade –, é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (BENJAMIN, 1996 : 205)

¹ Expressão aqui utilizada exclusivamente com o sentido de escape ao que está pré-estabelecido.

Capítulo I

Mulher e Medicina: um mosaico histórico

Como foi dito na capítulo anterior, o interesse nos discursos médicos sobre a mulher é relevante na medida em que tais discursos constroem modos de subjetivação e legitimam certas práticas.

Modos de subjetivação(FOUCAULT, 1984), numa perspectiva foucaultiana, participam da composição dos “jogos de verdade” que engendram o repertório existencial dos indivíduos. Ou seja, a maneira pela qual os sujeitos se reconhecem, como vivem e percebem tanto a si mesmo como o mundo que os cerca.

Faremos, a seguir, um estudo sobre a medicina e a mulher, no qual o objetivo é refletir sobre como e em quais condições a mulher passou a ser objeto de conhecimento. E assim o sendo, analisaremos a montagem de uma mulher constituída a partir de um discurso científico atravessado por outros tantos discursos de ordem política, social e econômica.

A construção de saberes sobre o corpo são sempre datados historicamente. Assim cabe

... determinar sob quais condições alguma coisa pode se tornar um objeto para um possível conhecimento, como isto tem sido problematizado como um objeto para conhecer, para quais métodos de análise foi susceptível e quais aspectos desta alguma coisa foi considerado pertinente.(FOUCAULT, 1984 a: 112)

Torna-se relevante, portanto, o entendimento de como o corpo feminino se constituiu como objeto de um dado saber, uma vez que este saber é que vai legitimar um certo conjunto de verdades acerca da mulher.

1. Medicina normativa e pedagogizante.

Como ponto de partida nos utilizaremos das relações de poder que constroem diferentes estratégias de dominação dos sujeitos. Tais estratégias acoplam processos e

técnicas que modelam e dirigem os indivíduos, ou melhor, normatizam e inscrevem os sujeitos dentro de uma certa estratégia global. (FOUCAULT, 1979)

Se foi possível constituir um saber sobre o corpo, foi através de um conjunto de disciplinas militares e escolares. É a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico.
(FOUCAULT, 1979: 149)

Pressupomos de que a medicina é normativa e pedagogizante, tendo em vista a própria constituição do saber médico nos séculos XVIII, XIX e XX e suas estratégias de disciplina dos corpos.

O saber médico foi um ponto de referência importante na consolidação do Estado alemão, na ordenação das grandes cidades francesas e nos primórdios da Revolução Industrial na Inglaterra(FOUCAULT,1979). Tais casos nos servem como chave de entendimento para o caso brasileiro, uma vez que estão imbricados e influenciaram o cotidiano das cidades no Brasil, mais especificamente, o Rio de Janeiro, nossa principal cidade no século XIX. No Rio de Janeiro, a “cidade doente” é objeto construído pela medicina, enfatizando a prática médica como possibilidade de cura. Esta construção é fruto da influência das produções médicas oriundas da França(ENGEL, 1988).

Segundo Magali Engel, a partir do século XIX a medicina assumiu um papel político. Deixou de ser tão-somente um conjunto de conhecimentos sobre o “homem saudável” que consistia num homem modelo não doente. Assim, a partir deste momento cabia à medicina

... a gestão da existência humana, tomando uma postura normativa que não só a autoriza a distribuir conselhos de vida, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade. (ENGEL, 1988: 65)

Seguindo essas diretrizes, a medicina no Brasil se desenvolveu com práticas que regiam os corpos e vida dos indivíduos.

Neste contexto, a mulher ganhou especial visibilidade através de práticas higienistas que, em nome da saúde e do bem-estar, estabeleceram a ordem nas cidades brasileiras, em

especial no Rio de Janeiro². Essas práticas tiveram a família como principal alvo. A família estava sujeita a classificação e submetida a técnicas de persuasão, legitimadas pelo estatuto de ciência e, portanto, de verdade que a medicina possuía (COSTA, 1979).

Tendo como ponto de referência a mulher e a criança, a medicina no Brasil e todo o seu discurso higienista tiveram como alvo a construção de um novo espaço privado. Com isto, entra em cena a mulher “rainha do lar” e com costumes “europeizantes”.

A manobra higienista criou estratégias de controle dos espaços privados, estabeleceu uma espécie de “manual de bem viver”, destituindo do homem e da mulher seus próprios saberes oriundos de tradições, vivências e percepções pessoais. Para ver, sentir, viver... era necessário um “como fazê-lo”.

A mulher do Brasil do século XIX gritava silenciosamente enquanto tecia longos bordados, sentada no ponto de referência do novo espaço privado: a casa. A mulher construía seu corpo num “estar” dentro de casa. Responsável pelos cuidados do lar, esperava, cuidava, zelava. Mas, com certeza também dominava aquele pequeno grande espaço familiar. Espaço esse um dos sustentáculos do modelo normatizador do Estado que a medicina ajudou a compor: a casa e a intimidade.

O médico e seu conjunto de regras de “bemviver” alcançavam o espaço familiar, conquistando a confiança da mulher. E, com isto, modificava o perfil das relações familiares. A mulher, então, transformava-se na “mãe higiênica”, tornando-se uma aliada do discurso médico no projeto de higienização do universo da família (COSTA, 1979). Universo este que, apesar de privado, era altamente público, uma vez que era atribuído-lhe um importante lugar político dentro da formação de um novo modelo de sociedade.

Autorizada por seu caráter científico, a medicina higiênica – assim como a medicina mental - vai constituir um discurso sobre todas as instâncias da vida, invadindo a esfera das relações pessoais para moldá-las segundo os propósitos da ordem e da disciplinas urbanas. (MACHADO, 1978: 35)

² Durante o século XIX, no Brasil, a partir do movimento higienista, ocorreu uma imposição da figura do médico à sociedade. Lembremos que até o final do século XVIII, no Brasil, a racionalidade médica não se separava da dos religiosos da época. Pouco a pouco, no século XIX, a figura do médico foi incorporada à família.

Assim, o saber médico transformava-se num grande aliado do Estado, sendo utilizado como “polícia das famílias”(DONZELOT, 1985), em nome da ordem nas cidades e contra a desordem e caos urbano. “O conceito de polícia médica surgiu na Alemanha onde foi utilizado pela primeira vez por Wolf Gang Thomas Rau, em 1764” (ENGEL, 1988: 45) .

Tal “polícia” transformava-se em presença constante, mesmo que ausente, nos lares, alcovas, gestos e sentimentos. Ou seja, foi internalizada por um fenômeno que Michel Foucault chamou “poder pastoral”, relacionado “... ao desenvolvimento de técnicas de poder orientadas para indivíduos e destinadas a dirigi-los” (FOUCAULT, 1982v).

Segundo Foucault, a noção de divindade relacionada a um pastor não é muito constante nos grandes textos políticos gregos ou romanos. Foram os hebreus que intensificaram o tema pastoral, influenciando toda a tecnologia de poder do cristianismo, que se utilizou da figura do pastor para o desenvolvimento de suas instituições de controle (FOUCAULT, 1982v).

As metáforas hebraicas do Deus Pastor supõem um poder cuja atenção é individual a cada membro do rebanho. Assim, o poder pastoral está diretamente relacionado com a vida dos indivíduos que devem obediência ao pastor, não por força física, mas por puro exercício de liberdade. Liberdade que, contraditoriamente, faz obedecer. Mas obedecer em nome de um suposto bem maior: a salvação das almas.

Seguindo a racionalidade do pastor, o Estado Moderno adotou o médico como pastor das famílias. Com isto, a concepção de um “médico-pastor” passa a ser similar a de polícia, nos séculos XVI e XVII.(FOUCAULT, 1979). Assim o sendo, a polícia e, em consequência, o médico, são entendidos como “...tecnologia governamental específica do Estado, consistindo em domínios, técnicas e objetivos em que o Estado intervém.” (FOUCAULT, 1979). Assim, neste contexto histórico, a polícia médica “...zela por um

homem vivo, ativo e produtivo”(FOUCAULT, 1979:112) ao mesmo tempo que, tal qual a polícia da época, garante a sobrevivência do Estado Moderno.

O prêmio para a total submissão ao discurso higienista era a saúde e o suposto bem-estar. No caso do pastor cristão: o reino dos céus.

Tal explanação sobre o poder pastoral nos é útil na medida em que possamos entender o tipo de racionalidade norteadora do discurso médico dos séculos XVIII e XIX, na Europa. E, a partir daí, percebermos a sutileza das práticas normatizadoras utilizadas na produção dos corpos, em especial do corpo da mulher alvo principal do controle pelas normas médicas.

O discurso médico participou da construção de uma nova visão do feminino, o da “mulher-mãe”, que consistia num conjunto de comportamentos necessários para o pleno desenvolvimento dos filhos, criando para a mulher higienizada um lugar de destaque: dona da casa, mãe dos filhos. Segundo autores como Jurandir Freire Costa (COSTA, 1979), Magali Engel (ENGEL, 1988), Mary del Priore (PRIORE, 1989) e Silvia Alexim Nunes (NUNES, 2000) esse novo lugar ocupado pela mulher teve um caráter bastante significativo. Aliada ao médico, a mulher ganha um lugar de prestígio no cenário familiar que contrasta com o lugar ocupado anteriormente, de plena submissão ao desejo do pai ou marido.

Os médicos, reconhecendo a utilidade da mulher enquanto agente dos cuidados com as crianças, procuram estabelecer uma aliança com a mãe através de uma promoção de seu estatuto dentro da família.
(NUNES, 2000: 45)

Uma nova concepção de infância, carente dos cuidados maternos, contribuiu para a construção da mulher zelosa da casa, da intimidade e do bem-estar dos filhos, substituindo a figura feminina que durante séculos, no mundo ocidental, foi vista como um homem incompleto.

Até o final do século XVII, a mulher era vista na figura de Eva, uma herança do Cristianismo primitivo, como um ser próximo a algo carnal, “...dotada de sentimentos

maléficos e de um desregramento ameaçador.”(NUNES,2000:20). A única imagem salvadora era a da Virgem Mãe, que ganha especial importância no século XII. É a imagem de um ideal de mulher cuja perfeição as mortais não poderiam alcançar. “À Eva opõe-se uma Maria inacessível”(NUNES, 2000: 23). A idéia de uma mulher perniciososa, signo de maldição, perdura durante toda a Idade Média e atinge seu ápice no Renascimento, com a caça às bruxas iniciada em 1400 e mantida até o século XVII. (NUNES, 2000).

É interessante ressaltar que a perseguição às bruxas e a concepção de uma mulher defeituosa tinham como base, além das concepções religiosas, também as científicas da época, que bebiam na fonte da primeira. Segundo algumas teorias médicas, havia uma falha orgânica que seria responsável pela falha moral das mulheres, tornando-as propensas à imperfeição, à mentira e a todo tipo de malefícios. Demonólogos como Kramer e Sprenger tinham uma explicação para a diferença entre homens e mulheres:

Segundo Kramer e Sprenger, por exemplo, teria havido uma falha na formação da primeira mulher, por ter sido ela criada a partir de uma costela recurva, uma costela do peito, cuja curvatura seria contrária à retidão do homem. Em virtude dessa falha, a mulher seria um animal imperfeito, que deceptona e mente sempre (NUNES, 2000: 24).

No Brasil do final do século XIX, a medicina social reorganizava o papel da mulher dentro da sociedade a partir de justificativas também orgânicas, que pressupunham um defeito na constituição da mulher.

... desde a mais tenra infância o esqueleto de um sexo é bem diferente do outro, e essa diferença existindo igualmente na maior parte dos órgãos, não poderia, por consequente, deixar de achar-se no caráter moral que é sempre influenciado pela conformação física. (PEREIRA, 1852: 03)

Contudo, nos cabe ressaltar que antes do século XVIII não havia a construção de uma diferença entre os sexos. Foi no final do século XVIII que começou a se construir uma diferença na representação da mulher em relação ao homem. A mulher seria, nesta perspectiva, um homem menos evoluído.

Assim, o antigo modelo no qual homens e mulheres eram classificados conforme seu grau de perfeição metafísica, seu calor vital, ao longo de um eixo cuja causa final era masculina, deu lugar, no final do século XVIII, a um novo modelo de dimorfismo radical, de divergência biológica. Uma

anatomia e fisiologia de incomensurabilidade substitui uma metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem.
(LAQUER, 2001:138)

Até o século XVIII a diferença entre homens e mulheres, portanto, não existia tal qual a entendemos hoje. O sexo, enquanto meio reprodutivos, não marcava a diferença. A distinção entre

... masculino e feminino são de grau e não de espécie, e onde os órgãos reprodutivos são apenas um sinal entre muitos do lugar do corpo em uma ordem cósmica e cultural que transcende a biologia. (LAQUER, 2001: 41)

Não havia uma diferença fundamental entre os aparelhos reprodutores feminino e masculino. Era como se a genitália do homem fosse virada para fora e a da mulher para dentro. E, tomando o corpo masculino como modelo transcendental, a mulher era um homem invertido e, portanto, inferior. “Tem exatamente os mesmos órgãos mas em lugares exatamente errado.” (NUNES, 2001: 173).

Galeno, anatomista profissional que em 1668 apresentou em três desenhos separados a genitália feminina, preocupava-se com as estruturas corpóreas e suas relações com as outras partes do corpo. O útero, por exemplo, não era concebido como um órgão eminentemente feminino. Mas era comparado ao estômago pela sua lentidão ao conceber o feto em contraste com a rápida digestão que o estômago fazia da comida.

O útero (*uterus* ou *uterum*) foi citado, posteriormente, pelo enciclopedista Isidoro de Sevilha. (LAQUER, 2001). Segundo ele, somente as mulheres tinham um ventre capaz de conceber uma criança. Contudo, as autoridades da época afirmavam que o útero era uma barriga, um ventre comum a homens e mulheres. A noção de similaridade entre útero, ventre e barriga talvez explique porque a *vulva*, na linguagem medieval, era o mesmo que vagina, originada de *valva*, ou seja, portão para a barriga.

O próprio Isidoro faz uma comparação entre a barriga assexuada e outros órgãos, relacionando-os à gestação:

... durante a gestação, dizia ele, o sêmem é transformado em um corpo por meio do calor das vísceras. (LAQUER, 2001: 43)

Cabe ressaltar que, segundo Thomas Laquer (LAQUER, 2001), havia um obscurecimento linguístico perante a diferença anatômica entre corpos masculino e feminino, exemplar na ênfase dada aos “contornos de espaços comuns ao homem e a mulher.” (LAQUER, 2001: 43)

Na leitura que Fabíola Rohden (ROHDEN, 2000) faz de Thomas Laquer, a diferença entre homens e mulheres, antes do século XVIII, não era intrínseca a fatores biológicos e sim a graus de perfeição, estabelecendo uma hierarquia verticalizada para os gêneros. Tal hierarquia punha como questão a quantidade de calor atribuído a cada corpo que fosse capaz de externalizar ou não os órgãos genitais.

Assim, reafirmamos que, neste momento, o gênero era uma categoria natural. A diferença entre homens e mulheres não era algo encontrado no corpo organicamente estabelecido, mas através da atribuição de papéis sociais bem distintos.

Mas, o gênero, que hoje consideramos uma categoria cultural, era entendido como primário ou real. Os órgãos reprodutivos não eram expressões de uma diferença inata, mas apenas um signo entre muitos dos localizados no corpo, que apontavam para papéis culturais distintos. (ROHDEN, 2000: 67)

Assim sendo, a diferença entre homens e mulheres constituía uma categoria sociológica e não ontológica. Com isto, ser homem ou mulher era algo que dependia mais de um lugar social do que de um “ser” organicamente determinado.

Há inúmeros relatos de homens que amamentavam, imagens do menino Jesus com seios. As meninas podiam tornar-se meninos, e os homens que se associavam intensamente com mulheres podiam perder a rigidez e definição de seus corpos perfeitos e regredir para efeminação. (LAQUER, 2001: 19)

Laquer resalta a diferença desta concepção de corpo com relação a que conhecemos no mundo moderno. Segundo o autor, o corpo moderno é fechado, autárquico e, em termos científicos, se ausenta do universo de múltiplos significados. Ao contrário da concepção de corpo que se tinha na Idade Média na qual o corpo, designado “corpo grotesco”, era completamente susceptível à intervenção da natureza.

O corpo grotesco fazia parte de uma concepção estética da vida prática que se convencionou chamar de “realismo grotesco”. O realismo grotesco, segundo Bakhtin (BAKHTIN, 1993), era um sistema de imagens da cultura cômica popular, uma vez que o princípio material e corporal aparece como sendo uma única forma universal, festiva e utópica.

O corpo grotesco não estava separado do resto do mundo, “mas ultrapassa-se a si mesmo, franquia seus limites”(BAKHTIN, 1993 : 23). Daí a ênfase dada aos orifícios pelos quais corpo e mundo se comunicam.

... esse corpo aberto e incompleto não está nitidamente delimitado do mundo: está misturado ao mundo, confundido com os animais e as coisas.
(BAKHTIN, 1993 : 24)

Atos como o coito, a concepção, a gravidez, o parto, a absorção e a excreção de alimentos colocavam o homem em plena comunhão com sua natureza. Natureza que possuía seus ciclos cuja degeneração fazia parte de um processo gerador de novos nascimentos. Com isto, tornar-se lama, pó ou excremento era estar perto do fim de um ciclo, preparação para o início de outro.

Este corpo aberto, festivo, repleto de significados contrasta-se com o corpo que conhecemos hoje. Corpo cujo entendimento se remete a uma concepção mecanicista das funções orgânicas, atrelando-se a uma vertente conceitual relacionada ao pensamento cartesiano. O corpo, assim concebido, é uma estrutura maquinal em que a relação doença/corpo/saúde encontra-se equiparado a um relógio a ser regulado, já que a saúde está fundamentada na noção de equilíbrio e adaptação ao meio(CANGUILHEM, 1995).

As modificações operadas do corpo grotesco ao corpo cartesiano que hoje conhecemos não se deram em função de fatos ocorridos de maneira linear num só campo de conhecimento, mas de um conjunto de fatores, configurando o que se chama de pluricausalidade, ou seja, “composição de múltiplos programas culturais em ação” (ROHDEN, 2000: 99).

O modelo de um só sexo perdurou até o século XVIII, mesmo diante de algumas descobertas na esfera científica, porque atendia a uma visão de mundo no qual o corpo compunha a “grande cadeia do ser”, onde

... macrocosmo e microcosmo se encontram, entre carne e a transcendência. Uma ampla gama de imagens, de jogos de correspondência trazia o cosmo para dentro do corpo(...). Do corpo ecoavam múltiplos discursos, já que ele era uma fronteira porosa com o mundo. (ROHDEN, 2000:1000)

Esta fronteira porosa com o mundo foi fechada. Códigos de civilidade invadiram o contexto sócio-cultural do século XVIII e XIX. Com isto, homem é homem, mulher é mulher. Surge a diferença dos sexos, agora inscrita na carne dos seres, em seus órgãos. A diferença orgânica ressignifica a esfera social. A partir deste momento, o sexo é ontológico e o gênero, social.

2. Iluminismo, medicina e uma nova mulher.

O corpo, no final do século XVIII (NUNES, 2000), adentra o cenário social, legitimado por uma ciência que ganhava contornos próprios com os significados recém-instaurados pelo Iluminismo.

O corpo é agora chamado por diferentes visões a expressar novas demandas surgidas em novos contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e eróticos. O debate ganha novos termos: as diferenças que antes eram expressas em termos de gênero, agora são evidenciadas pelo sexo, pela biologia. E aqui, o papel da ciência torna-se cada vez mais fundamental. Médicos e cientistas não só fornecem dados para o debate ideológico, como também expressam o seu prestígio em ascensão. (NUNES, 2000: 69)

Os órgãos femininos e masculinos passaram a ser distinguidos. Contudo, não só os órgãos sexuais são diferenciados um do outro, mas outras estruturas como o esqueleto e o sistema nervoso (LAQUER, 2001). O corpo e suas especificidades passam a ter relevância. Isto se dá devido à mudança epistemológica que rompe com a “grande cadeia do ser” e com uma mudança política. O Estado Moderno consolida e instaura um novo conceito de verdade e nova concepção epistemológica. Sistemas filosóficos propostos por Platão e por Aristóteles encontram cada vez mais ressonância a partir da importância que passa a ter a

produção da verdade(LANCETTI,1990).Com isto, classifica-se a multiplicidade para aplainar as diferenças. Busca-se a verdade das coisas, criam-se sujeitos de conhecimento e verdades para eles.

Várias correntes intelectuais participaram de um processo que desembocaria numa mudança conceitual de mundo. Este conjunto de correntes científicas ficou conhecido como Revolução Científica. Faziam parte destas correntes o baconismo, o mecanicismo cartesiano, a epistemologia empírica e a síntese newtoniana.

A Revolução Científica destruiu radicalmente a visão de Galeno, que compreendia o corpo com relação ao cosmo. O isomorfismo repleto de metáforas passou a ser substituído por uma linguagem que se propunha científica e, portanto, neutra e exata, cujo entendimento pertencia aos iniciados nessa nova língua: a linguagem científica.

A geração passou a ser menos considerada em termos de fermento e queijo; o ferro e o ímã perderam sua ressonância como metáforas do sêmen e do ventre. (LAQUER, 2001: 194)

Segundo Laquer, a construção de uma diferença entre homens e mulheres a partir do sexo se dá porque a antiga visão de uma diferença entre os gêneros entra em colapso (LAQUER, 2001). Os corpos passam a ser o fundamento da sociedade civil. Diante do ideário de igualdade, estava no sexo a naturalização da diferença. Não mais o gênero e sim o sexo determinava a natureza ontológica que diferenciava os homens das mulheres. Com isto, por mais democrática que fosse a sociedade, a subordinação das mulheres aos homens seria garantida na diferença dos sexos. Ou seja, uma diferença natural supostamente transcenderia questões sociais e políticas.

... Tocqueville argumentou que nos Estados Unidos a democracia havia destruído a velha base da autoridade patriarcal e que ela era necessária para delinear mais uma vez, e com grande precisão, duas linhas bem distintas de ação para dois sexos. Em suma, onde quer que as fronteiras fossem ameaçadas ou novas fronteiras fossem criadas, o material era fornecido pelas diferenças sexuais recentemente descobertas.(LAQUER,2001:196-197)

A ciência e seu estatuto de verdade ajudaram a construir uma sociedade que contém o modelo de dois sexos, atribuído à natureza o caráter divisório entre homens e mulheres,

assim como seus atravessamentos. Cabia, no entanto, à sociedade “respeitá-las e promover um comportamento adequado pertinente a estas diferenças” (ROHDEN, 2000:102).

A partir do século XIX tais concepções tornam-se verdades absolutas e dão conta de respaldar os contratos sociais entre homens e mulheres. E, cada vez mais a medicina se preocupou em assinalar as diferenças entre o corpo feminino e o masculino para explicar através da biologia o lugar da mulher na sociedade.

É o caso da afirmação de que a mulher tem um crânio menor, conseqüentemente menos capacidade intelectual e, portanto, menos condições de participar dos domínios do governo, comércio, educação, ciência. Ou, então, da constatação de que ela tem a pelve maior, o que prova que é naturalmente destinada à maternidade. (ROHDEN, 2000:103).

Rohden aponta o caráter cultural e ideológico das afirmações biológicas, uma vez que anatomistas já dissecavam corpos de mulheres e não tinham, antes do século XVIII, qualquer preocupação com as estruturas mais profundas.

Cabe assinalar que a concepção de uma sociedade de dois sexos coexistia com correntes de pensamentos cujo modelo era o de um único sexo. Um bom exemplo de tal coexistência, segundo Laquer, foi Freud, homem do Iluminismo, que se utilizou do modelo de um só sexo para pensar o clitóris e sua relação com o pênis, construindo uma mulher que se organiza psiquicamente a partir da falta simbólica do pênis (LAQUER, 2001).

3.Regulação física e moral do corpo feminino.

Com a elaboração de uma biologia aliada de uma nova ordem social foram prescritos comportamentos ditos “normais” e, conseqüentemente ideais para as mulheres. E, em contrapartida, houve uma tentativa, desde o século XVIII, de patologizar os comportamentos sexuais não circunscritos ao casamento, à reprodução ou não voltados para a manutenção da ordem social vigente. “A medicina era, nessa perspectiva, um instrumento privilegiado de regulação física e moral do corpo” (NUNES, 2000: 91). A psiquiatria transforma-se num saber importante para catalogação do que era normal ou patológico no comportamento da mulher.

Cabe ressaltar que a preocupação incidia sempre sobre o caráter sexual do comportamento.

O discurso psiquiátrico sobre a patologização do comportamento feminino se utilizou, segundo Silvia Alexim Nunes, de duas vertentes. Uma baseava-se na constituição anômica e fisiológica da mulher e a outra "... em estigmas degenerativos que existiriam de forma latente no corpo feminino." (NUNES, 2000: 93)

Algumas das muitas relações estabelecidas com a fisiologia feminina diziam respeito a uma natureza orgânica voltada à sensibilidade. Um dos autores que contribuíram e influenciaram tal concepção foi Pierre Roussel (VILA, 1995: 76- 93), em sua obra *Système physique et moral de la femme*, publicado em 1775 e reeditada várias vezes.

A obra de Roussel teve grande influência, ainda no século XIX, na construção de outras teorias médicas, já que desenvolve um estudo que diz respeito não somente à diferença entre os sexos, mas à relação desta diferença com a sensibilidade.

O foco de análise da natureza sexual, em Roussel, reside em fatores orgânicos e morais. Segundo ele, a sensibilidade é motriz criadora, transforma idéias em sensações e coisas vivas no mundo. Contudo pode ser patológica, já que induz a uma fraqueza física e a uma perversão moral que, em última instância, são causadas por uma degeneração hereditária. Assim, aquilo que é princípio de evolução é também de involução.

As mulheres estariam regidas pela sensibilidade em função da relação que Roussel faz entre sensibilidade e mucos. Os mucos seriam os agentes primários de uma economia orgânica. Neste contexto, o fluxo menstrual e o leite materno desencadeiam processos orgânicos que determinam uma suposta natureza feminina mais sensível. E tal susceptibilidade à sensibilidade que os fluxos desencadeiam seria o eixo da diferença entre homens e mulheres. O corpo das mulheres seria, desde a adolescência, mediado por líquidos e fluidos responsáveis pelo equilíbrio mental relacionado ao sistema nervoso. A sensibilidade gerada pelos mucos seria responsável pela natureza infantil do universo feminino.

Delicada e carinhosa, ela sempre retém alguma coisa do temperamento próprio das crianças³

Os homens, na adolescência, desenvolveriam a musculatura e a força física, imprimindo ao sexo masculino atributos de proteção no que tange à mulher. Assim, para Roussel o sistema nervoso está para a mulher como a musculatura está para o homem.

A distribuição das qualidades físicas e morais de Roussel, baseada no gênero, pareceriam confirmar o que a historiadora Ludmila chamou de feminização do sistema nervoso e masculinização da musculatura.

No século XIX Esquirol defende a teoria da degeneração e aponta os fluidos como motivo da loucura feminina.

Esquirol explica que a loucura feminina é derivada da associação entre sensibilidade nervosa e uma constituição sexual cuja periodicidade, com respectiva expulsão de fluxos mensais, coloca a mulher em uma posição de fragilidade em relação às excitações do mundo externo. (NUNES, 2000: 93)

A disfunção do sistema nervoso feminino estaria, pois, interligada a uma disfunção na regulação dos fluidos que compõem o corpo da mulher. Psiquiatras do século XIX que dedicaram a estudar um tipo de loucura puerperal, utilizando a idéia dos fluidos e líquidos, relacionavam a loucura a um quadro cíclico que iria da concepção à extinção do fluxo lácteo. Segundo Nunes, "a loucura puerperal é vista como comprovação de que a fisiologia feminina poderia ser a porta de entrada para a alienação." (NUNES, 2000:94)

Além das questões fisiológicas que fundariam uma predisposição à patologia, a psiquiatria também se utilizou da teoria da degeneração que considera a degenerescência hereditária, um processo no qual os sujeitos degenerados apresentam comportamentos irracionais, selvagens e que põem em risco a ordem moral e social. Sendo vista como algo próximo ao primitivo na associação da tríade mulher/criança/selvagem, a mulher também estaria mais propensa à degeneração. Nota-se também que a prostituição, assim como a criminalidade e a perversão são inseridos dentro deste quadro.

³ VILA, (1995: 52), pág. 76-93. Tradução livre de: Delicate and tender, she always retains something of the temperament proper to children

⁴ VILA, (1995: 52), pág.83. Tradução livre de: Roussel's gender-based distribution of physical and moral qualities might appear to confirm what historian Ludmilla has called the feminization of the nervous system and the masculinization of the musculature.

A associação mulher/criança/selvagem se faz na tentativa de provar o déficit físico e moral da mulher que seria, conseqüentemente, também pouco evoluída. Esta "primitividade" justificaria uma aproximação do sexo feminino não só dos loucos mas também dos criminosos e os perversos.
(NUNES, 2000: 95)

Nessa patologização da mulher, a histeria⁵ passa a ser preocupação médica. E desemboca num ideário que coloca a mulher como portadora de paixões desmedidas, diante no que só uma boa educação poderia colocá-la nos limites do meio-termo tão necessários para o bem-estar da casa, do marido e dos filhos. Tal preocupação se propaga durante os anos e se faz presente na reforma do código penal discutida no Rio de Janeiro, no período de 1918 a 1940(CAUFIELD, 2000).

Com as transformações sociais advindas da urbanização das cidades e da industrialização, a honra da mulher passa a ser tema de discussão de juristas. Ainda que adotando posturas distintas, estes juristas tinham como ponto de referência a preocupação com o significado da honra sexual e da virgindade. Havia, segundo Sueann Caufield, um consenso entre os juristas de que a vida urbana trouxe não só a criação do que considera "mulher moderna" como uma degeneração moral, oriunda dos estímulos sensuais que os novos meios de comunicação próprios das cidades traziam.

Cabe ressaltar que neste mesmo período conviviam "barulhentas campanhas contra os "crimes de paixão", o sensacionalismo dos escândalos sexuais da imprensa e a himenolatria (a obsessão com o hímem) (NUNES, 2000: 168).

A medicina ajudou a compor uma mulher cujo lugar era o lar e a assepsia familiar estava na virgindade. Se em 1890 o código penal considerava as ofensas sexuais crimes contra a família, em 1914 tais ofensas constituem crimes contra os costumes sociais. Assim, a virgindade física continuou sendo muito valorizada pela lei, embora tenha passado a ser uma virtude individual e não necessária à manutenção da integridade da família, como era

⁵ Sobre o estudo da história histeria dentro desta perspectiva ver: NUNES (2000) e TRILLAT (1991).

anteriormente. Tal mudança tinha a preocupação de punir os crimes de paixão, já que não mais se sustentavam mortes de mulheres ou de amantes em nome da integridade da família.

Os crimes de defloração foram considerados pelo novo código penal como “crimes de sedução”, cabendo a vítima comprovar sua “inexperiência ou justificável confiança”(CAUFIELD, 2000: 167).

Em meio a turbulentas discussões cria-se o Conselho Brasileiro de Higiene Social (CBHS) formado em 1925 com o objetivo de “elevar” a população brasileira, numa época em que se pretendia enfraquecer o poder exercido pelas oligarquias rurais durante a Primeira República. Almejando romper com a autoridade patriarcal característica da sociedade agrária oligárquica, o CBHS propunha famílias nucleares higienizadas. Assim, com apoio de juristas proeminentes como Roberto Lyra e Nelson Hungria, era finalidade do CBHS :

... transformar as paixões desregradas em relações sexuais racionais e higiênicas. Mesmo que para Hungria isto significasse a defesa da fidelidade sexual e o casamento indissolúvel e, para Lyra, significasse a autorização do divórcio por mútuo consentimento, ambos os juristas concordavam na necessidade de intervenção do Estado no controle do desejo erótico. (CAUFIELD, 2000: 170)

Atrelada a noção de bem-estar social ao devido controle das paixões exacerbadas, em especial da paixão feminina cuja moral a natureza havia selado com o hímem, disseminava-se uma educação que propunha civilizar as práticas sexuais contendo e evitando a união dos “loucos de paixão”, em nome da saúde, da disciplina e da moralidade.

4. Mulher: amor, dor e sofrimento.

A literatura médica do século XIX restringia o corpo feminino aos ciclos vitais que desembocavam na procriação. No início do século XX, no Brasil, o discurso médico, como já foi dito, afirmava a necessidade biológica do casamento como própria da natureza feminina.

Uma vez descoberto que a concepção não dependia do orgasmo feminino, não havia, portanto, sentido em relacionar a mulher ao prazer. Ao contrário, aos homens era conferido o prazer; às mulheres, a maternidade.

Dai vem, segundo creio, a necessidade de admitir como verdade fixa e irrecusável que a mulher é dominada pela precisão de união e o homem pelo desejo do gozo (VIANNA, 1842 :04).

A questão do casamento relacionado com a essência biológica da mulher abre espaço para outro tema que a medicina identificou como algo essencialmente feminino: sexo e casamento. Assim, a vida sexual da mulher estava “naturalmente” dependente da vida conjugal. Com isto, através de produções científicas, relacionava-se a fragilidade dita constitucional das mulheres ao casamento e à maternidade.

Exemplos de desvio, porém, não faltavam, como o caso das prostitutas e das mães solteiras, cujos comportamentos eram considerados anômalos denominados “monomanias amorosas”(NUNES,1982:04).O sexo fora do casamento não só era desvio como também doença, cujo remédio só o casamento podia oferecer.

Tendo pois a moça chegado à idade núbil, quando ela for dotada de um temperamento ardente e apaixonado, o matrimônio deve ser proposto e favorecido do modo que for possível. (VIANNA, 1842 : 08)

A medicina contribuiu para a formação da mulher na sociedade ocidental, construindo um discurso sobre a condição feminina pautado no matrimônio e na maternidade. A maternidade torna-se algo fundamental na vida das mulheres. Do modelo de Eva chega-se ao de Maria, Virgem Santíssima. Houve uma maciça produção, no campo médico, de teorias ocupadas em comprovar a dessexualização da vida feminina(NUNES, 2000). Todas fundadas na proibição aos excessos da vida materna e na retidão de caráter da senhora procriadora.

A gestação adquire um caráter sagrado e surge, ao longo do século XIX, um amplo processo de medicalização do parto e da gravidez. Seguindo essa tendência, o aleitamento

também é atingido, recusada a presença das amas-de-leite escravas. As mulheres livres deviam amamentar seus próprios filhos a fim de garantirem a saúde de sua prole.

A mulher escrava não era citada nos textos científicos senão na sua suposta malignidade. Ou seja, era considerada um ser menor, transmissora de maus fluidos, tanto morais quanto orgânicos. E mais, a maternagem das escravas não tinha o caráter de maternidade atribuído às não-escravas. O destino de seus filhos dependia do poder dos senhores (NUNES, 1982).

Para mais radicalmente se estancar as fontes de vida e vigor, para perfeitamente saturar-se as gerações novas de moléstias, para torná-las congêntas ao vício, misturando com leite, é comum entre as fluminenses as mães, em sua maioria, não amamentarem os filhos. Sórdidas escravas, devassas de organização, contaminadas pelos vícios sífilíticos, bobáticos, etc, são encarregadas da saúde e futuro de infelizes crianças que com leite bebem a peçonha que há de envenenar a vida assegurando-lhe um futuro de moléstias e dores. (HERÉDIO DE SÁ, 1845:15)

Lançava-se um olhar privilegiado sobre a grávida branca e o aleitamento. A gestante devia abster-se da vida social o máximo possível, permanecer em vigilância, protegendo-se contra possíveis desgastes. Contudo, por trás dessa preocupação física havia a idéia subliminar de não-exposição do corpo feminino corrompido pela divulgação do ato sexual gerador da gravidez.

Em função desta preocupação com o corpo feminino sexuado surgiam fábulas como a da cegonha ou da couve, dentre outras, que tinham por objetivo garantir a "inocência infantil" e distanciar a mulher-mãe de algo que maculasse sua imagem: o sexo.

Toda e qualquer idéia de prática sexual fora do casamento era considerada transgressão. As desviantes eram catalogadas dentro do caráter anômalo que, paradoxalmente, continha a própria natureza feminina. Havia a idéia de uma coexistência de fragilidade e doçura junto com uma latente perversão que deveria ficar abafada, escondida nos porões da existência feminina. Coube aos médicos, no Século das Luzes, o que, na Idade Média, cabia aos padres e inquisidores: a decisão sobre a natureza maléfica das mulheres. Médicos acusavam os excessos que o sexo podia ocasionar. Faziam tal controle enquanto

difundiam noções de saúde e de natureza feminina relacionada com o prazer que o sofrimento trazia ao corpo da mulher. A natureza feminina cumpria o destino de doar-se, sempre com dor e sofrimento.

A mulher que pare com dor, que aleita com sacrifício, que conduz a criança em seu frágil colo, é o ideal máximo de feminilidade que o século XIX preconizou. (NUNES, 2000: 80)

Segundo Mary del Priore (PRIORE, 2000), na segunda metade do século XIX, por influência do romantismo literário, marcam-se as figuras femininas por uma aparência de fatalidade, produzindo um conceito de beleza relacionado ao ar lânguido de um corpo frágil, vencido pelas doenças. A literatura romântica idealizava doenças como anemia e tuberculose, dentre outras.

A mesma autora ressalta os esforços empreendidos pelas mulheres da época em terem uma imagem frágil, próxima às das heroínas românticas. Para tal utilizavam

Uma cosmética à base de óleos de cacau, máscaras à base de sangue de galinha, urina de criança de peito ou excrementos, que agilizavam a obtenção da palidez elegiaca. (PRIORE, 2000: 29)

O fazer-se bela era aparentar um estado de sofrimento. A idéia de dor e sofrimento atrelada ao prazer feminino instituiu-se, principalmente, em função do *status* que a maternidade adquiriu a partir do século XVIII. Colocava-se o sacrifício e a submissão da mulher como um lugar "natural", próprio ao sentimento materno. Com a valorização da maternidade e com a descoberta da não-associação entre prazer feminino e procriação, o orgasmo feminino foi negado às mulheres ditas "normais". O dito "instinto sexual" deveria ser neutralizado e transformado em um suposto "instinto maternal". Este último, junto com as dores do parto e do aleitamento constituía símbolo da associação entre dor e prazer.

As obras médicas da época reforçavam esta "natureza" feminina. Médicos como Willian Action afirmavam que "... a sexualidade feminina é satisfeita com o parto e com a vida doméstica" (NUNES, 2000: 71). O pudor e a vergonha passam a reger o comportamento feminino e, no século XIX, cabia às mulheres estancar as emoções e conter a sexualidade,

numa tentativa de negação do próprio corpo. Corpo este que só existia para a dor do parto e das outras tantas mazelas conferidas ao universo feminino (NUNES, 2000).

Em plena tentativa de apaziguar possíveis desejos sexuais, era aconselhável dar às jovens gatinhos ou pequenos bichinhos que serviriam de preparação para os sentimentos que a maternidade faria emergir. Foi no século XIX que a boneca passou a ser um instrumento privilegiado na construção de um sentimento materno.

Para Michelet, a boneca não só seria uma maneira de aprender a ser como a mãe como também um instrumento a permitir um maior desenvolvimento na capacidade de amar (NUNES, 2000: 73).

Assim, para Michelet a mulher já nascia com uma predisposição à maternidade e, conseqüentemente, ao amor. Predisposição esta que deveria ser potencializada com bonecas, visitas à crianças em orfanatos e todo um conjunto de procedimentos que a colocassem em contato com sua natureza propensa ao amor, à dor e ao sacrifício.

5. A mulher contemporânea e o discurso médico .

Ainda hoje encontramos a expressão: “Ser mãe é padecer no paraíso”. Frases como esta ainda tão atuais participam dos modos de subjetivação da mulher contemporânea. Ou seja, estabelecem a forma pela qual as mulheres se reconhecem enquanto sujeitos. E são importantes para determinar o que sentem, o que desejam e do que padecem, uma vez que vão engendrar crenças e verdades sobre suas vidas. Participam de uma história do presente, já que traduzem práticas sociais e, portanto, políticas do dia-a-dia.

As produções médicas tentaram circunscrever a mulher num padrão feminino, reafirmando sua deficiência biológica através da degeneração (NUNES, 1982) e reforçando sua natureza voltada ao amor.

“Amar, diz ela” (LIPOVESTKY, 2000: 18). Assim Gilles Lipovestky inicia seu livro sobre a mulher contemporânea. O autor problematiza o amor por sua diferença histórica entre homens e mulheres.

Apesar de exaltar a igualdade e a liberdade dos amantes, o amor não deixa de ser um dispositivo que se edificou socialmente a partir da desigualdade estrutural dos lugares dos homens e das mulheres(...) ao longo da história, os homens e as mulheres não conferiram ao amor o mesmo lugar, não lhe deram nem a mesma importância nem a mesma significação. Assim, um Byron dizia que o amor, no masculino, é apenas uma ocupação entre outras, ao passo que preenche a existência feminina. (LIPOVSKY, 2000: 21)

Tal afirmação, não condiz, ao nosso ver, com a realidade contemporânea, embora acerte quanto à elaboração discursiva do papel feminino. A mulher do ocidente foi construída por um discurso organicista que teve como ponto de partida uma predisposição biológica ao amor e a vida em família. Com isso, o sexo e outros tantos prazeres femininos estiveram sempre dependentes do apego a marido e filhos, o que fez com que a mulher estabelecesse todos seus laços afetivos e rede de relações dentro do espaço privado, território conhecido que lhe garantia lugar social e segurança emocional. Contudo, no final do século XX

Sob o choque da modernidade capitalista, ela viu igualmente a família se modificar. A crescente dissolução de casamentos que deram cada vez menos certo, o aumento de divórcios que não impede ninguém de recomeçar novamente, constituíram-se em novo cenário para as relações afetivas (PRIORE, 2000: 56).

Movida pelas transformações sócio culturais e por questões econômicas a mulher sai do lar, dividida entre um "estar" em casa, espaço privado e um "estar" no espaço público. Entre ganhos e perdas emergem transformações. Desterritorializada, a mulher caminha, cada vez mais fruto da hibridização histórica que a constitui.

A desterritorialização (GUATTARI Erolnik, 1989) é a presença de territórios cujos contornos não são definidos, consistindo numa fase transitória entre a construção de um "estar" que não é este nem aquele, mas pura criação de um novo modo de existência.

Em meio a linhas de fuga constantemente criadas por mulheres em histórias sempre singulares, assistimos, no entanto, a discursos que, se utilizando de argumentações biológicas, tentam reduzir a mulher a um caráter meramente orgânico. Categorias relativas à contracepção, ao aleitamento e à reposição hormonal fazem parte de um novo discurso que, ao nosso ver, ajudam a compor a mulher contemporânea.

Pesquisando os discursos médicos sobre a mulher encontramos, ao longo da história do Brasil, políticas que institucionalizaram o corpo da mulher e que nortearam a política de saúde pública no país. Por sua importância no cenário em questão, faremos, a seguir, um pequeno estudo sobre sua formação.

Capítulo II

Devir Mulher

Acho que a questão não está em avaliar quem teria mais liberdade – o homem ou a mulher mas em apreender o modelo que funda tanto esse homem quanto essa mulher: o falocratismo (...). A resistência consistiria em embarcar nos processos de diferenciação de todos esses modelos, pois com isso é o próprio falocratismo que estaríamos desinvestindo. São justamente esses processos que a gente poderia chamar, citando Guattari, de “devir mulher”: devir mulher do homem, devir mulher da mulher, enfim, devir mulher de nossa sociedade (GUATTARI e ROLNIK, 1989: 81).

Ao pensarmos na mulher atrelada ao discurso médico não pensamos tão-somente num corpo materializado, mas na forma de codificá-lo, de dar-lhe significados, de atribuir-lhe um dado saber. O que está em jogo é o olhar que lançavam sobre o mesmo. Olhar este que, como já sabemos, nunca é neutro, isento de fatores políticos e sociais. E mais, é o falocratismo que está em questão, sendo mulher ou homem. Falocratismo enquanto discurso dominante que reserva o lugar da “falta”, numa posição manequista, a tudo que não é entendido socialmente como absoluto.

Aquilo que os freudianos clássicos, sem querer, revelaram: se você não está num devir dominante de homem, então é porque você é uma mulher. Só que ficamos nisso. Vocês talvez conheçam um artigo admirável de Pierre Clastres, que se chama “O arco e o cesto”. A diferenciação na sociedade à qual ele se refere é absolutamente clara: ou você carrega o arco, ou você carrega a cesta; reencontramos isto em todas as teorias relativas ao falo. (GUATTARI e ROLNIK, 1989: 80).

Com isso quem carrega a cesta está num estado de um devir mulher que se atualiza no negro, nos corpos não esculpidos pela ditadura do corpo perfeito, nos poetas, no mundo das artes, enfim, no inusitado... Em tudo que destoa do coral cujo maestro é a forma hegemônica de pensar, sentir e viver.

Pensar, refletir e fazer críticas a um modelo de mulher já pré-estabelecido pelo saber médico é abrir a possibilidade de criação de um devir mulher que não se enquadra ao que é absoluto e por não se enquadrar teima em inventar novas formas de existência. Formas estas que não se encaixam nem nisto e nem naquilo mas que são puro processo de criação.

Quando abordamos o discurso médico na construção do corpo da mulher, falamos de uma submissão a um discurso falocrata que, partindo da aliança entre mulher e natureza, cria dispositivos que produzem uma certa forma de viver a feminilidade a partir de temas como concepção, aleitamento e estudos sobre os hormônios, nos quais, além de fatores biológicos, estão em jogo aspectos sociais, culturais e econômicos.

Antes de abordarmos tais temas faremos um pequeno histórico das formas de institucionalização do corpo feminino. Como a loucura, a feminilidade, ao nosso ver, foi também capturada por um discurso normativo: o discurso médico e seus atravessamentos.

1. O que se quer de uma mulher?

A clássica indagação de Freud pode ser reformulada para a antropologia e constituir-se em indagação sobre a própria condição da mulher, a partir da posição em que ela se encontra dentro de sistemas culturais. Portanto, ao invés de procurar saber o que quer uma mulher, pode-se perguntar o que se quer de uma mulher (FERREIRA, 1996: 50).

A partir de tal pergunta faremos, a seguir, um breve estudo sobre o surgimento de políticas na área de saúde pública, no nosso país. Políticas estas que institucionalizaram o corpo da mulher. Começaremos por volta da década de 30, na Era Vargas e, em seguida falaremos sobre o histórico do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, por ser o que ainda vigora no âmbito da saúde pública e que serve como norteador de todas as práticas médicas com mulheres, seja em instituições públicas ou privadas.

2. Eugenia, Era Vargas e concepção consciente.

O médico, especialmente aquele que trabalha em áreas ligadas à reprodução como é o caso do ginecologista e do obstetra contribui de maneira singular no processo que transforma o sexo e a reprodução em assunto de Estado (ROHDEN, 2000a : 01).

No início do século XX, o Brasil se deparava com questões sociais bem específicas. Numa nação que precisava crescer para ocupar o extenso território havia, em contrapartida, a discussão de qual população deveria crescer. Fazia-se oposição entre a quantidade e a

qualidade. Era necessária uma política natalista atenta à qualidade dos homens. A miscigenação que caracterizava a população brasileira era vista como um perigo potencial, uma vez que os mestiços, ou seja, os misturados, podiam revelar a qualquer momento o seu “lado negro”. O futuro da ordem social pautava-se numa população civilizada que careceu traçar uma linha divisória entre os civilizados e os bárbaros.

Tal divisão resvalava a preocupação com a honra das mulheres trabalhadoras, já que qualquer atividade fora do lar colocava em risco não só sua honra mas a de suas crianças, a grande preocupação na década de 30, claramente retratada numa circular emitida por Getúlio Vargas no Natal de 1932, apresentada como “prece em prol da infância no Brasil”:

Os poderes públicos têm no amparo à criança, sobretudo quanto à preservação da vida, à conservação da saúde e ao desenvolvimento físico e mental, um problema de maior transcendência, chave da nossa opulência, principalmente em nossa terra, onde, mais do que nas outras, se acumularam fatores nocivos à formação de uma raça forte e sadia. (ROHDEN, 2000a :03).

Tal circular demandou a “ Conferência de Proteção à Infância” e a criação do Departamento da Maternidade e Infância pelo Governo Vargas. Fatos que significaram um marco na proteção à criança e mãe brasileiras.

Uma vez exaltada a preocupação com a criança, a maternidade ganha destaque. Cabia cuidar desta criança, agora protegida pelo Estado, desde a concepção até os primeiros meses de sua existência. Emergem especialidades médicas como a obstetrícia e a puericultura.

Puericultores e obstetras não se improvisam, é preciso prepará-los para que possam os profissionais a que vão caber os altos encargos de velar por mães e filhos, estar à altura das altas finalidades das medidas governamentais(ROHDEN, 2000 a: 14).

Desde 1940, com o Primeiro Congresso de Ginecologia e Obsterícia, tentou-se unir ginecologia a obstetrícia, assim como elevar o prestígio destas especialidades. Diante da preocupação eugênica com a população brasileira fazia-se necessário criar especialidades e, portanto, especialistas, aos quais se imputou o compromisso de trabalhar por uma raça “melhor”, mais sadia.

Entre os temas escolhidos para o evento, estava o aspecto social da assistência obstétrica, considerando o período pré-concepcional, pré-natal, a

mortalidade materna, amortalidade neo-natal e a assistência social propriamente dita (ROHDEN, 2000 a: 15).

Esperava-se de ginecologistas e obstetras uma cooperação na resolução das dificuldades do futuro do país, pois segundo Getúlio Vargas, nossa nação tinha problemas transcendentais que outras não tinham. As misturas raciais e culturais e a relação que se fazia entre raça e civilidade eram um ponto crucial neste momento. Cabia às especialidades médicas dedicadas à mulher e à reprodução aliarem-se ao Estado e melhorarem a produção de cidadãos. Esta “melhora” continha noções eugenistas bastante explícitas. Um exemplo claro está na citação que Rohden faz do livro *Propedêutica Obstétrica*, publicado originalmente em 1924, e que em 1937 já estava na 5ª edição:

De uma ação tão ampla, confundindo-se com a atuação do eugenista, do puericultor, do pediatra, do higienista, do político e do patriota, compreende-se o valor do obstetra moderno. A este cumpre investigar as causas da esterilidade e removê-las, bem como os motivos da interrupção das gestações progressas e evitá-las pelo tratamento adequado; fazer a assistência à prenhez, afastando pela terapia e pelos cuidados higiênicos (regime dietético, profilaxia das situações anormais do feto, etc.), todas as causas capazes de perturbar a gestação ou provocar a distocia; assistir ao parto, com o conhecimento perfeito da fisiologia do mesmo, para ajuizar com segurança da sua marcha e da oportunidade da intervenção, sobrevivendo a distocia. Nessa oportunidade tem que se mostrar habilitado a resolvê-los, ora com simples operação obstétrica, ora com intervenções cirúrgicas algumas de mais alta importância (...); e ainda, passada essa fase, que assinala o término da prenhez, cuidar do recém-nascido, orientando o aleitamento e impedindo ou removendo as causas que prejudiquem, verificando lesões (...) e vícios de conformação (...) e corrigindo-os (ROHDEN, 2000 a: 16).

Em 1934, a Constituição estabelece no artigo 141, a obrigatoriedade do amparo à maternidade e à infância, assim como garante, através de meios legais, a promoção e proteção à mãe e à criança. A proteção à mulher trabalhadora e a assistência médica tinham como objetivo a produção de filhos saudáveis para a pátria. Respalhada pela idéia do “capital humano”, outra vez a mulher ganha destaque por questões políticas e econômicas. Justificada pelo mito do eterno feminino⁶ segundo o qual o único destino natural da mulher

⁶ O mito do eterno feminino é relatado por Fabíola Rodhen embasada na obra de MUEL-DREYFUS(1996). Muel-Dreyfus estuda o contexto francês que combinava eugenia e política natalista. Fundamentado, aborda e critica a construção de papéis sociais embasados na biologia visando a ordenação social dos indivíduos, pela qual uma certa percepção sobre o masculino e o feminino estruturam a organização da vida social. O mito faz

seria a maternidade. Assim, ela até pode se ausentar do lar, trabalhando fora, mas o cerne de sua existência está na maternidade. Ainda que o trabalho feminino não fosse bem visto neste momento, a possibilidade de gerar filhos sãos deveria ser garantida. O discurso médico associava eugenia, modernidade, nação e trabalho.

Houve, no entanto, uma grande ebulição com a descoberta do método contraceptivo Ogino-Knauss, fundador da chamada concepção consciente. Com a descoberta de tal método contraceptivo, cabia ao casal determinar quando ou não ter filhos. Havia alguns “indicadores científicos” para uma anticoncepção consciente. São eles:

- 1º- Preocupação eugênica. Quando os pais sofrem doenças transmissíveis aos filhos por herança ou congenitude.
- 2º- Indicação social ou econômica. Quando a sua situação econômica não lhes permite criar e educar os filhos por nascer.
- 3º- Indicação médica. Quando a saúde da mulher periga com a concepção.
- 4º- Indicação sentimental. Quando existe o desejo de não ter filhos
(ROHDEN, 2000 a: 31)

Notemos que as “indicações científicas” reúnem práticas anteriormente condenáveis mas que tornaram-se válidas para a anticoncepção, sob orientação do médico. O novo método seria o “solucionador” do momento, já que havia restrições biológicas às “fraudes conjugais”(coito interrompido) e ao preservativo masculino devido a males físicos e mentais pretensamente causados pela não-absorção de líquido espermático pela vagina – a patologia denominada “carência espermática”.

A idéia de concepção consciente condiciona-se, em última instância, a uma maternidade também consciente. A maternidade consciente inicia a rede que vai tecer o sentimento de culpa atrelado ao sentimento materno, como veremos no item sobre contracepção e aleitamento.

Assim, norteados pela ambigüidade que contém os discursos, abordaremos o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como parte integrante da construção da mulher contemporânea a partir do discurso médico.

3. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: ambigüidades...

O vocabulário "ambíguo" não goza de boa reputação. Sinônimo de incerto, indeterminado, duvidoso, dúplice, sugere o que é pouco rigoroso, do ponto de vista teórico, pouco digno de confiança, no plano moral. Costuma ser substituído pelo termo "complexo", para sugerir paciência e agudeza no exame dos fatos, recusa de simplificações. Intelectualismo e empirismo abominam as facilidades" que a palavra ambigüidade sugere. A ela contrapõem alternativas, dicotomias: a clareza e a distinção das idéias e das coisas exigem que sejam ou isto ou aquilo. Jamais isto ou aquilo ao mesmo tempo (CHAUI, 1986: 121).

No bojo das transformações políticas e sociais da década de 70 nasce o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). fruto de um conjunto de vozes que pretendem falar da e pela mulher. Entre ganhos e perdas, produto da sua ambigüidade, o PAISM não poderia deixar de ser lembrado, uma vez que vem a ser uma compilação de discursos sobre a mulher na área da saúde pública no nosso país. Ainda que a problemática da saúde pública não seja o foco central desta dissertação, o PAISM põe em evidência, desde a sua criação, o corpo feminino como objeto de controle político. Essencialmente informativo, oferece à mulher a possibilidade de ser "dona" do próprio corpo, permitindo-lhe ressignificar o próprio universo corporal e utilizar de seu corpo como e conforme lhe convier.

O PAISM surge da convergência de vários fatores. Desde a preocupação de algumas camadas sociais com o controle demográfico até o enfoque dado por movimentos feministas à auto-regulação do corpo feminino.

Desde a década de 60, discutia-se a questão demográfica no país, em meio à consolidação industrial, alterava-se

... a estrutura do emprego, o sistema urbano, o padrão de consumo, os meios de comunicação de massa, bem como a distribuição de renda, fatores que influenciaram as próprias mudanças demográficas, como as migrações rural-urbano que deram origem às concentrações populacionais nas principais cidades (CINTRA, 1998:10).

As correntes neo malthusianas viam na ordem e na distribuição de renda uma íntima relação com a redução da superpopulação. Outro aspecto foi a incorporação da mulher ao mercado de trabalho.

A evolução da participação feminina na população economicamente ativa (PEA) passou, no Brasil, de 15% em 1940 a 20% em 1970 e 33,5% em 1985 (CINTRA, 1998: 17).

Nos governos anteriores a 1964 a posição oficial quanto ao controle de natalidade coincidia com os postulados da Igreja Católica. Segundo Adélia Cintra (CINTRA, 1998), o Plano Trienal do Governo João Goulart tinha como metas: melhoria das condições de vida, a distribuição de riquezas e o incremento nas ações de saúde pública. Inaugurava-se a era da tecnologia da contracepção. Decerto não é gratuita a seguinte afirmação contida nos primeiros textos básicos do PAISM:

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar ... (ÁVILA, 1988: 46)

O golpe militar de 1964 findou o espaço para discussões sobre problemas sociais. As transformações políticas encaminharam a economia do país para um modelo de concentração de renda e fortalecimento de monopólios, apesar de o governo expressar posições natalistas, em consonância com a doutrina de segurança nacional que almejava a ocupação das regiões vazias do território nacional. Contraditoriamente, em 1965, é fundada a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) com o apoio, segundo Cintra, "oficioso" do governo brasileiro financiando organismos ligados à assistência materno-infantil e planejamento familiar e filiando-se, em 1967, a um órgão consultivo da ONU.

Havia na BENFAM uma manifesta tendência antinatalista e de permissividade para com as agências estrangeiras que se instalaram no Brasil para diminuir a chamada superpopulação urbana. Cabe ressaltar que o enfoque era sempre na população carente. Com isso, mais uma vez, o corpo da mulher, em especial o da mulher pobre, ganhava dimensões políticas:

Como maciçamente os métodos para controle da reprodução humana atuam sobre o corpo feminino, sua capacidade reprodutiva adquire "dimensão política estatal" dirigida a redução da prole das camadas de baixa renda, delineando-se os contornos de uma política de população não explícita com base em gênero e classe social que vai se estender pelas próximas décadas (CINTRA, 1998: 17).

Na década de 70, torna-se ainda mais franca e permissiva a adesão governamental a programas privados de controle de natalidade para a população de baixa renda. Admite-se, de maneira mais transparente e explícita, a regulação da fertilidade.

A mulher, neste momento, mais uma vez é promovida em seu status social de modo a engendrar transformações sociais, tal qual fora feito durante o movimento higienista na zona urbana. Contudo, como sempre, o preço para tal elevação de status foi caro e pago até hoje. Modificou-se então a condição feminina, no âmbito social, para se reduzir a massa populacional dos países pobres.

... na verdade, os estrategistas de políticas de população, com caráter controlista, descobriram a condição da mulher como meio de viabilizar, através da elevação de seu status, a redução do tamanho da família. (BERQUÓ, 1987: 30)

Berquó grifa o destaque conferido a mulher quando da Conferência Mundial de População, realizada em 1974 na Romênia, aí reconhecidos plenos e iguais direitos à sua integração no processo de desenvolvimento social e sua participação integral em todos os setores de atividades. Cabe marcar que esta Conferência foi realizada após a crise do petróleo na economia mundial (1971-1973), em meio a uma generalizada preocupação com o crescente aumento populacional dos países pobres.

Os representantes brasileiros abdicaram-se de sua conhecida posição pró-natalista para enfim aderirem aos discursos que valorizavam o acesso à informação e o direito ao planejamento familiar.

Partindo-se da exaltação da mulher, utilizou-se o corpo feminino como alvo de controle, o que atendia a interesses políticos e econômicos.

Em 1975, um ano após a Conferência da Romênia, é realizada no México a Conferência Internacional da Mulher. É nesta conferência que a ONU proclama o Ano

Internacional da Mulher e o início de sua década. Contraditoriamente, diante de tamanha exaltação da mulher, esta iniciativa

... é criticada pelos movimentos feministas de liberação de vários países como manobra de diluição dos conteúdos revolucionários do movimento feminista, sob o discurso do enquadramento da mulher no desenvolvimento econômico e social. (CINTRA, 1998: 22)

Enquanto isso a saúde da mulher permanece intimamente relacionada à procriação e ao cuidado com sua prole. Um exemplo é a criação, em 1975, no Rio de Janeiro, do Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMEC). Tratava-se de uma entidade privada, sem fins lucrativos e financiada por órgãos internacionais. Seu grande objetivo era o planejamento familiar, constando, dentre suas atividades, a realização de ligações tubárias em grande escala.

Podemos observar que, neste contexto, oferecer assistência à mulher e à criança era intervir diretamente no nascimento de bebês, e, mais ainda, de bebês pobres.

No mesmo ano, em 1975, inicia-se, no Brasil, a chamada "ressurreição da sociedade civil" que consiste num processo de liberalização ou abertura, como foi chamado. Tal processo de abertura na sociedade civil, anos de repressão militar, foi caracterizado por um aumento da politização geral que fez começar a ruir o regime autoritário, uma vez que, da sociedade havia uma clara insatisfação de diferentes segmentos.

No seio deste processo surgiram movimentos que tiveram por objetivo colocar em evidência algumas minorias discriminadas dentro do cenário político e social. O movimento feminista ganhava feições cada vez mais definidas. Segundo Chauí (CHAUI, 1986), o movimento feminista aliou-se a três grandes lutas: pelos direitos humanos, contra a Lei de Segurança Nacional e a Lei dos Estrangeiros, assim como juntou-se à reivindicação por uma Assembleia Nacional Constituinte livre e soberana, eleita pelo voto direto.

Com tudo isto podemos perceber que a luta feminista não foi algo voltado a elevação do status social da mulher. Status este que se inseria num discurso perigoso porque

ambivalente: libertava para aprisionar. Tratou-se, no entanto, de uma luta política como qualquer outra, na luta pelos direitos humanos, cuja maior reivindicação, no lugar de estratégias contraceptivas, era o direito a uma vida digna, com qualidade e serviços eficientes de saúde, educação, lazer e cultura. Fatores que, ao nosso ver, de maneira direta ou indireta, vai repercutir na amplitude da autonomia corporal e no trânsito no contexto social.

Em 1978, retornam muitas mulheres que durante o exílio viveram as experiências dos movimentos feministas europeus. Estas mulheres, unidas à efervescência político-social do momento provocaram conflitos e rupturas que vieram definir tendências e orientações político-ideológicas diferenciadas no seio do movimento (CINTRA, 1998: 24).

No âmbito da saúde, alguns movimentos oriundos da pesquisa acadêmica se inseriram na luta pela democratização da sociedade brasileira. Um dos exemplos foi a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) que, mais tarde, influenciou as diretrizes da política de saúde na Nova República e seus intelectuais compuseram a direção governamental a partir de 1985.

O CEBES ampliou a noção de saúde, vinculando-a a fatores de ordem política, social e econômica. Caracterizou-se enquanto

... espaço de mobilização ideológica e política em defesa da questão da saúde (na sua concepção mais ampla), vinculada às condições de vida e de trabalho, incorporou o conceito de determinação social das doenças e defendeu mudanças na organização dos serviços de saúde, visando, fundamentalmente a democracia e a equidade. (JAIRNILSON, 1990:44)

No âmbito internacional, em 1979, é aprovada a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres. Esta convenção é norteadada pela proteção à maternidade. Estabelece os direitos da mulher e neles inclui o planejamento familiar.

Com isso, a rotina da mulher e do seu corpo estão incorporados, no final da década de 70 e início de 80, o uso de contraceptivos orais, assim como a ligadura de trompas (ainda que de maneira não-oficial). Segundo Cintra, a própria política governamental estimulou

médicos a realizarem cesareanas e ligaduras de trompas, mesmo que de forma não regulamentada.

A remuneração dos partos cirúrgicos era melhor que a dos normais, e toda mulher que tivesse feito pelo menos duas operações cesarianas seria candidata à esterelização (CINTRA, 1998:28).

O universo feminino, neste momento, foi composto por cesareanas, no lugar dos partos vaginais. A ordem médica novamente impõe novas formas de existência para a mulher. Neste caso, a mulher da década de 80. Tal estratégia vai compondo um cenário propício à incorporação do planejamento familiar à rede pública.

Após uma aguda crise no dia 1º de março de 1983, após a assinatura de uma carta de intenções com o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Presidente da República expressou publicamente sua preocupação com a chamada “explosão demográfica”:

No elenco dos fatos maiores que, em nosso tempo, abalam a humanidade, estão as mudanças resultantes do crescimento populacional. A explosão demográfica ocorre sobretudo nos países menos desenvolvidos, onde se comprimem cerca de dois terços da população mundial. No Brasil, nos últimos 40 anos, o aumento demográfico ultrapassou 50 milhões de habitantes. Esse crescimento humano, em termos explosivos devora, como se tem observado, o crescimento econômico. Agente de instabilidade, acarreta desequilíbrios sociais, econômicos, culturais e políticos, que reclamam profunda meditação. Cuida-se de tema que merece ter tido exame da sociedade de seus órgãos. O amplo debate da questão, sobretudo por parte do congresso nacional, contribuirá para que se fixem, de modo objetivo, diretrizes fundamentais a tal respeito.

No dia 17 de março de 1983, o então ministro da saúde Waldir Arcóverde entrega ao Presidente da República o documento intitulado Assistência integral à Saúde da Mulher, que viria a ser um esboço do atual PAISM.

Dessa forma, é elaborado um documento considerado de bom nível técnico, contendo em suas bases programáticas preocupações com a queda da taxa de fecundidade, as causas da mortalidade infantil e a ocorrência de distorções na forma de produzir serviços de saúde da mulher. E mais, o reconhecimento de que cabe ao estado oferecer um conjunto de

⁷ Mensagem Presidencial. In: Estado de São Paulo, Conselho estadual da condução feminina – CECF, 1986, pág.08

serviços básicos, simplificados e regionalizados, destinados a cobrir a população feminina, incluindo a assistência à contracepção (CINTRA, 1998).

Desde segmentos feministas até segmentos da Igreja Católica contribuíram para o lançamento oficial do PAISM. Uma das críticas feitas ao PAISM é que apesar de aparentemente democrático e inovador, foi mais um pacote que caiu na cabeça das mulheres.

O objetivo primordial do PAISM:

Em relação a atenção à mulher – objeto primordial desta proposta – os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem desde os problemas presentes na adolescência até a terceira idade; o controle das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção.⁸

O PAISM deu origem a algumas práticas em saúde pública junto à comunidades. Escolhemos três, que se encontram anexadas ao estudo: “Consulta Coletiva de Ginecologia”, por se tratar de algo não diretamente relacionado com a maternidade; “Falando sobre Adolescentes”, objetivando retratar o trabalho realizado junto a mulheres adolescentes e “O grupo Acontece”, que retrata a gênese do PAISM e sua preocupação com a contracepção.

No decorrer do breve estudo sobre as leis que institucionalizaram o corpo da mulher no Brasil, pudemos perceber que o corpo feminino foi gradualmente esculpido. Formas de se relacionar com a sexualidade, com a maternidade e com outros aspectos do próprio corpo sofrem constantes modificações ao longo da história, como vimos no capítulo sobre mulher e medicina. Contudo, cabe assinalar que tais modificações na leitura do corpo da mulher sempre tiveram, acentuadamente, um caráter político e econômico. Acreditamos que um dos fatores que assinala a importância política dada ao corpo feminino é que a ele é historicamente atribuído a capacidade de procriação, transformando-o em alvo de preocupações sociais.

Lembremos também que atravessou o universo feminino um rastro de submissão e assujeitamento que deixaram marcas ao longo do trajeto da civilização ocidental. Por este motivo, junto a outros, acreditamos ser o corpo da mulher tão plástico e passível de constantes transformações. Transformações que, assinalamos mais uma vez, estão intimamente relacionadas a fatores muito mais sociais e políticos que biológicos, já que as mutações ocorridas na interpretação do corpo feminino, seja de maneira institucionalizadas ou não, vão sempre tentar responder a pergunta: o que se quer de uma mulher?

Supomos que essa resposta esteja sempre na relação contracepção/ maternidade consciente/cuidado com a prole/culpabilização. Seguindo esta perspectiva faremos um breve estudo sobre dois temas que norteiam o PAISM : contracepção e aleitamento.

4. Contracepção e seus atravessamentos.

A questão da contracepção está condicionada aos fatores sociais que já se configuravam no Brasil desde a década de 30. A contracepção enquanto escolha está imersa num contexto no qual diversos mecanismos tecem a rede de relações que desemboca na escolha de um método contraceptivo.

Um dos fatores que teceu tal rede foi a emergência de uma visão idealizada de família. A família como valor teve início, na Europa, no século XV e no século XVIII estendeu-se a todas as camadas sociais. O sentimento de família, como entendemos hoje, não existia na Idade Média e nem no início dos tempos modernos:

... o movimento da vida coletiva arrastava numa torrente as idades e as condições sociais, sem deixar a ninguém o tempo da solidão e da intimidade. Nessas existências densas e coletivas, não havia lugar para um setor privado. A família cumpria uma função – assegurava a transmissão da vida, dos bens e dos nomes – mas não penetrava muito longe na sensibilidade... A densidade social não deixava lugar para a família. Não que a família não existisse como realidade vivida: seria paradoxal contestá-la. Mas ela não existia como sentimento ou como valor. (ARIES, 1978:275)

⁸ Texto extraído do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática(1984)

A família como valor traz em seu bojo o sentimento da infância e, em consequência, um olhar particular sobre o infantil. Este olhar particular pressupõe um aumento no tempo da formação de crianças. Crianças estas que, neste momento, assumem o lugar central na família. Os sentimentos de infância junto aos cuidados destinados ao infante diminuía a mortalidade e se convertiam em força de trabalho. Assim, em última instância, a criança passou a ter um valor potencial de "riqueza econômica".

Esta relação entre família e cuidado com a infância, somada a fatores sociais e econômicos, faz com que a mulher assuma um lugar importante, logo, cria-se e associa-se; sentimento materno a natureza feminina.

A nova ênfase na criança bem criada e educada exige uma nova relação entre pais e a criança: a criação dos filhos nestes novos termos e o prolongamento do período de socialização da criança junto à família terminaram por implicar também em ter menos filhos para poder criá-los melhor. Por outro lado filhos bem criados exigem boas mães. (BARBOSA, 1989: 42)

A família transformou-se na base da sociedade e a mãe tornou-se o centro desta nova instituição. E se a responsabilidade pelas crianças pendia para mãe, a quantidade e a qualidade da prole também. Isto nos permite entender porque a contracepção transformou-se num dever materno.

Desta forma, as mulheres passam a se sentir mais e mais responsáveis pelas crianças e aquelas que não podem ou não querem assumir esse dever se consideram culpadas. A partir do momento em que a culpa ganha o coração das mulheres, um importante salto é dado pela sociedade capitalista patriarcal, no sentido de legitimar o lugar de opressão feminina, já que a mulher passa a trazer dentro de si não só a opressão como desejo de ser oprimida mas como única forma, agora possível, de gozo. Aquilo que era uma possibilidade da existência humana – o ser mãe – passa a ser necessidade aprisionante, repetitiva e monótona. (BARBOSA, 1989: 43).

No final do século XVIII, quando da reorganização da família burguesa, um muro começou a ser erguido entre a família e a sociedade. Era o espaço privado sendo construído. Neste contexto, surge uma corrente de pensamento chamada malthusianismo, cujo objetivo central era o de convencer os pobres a não trazerem para o mundo mais filhos do que pudessem criar. Para tal pregavam o casamento tardio e a restrição sexual, uma vez que Malthus relacionava miséria e vício ao crescimento populacional exorbitante.

Menos e melhor. Funcionou aí como estratégia para o desenvolvimento dessas classes e também como símbolo de sua inferioridade. Limitar a família implica em restrição sexual, cuja recompensa será a prosperidade material e crianças bem criadas (BARBOSA, 1989: 68).

A restrição moral recaiu, como já vimos, sobre as classes trabalhadoras, que tinham número exagerado de filhos. Eram, neste sentido, culpadas por terem filhos e fazerem sexo. Sexo e procriação, unidos, eram vistos como responsáveis pelas dificuldades econômicas das classes menos favorecidas.

A santificação e glorificação da maternidade serviram não só ao confinamento da mulher na esfera do lar, mas às ideologias pró-natalistas como as de Rousseau⁹. E também às ideologias controlistas de Malthus. As duas correntes subordinavam a sexualidade da mulher à maternidade.

Em síntese diríamos que, por um lado, o aumento da dependência da criança à mãe tem como consequência um igual aumento de sua responsabilidade, o que estimula o interesse em limitar filhos. Por outro lado, a ênfase na limitação dos filhos está vinculada à uma expansão dos deveres maternos. Assim, esses dois termos de um mesmo processo se reforçam, tendo como básico a subordinação da sexualidade à maternidade (BARBOSA: 1989:143).

A maternidade como um papel feminino da mulher no lar, ainda que circunscrita ao âmbito do espaço privado, invariavelmente adquire dimensão política e econômica, uma vez que participa da montagem de um painel de divisão sexual que voltado para o crescimento do capitalismo, até então emergente. Esta publicitação do lar gera consequências na estratificação social.

De forma que a segregação empregatícia de menor remuneração assegura, para as mulheres, ocupações de menor remuneração, reafirmando a vantagem material dos homens sobre as mulheres (...) embora as legislações trabalhistas tenham se alterado ao longo do tempo, continua sendo verdade que a família e o trabalho doméstico das mulheres são úteis para o capital proporcionando força de trabalho. Sendo também útil aos homens enquanto exercício de seus privilégios.(...) Assim como continua sendo verdade que a dimensão sexual do trabalho reaparece no mercado de trabalho, onde empregos femininos são reproduções de suas funções no lar, em geral de status e remuneração mais baixos (BARBOSA, 1989:128).

Tais afirmações nos são úteis como chave de entendimento da construção de uma subjetividade na qual o trabalho feminino fora do lar, ainda nos nossos dias, é considerado

um tanto incompatível com os cuidados da família, em especial com os filhos. A responsabilidade com a sanidade e bem-estar dos filhos ainda recai sobre as mulheres. Um discurso que embasa tal afirmação diz respeito à supervalorização que as teorias psicanalíticas dão à relação mãe-bebê.

Apesar dessas tensões, assistimos, ao longo dos anos, a uma crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho e nas diversas instâncias da vida pública e política. Tal inserção contribuiu para uma nova redefinição do papel social da mulher e alterou a relação com a quantidade de filhos. Cria-se, em consequência, um padrão moderno de família em que não existe lugar para famílias nucleares numerosas. Grifamos, contudo, a instaurada dissociação entre sexualidade e reprodução, principalmente em função do surgimento da pílula anticoncepcional.

Diante de tamanha evolução na esfera da ciência reprodutiva e, em especial, nos métodos contraceptivos, reconhecemos ainda nas políticas públicas de saúde que institucionalizam o corpo da mulher um discurso que, em última instância, vê no corpo feminino o centro dos programas de planejamento familiar. É ainda sobre a mulher que recai a responsabilidade pela contracepção.

Mesmo os métodos como o preservativo masculino são discutidos com grupos de mulheres. (Vide anexo sobre práticas do PAISM.) As abordagens com os homens sobre contracepção ainda são periféricas e pouco numerosas, tendo como fio condutor mais a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis que a contracepção propriamente dita.

Um trabalho apresentado por Carla Cristina de Almeida (CARMADILLA E GOMES, 2001) oriunda de uma pesquisa realizada no Hospital Maternidade Praça XV/RJ, em 1999, teve por objetivo refletir o significado da contracepção para os homens e retrata a contemporaneidade do assunto

Parcece haver uma segmentação de lugares de gênero na contracepção. A mulher deve ser capaz de administrar eficazmente a fertilidade utilizando os

⁹ Sobre a ideologia pró-natalista de Rousseau falaremos mais detalhadamente no item sobre o aleitamento.

dispositivos encontrados. Dentre as atitudes masculinas estão: comprar o método e controlar a sua utilização mediante a pergunta e ao olhar. (CARMADILLA E GOMES, 2001:104)

Por conseguinte, apesar da dita modernização dos discursos acerca dos direitos da mulher às práticas educativas, as políticas de saúde reforçam a construção de papéis bastante específicos do que sejam práticas femininas e masculinas, ou seja, reforçam as relações de gênero. E ao fazê-lo, circunscrevem o corpo da mulher a um lugar político pertencente a uma engrenagem na qual os papéis e os lugares já estão previamente definidos.

A "pedagogia" engendrada pela teia discursiva e pela trama de poderes que instituem os programas de saúde analisados, produz corpos e identidades de mulher e de mãe em que são retomados elementos importantes de representações produzidas nos séculos XVIII e XIX, nas culturas ocidentais; ao mesmo tempo incorporam e inscrevem, no feminino e na maternidade, atributos relacionados com a resolução de uma vasta gama de problemas que as sociedades globalizadas produzem e não conseguem resolver, tais como a fome, a mortalidade infantil no primeiro ano de vida, a violência contra a criança. (CARMADILLA E GOMES, 2001:106)

O direito de escolha transformou-se numa responsabilidade materna, comprometendo, ao nosso ver, os indicadores dos limites de liberdade que a mulher contemporânea possui.

Mantendo como eixo de reflexão este suposto exercício de liberdade reprodutiva, lembramos que a decisão em controlar a fecundidade está intimamente relacionado com a inserção da mulher no âmbito social. Segundo Barbosa (BARBOSA, 1989), a decisão e mesmo o desejo de ter ou não filhos são atravessadas pela possibilidade de criá-los, ou seja, de acordo com as condições objetivas da mulher, seu acesso a bens de serviço para além de suas aspirações pessoais. Para muitas mulheres das classes populares engravidar é a única maneira de ganhar visibilidade social, uma vez que os programas de saúde pública dedicam tratamento especial para maternagem. Talvez o "estar grávida" seja um dos raros momentos em que se sintam amparadas pelo Estado. Contudo, após o nascimento é sobre a mãe que recai a tarefa da criação dos filhos assim como antes recaía a responsabilidade de engravidar.

A tarefa de evitar a vinda de filhos indesejados incide sobre as mulheres em função de uma montagem ideológica que já nos textos científicos estabelece um olhar específico para

as funções reprodutivas de homens e mulheres. Apontá-la é desmistificar a neutralidade dos discursos médicos e possibilitar a emergência de questionamentos acerca dos papéis já preestabelecidos, assim como suas conseqüências na esfera social.

Faremos a seguir um breve histórico sobre a relação entre orgasmo, concepção e corpo feminino a partir da qual relação construiu a visão de que aos homens é conferido o prazer, às mulheres a maternidade.

4.1 Corpo feminino, orgasmo e concepção.

Como já vimos anteriormente, durante anos acreditava-se que homens e mulheres possuíam uma mesma genitália e o que os diferenciava era uma quantidade de calor que externalizava os órgãos sexuais dos homens.

Galeano que no século III.C. desenvolveu o mais poderoso e exuberante modelo de identidade estrutural, mas não espacial, dos órgãos reprodutivos do homem e da mulher, demonstrava com detalhes que as mulheres eram essencialmente homens, nos quais uma falta de calor vital de perfeição – resultara na retenção interna das estruturas que no homem são visíveis na parte externa. (LAQUER, 2001:16)

Havia, nesta perspectiva, a crença de que as trompas de falópio eram canais ejaculatórios que interligados ao pescoço da bexiga. Assim, até o século XVIII, o orgasmo feminino era considerado tão necessário à concepção como o era o masculino.

Qualquer livro médico, ou os populares registros de parteiras e guias e manuais de casamentos que circulavam em todas as partes, relatavam, em geral quando a semente frutifica no ato da geração (do homem e da mulher) dá-se ao mesmo tempo uma extraordinária excitação e deleite em todos os membros do corpo. Outro texto amplamente divulgado anunciava: sem orgasmo o belo sexo não desejaria abraços nupciais, nem sentiria prazer com eles, nem conceberia a partir deles. (LAQUER, 2001:14)

Contudo, em 1752, um famoso cirurgião chamado Antoine Louis analisou a história de um monge e de uma jovem considerada morta. A história, na qual jovem considerada morta foi fertilizada por um monge¹⁰, acrescida a outros relatos fizeram com que, em 1836, o

¹⁰ Maiores informações sobre este relato ver : LAQUER (2001)

médico Michael Ryan demonstrasse que o orgasmo feminino não era necessário à concepção.

E mais, não só não era necessário o prazer mas também não o era a consciência. A noção antiga de que "...afora o prazer não existe nada no mundo fora desacreditada"(LAQUER, 2001:65). Tal dado significou uma reorientação na visão de princípio do funcionamento sexual do homem e da mulher.

A alegada independência da concepção com relação ao prazer criou o espaço no qual a natureza sexual podia ser defendida, debatida, negada ou qualificada. E assim seguiram-se as coisas infundavelmente. (LAQUER, 2001: 23)

As verdades que reinavam foram substituídas. E no final do século XVIII e durante todo o século XIX, são estabelecidas diferenças ontológicas entre a natureza de homens e mulheres. Diferenças não mais reconhecidas a partir de gradações de um tipo básico masculino ou feminino e sim de um dimorfismo radical.

A constatação da ausência do orgasmo feminino tornou-se um marco na construção da diferença sexual, porque instaura não só um outro olhar sobre o corpo da mulher como também cria e, *a posteriori*, alimenta a idéia contemporânea "de que o homem deseja o sexo e a mulher relacionamentos" (LAQUER, 2001:15)

A descoberta de que as mulheres não segregavam esperma e nem careciam de orgasmo feminino para realizarem a fecundação, legou a mulher um lugar de passividade, restando-lhe apenas ser o centro da concepção numa analogia com a terra onde as sementes são germinadas. Este lugar de passividade a tudo que concerne ao prazer e à dinâmica do mundo talvez explique porque os estudos sobre a contracepção se desenvolveram apoiados sempre na fisiologia do corpo feminino. Resta a ela cumprir o seu grande destino, a maternidade.

4.2- Óvulos e espermatozóides, homens e mulheres.

Segundo Emily Martin (MARTIN, 1987), no que tange à reprodução existe um estereótipo central que contamina¹¹ o olhar da ciência. O óvulo é sempre visto como algo relacionado diretamente à produção de bebês e a menstruação como consequência de um óvulo agonizante, de algo que não aconteceu. Em contrapartida, os espermatozóides são vistos de uma maneira completamente diferente. A linguagem utilizada para a descrição da espermatogênese, assim como para a liberação dos espermatozóides, não está diretamente relacionada à fecundação e refere-se à abundância do material masculino.

De certo que a maior característica da espermatogênese é sua magnitude: um homem normal pode produzir centenas de milhões de espermatozóides por dia.¹²

Martin assinala que não existe nos textos médicos o mesmo entusiasmo com a ovulação como existe com a espermatogênese. Os cientistas apontam para o fato de que os folículos ovarianos existem desde o nascimento da mulher, contrastando-se com os homens que produzem milhões de espermatozóides ao longo de suas vidas. Esta jactância masculina é mais evidente quando, no mesmo texto científico, destaca-se que, além de as mulheres já nascerem com os folículos ovarianos e só ovularem uma vez ao mês seus óvulos entram em plena degeneração quando a mulher atinge aproximadamente 50 anos de idade. A maneira de marcar a diferença coloca a mulher em grande desvantagem.

Notamos que a marcação da descrição deste contraste colocado entre homens e mulheres estabelece para os homens gametas sempre frescos e para as mulheres células cujo óvulo está sempre em processo de degeneração.¹³

¹¹ Utilizamos a expressão "contamina o olhar da ciência" para assinalarmos a impossibilidade de se fazer uma ciência neutra, ou seja, asséptica, de fatores sociais e culturais. Maiores detalhes sobre o assunto ver: MARTIN (1987)

¹² MARTIN (1987:486). Tradução livre de: "Perhaps the most amazing characteristic of spermatogenesis is its sheer magnitude: the normal human male may manufacture several hundred million sperm per day"

¹³ MARTIN (1987: 487). Tradução livre de: "Note the "marked contrast" that this description sets up between male and female: the male, who continuously produces fresh germ cells, who has stockpiled germ cells by birth and is faced with their degeneration"

Nesse processo envelhecem as células reprodutoras nas mulheres enquanto as mesmas, nos homens, são sempre renovadas. São renovadas e indelévels, uma vez que não deixam marcas como os folículos ovarianos ao saírem do ovário.

... num ovário que já passou por vários ciclos, de uma mulher americana saudável, se vê um órgão com cicatrizes, castigado.¹⁴

Estas descrições e a maneira como são feitas constróem lugares bem diferentes para homens e mulheres, já que atribuem uma conotação específica para os processos de reprodução do macho e da fêmea. Ainda que descrevam processos de degeneração nas células reprodutoras masculinas, o tempo e a capacidade de reproduzir são mais generosos com os homens.

Os textos científicos celebram a abundância da natureza para com os homens e seus milhões de espermatozóides produzidos em milhões de orgasmos. O prazer dos homens é, nesta perspectiva, saudado e legitimado pela ciência. O óvulo, no entanto, é descrito como algo grande e passivo que caminha até as trompas de falópio e lá fica, imóvel, como uma dama recatada, à espera de um cavalheiro ágil, ativo e viril. Numa outra analogia, o óvulo estaria sob o efeito Cinderela à espera do “Príncipe Espermatozóide”. O espermatozóide é sempre descrito por sua energia e coragem, afinal é ele que “penetra” o óvulo, sendo, nesta ótica, o agente ativo da fertilização.

Os acontecimentos biológicos, como nos aponta Emily Martin, são sempre compreendidos em termos culturais. A imunologia (MARTIN, 1987), por exemplo, utilizou-se das metáforas de guerra para construir seu corpo teórico: defesa imunológica, resistência, etc. A linguagem de que se utiliza para descrever o processo reprodutivo é também repleta de conteúdos ideológicos e vão refletir uma certa ordem social carregada de prósposito(MARTIN, 1987).

¹⁴ MARTIN (1987:488). Tradução livre de : “...at an ovary that has been thought hundreds of cycles, even superbly healthy american female, you see a scarred, battered organ.”

Observamos a apropriação que certos discursos não-científicos fazem do processo de reprodução, vemos que em qualquer anedota, propaganda, filme os espermatozóides são falantes, ágeis, elétricos, nervosos e competitivos. Já o óvulo não apresenta fala e é muito pouco ativo.

Tal visão de espermatozóide ativo e óvulo passivo é tão corrente que acreditamos ser uma verdade da natureza. Contudo, é apenas uma forma de olhar a fertilização, já que toda e qualquer descrição biológica está imersa num contexto linguístico e, portanto, cultural.

Mudando, no entanto, o foco de análise acerca da reprodução, ou seja, numa mudança de olhar diante do processo reprodutivo, encontramos uma visão de óvulo na qual ambos, óvulos e espermatozóides, são parceiros no processo de fecundação. Não existe, neste outro olhar, um espermatozóide que penetra e sim um óvulo que captura o espermatozóide através da glicoproteína existente na zona pelúcida. E mais: a imagem de um espermatozóide ativo e um óvulo passivo só considera o movimento verticalizado dos espermatozóides e desconsidera os movimentos circulares do óvulo cujas microvilosidades se movem até as trompas e lá capturam, num processo seletivo, os espermatozóides.

Outras diferenças no olhar derrubam o estereótipo de passividade do óvulo.¹⁵ Contudo, o mais importante dessas abordagens sobre a contracepção é desconstruir o estatuto de neutralidade dos discursos médicos e divulgar informações sobre essa rede social que desde o século XVIII se utilizou do corpo da mulher para compor uma nova sociedade que ainda hoje relaciona a padrões tradicionais nos quais a mulher permanece vinculada à maternidade, não alterando a perspectiva que vincula a oferta de serviços contraceptivos exclusivamente à mulher.

Terminemos com um estudo realizado em Florianópolis e Porto Alegre, sobre as práticas discursivas do planejamento familiar¹⁶, em postos de saúde. Tal estudo confirma, ao

¹⁵ Maiores informações ver: MARTIN(1987).

¹⁶ O planejamento familiar consiste numa prática contemplada pelo PAISM, maiores informações verificar o texto sobre algumas práticas do PAISM em comunidades, anexado ao estudo.

nosso ver, a dificuldade que as práticas de saúde na área reprodutiva têm em rever suas posições ainda tão falocratas.

Nas últimas décadas várias contribuições teóricas e recomendações políticas têm apontado para a necessidade de que a rede pública de atendimento no campo da saúde reprodutiva incorpore a perspectiva de gênero. (...) O estudo confirmou a existência de uma rede que ainda tem dificuldades para atuar a partir de uma perspectiva de gênero, não obstante aos avanços teóricos e políticos observáveis no campo da luta pelos direitos reprodutivos. (CARMELLA E GOMES, 2000: 109)

5. Aleitamento

A mulher não deve se envaidecer ou extrair prazer de seus órgãos, pois sua função essencial é nutricia. A natureza criou-a fêmea antes de mais nada, permitindo-lhe alimentar o filho com o próprio leite. Ai daquelas que o esquecessem (BADINTER, 1985:183).

A noção de amor materno, tal qual a entendemos hoje, teve como base de sustentação a união mulher-mãe apoiada no discurso médico. Nessa construção o aleitamento foi de grande valia, contribuindo para instauração de um conceito até então não muito bem definido, o amor materno, fundamental na construção da subjetividade da mulher contemporânea ocidental.

Até o século XVIII, segundo Elizabeth Badinter, a sociedade européia e todo o conjunto de valores que a sustentava repousava sob o legado da autoridade. A autoridade do pai legitimada pela influência do direito romano na França, no século XIV, restringiu os direitos econômicos da mulher.

... os direitos da mulher se restringirão tanto que, dois séculos mais tarde, nada mais se restará de seus antigos direitos. (BADINTER, 1985:31)

Os antigos direitos a que se refere a autora dizem respeito ao surgimento e crescimento do cristianismo propositor da parceria entre pai e mãe tendo como objetivo final o filho. No século XIV o direito de influência romana pautava-se no princípio da autoridade e regulou as relações familiares até o século XVIII.

Lembremos que conforme Philippe Ariès, a criança, até 1760, não ocupava na família o mesmo lugar que ocuparia na chamada família moderna.

Ariès conclui que, a partir do início do século XVIII, os adultos modificavam sua concepção de infância e lhe concedem uma atenção nova, que não lhe manifestavam antes. Essa atenção dada à criança, porém, não significa ainda que se lhe reconheça um lugar tão privilegiado na família que faça dela o seu centro (ÁRIES, 1978:78).

Por volta dos anos 1760-70 a criança, o sentimento de infância e, em consequência, a família começam a ganhar contornos específicos. Autores com obras importantes como o parteiro Phillipe Hecquet (1708), Brousaz (1722) e, principalmente, a de Rousseau (1762) foram decisivos para a instauração de uma família fundada no amor materno. Amor este no qual o aleitamento exercia um grande papel, sendo a amamentação um dos pontos de apoio para a construção de uma mulher-mãe devotada a seus filhos, cujo sacrifício e dedicação instituíram-se fundamentais na formação da família.

Se no fim do século XVI e início do século XVII, na França, era moda enviar o recém-nascido para a casa de uma ama-de-leite, após o século XVIII tal ato será ampla e enfaticamente condenado. A entrega à ama-de-leite, no século XIX, era uma forma de abandono e, segundo os médicos higienistas, a grande responsável pelas mortes das crianças recém-nascidas.

Finalmente a criança é alimentada sem regras nem horários. Mama quando isso convém à ama(...)A essa má alimentação é preciso acrescentar práticas que por vezes assassinas, como a utilização de narcóticos para fazer a criança dormir e ficar tranqüila. Xarope de diacórdio, laudano, aguardente são de uso corrente(...) Mas quando a alimentação não é fatal ao bebê, sua natureza tem ainda de vencer um mal temível, a sujeira e a falta de um mínimo de higiene. (BADINTER, 1985:124)

Eram sinalizados os malefícios da prática de emprestar os bebês às amas-de-leite. Tais préstimos eram pagos de acordo com as condições financeiras da família. O mais surpreendente era o fato de muitas amas-de-leite pagarem outras para aleitar os próprios filhos.

Dentro deste contexto em que a criança ganha um lugar especial na família e a mulher torna-se sua força nutricia, um novo imperativo começa a se fazer presente: a sobrevivência das crianças. A preocupação incide, sobretudo, no primeiro período da infância, logo após o

nascimento do bebê. Por conta do aleitamento, o corpo da mulher passa, então, a ser preocupação do Estado, e seus seios tornam-se instância pública.

Moralistas, administradores, médicos puseram-se em campo e expuseram seus argumentos mais sítis para persuadi-las a retornar a melhores sentimentos e a dar novamente o seio (BADINTER, 1985: 146).

Muitas mulheres foram sensíveis à nova exigência, contudo, por um outro motivo que englobava dois novos conceitos a serem incorporados naquele contexto histórico-social: felicidade e igualdade. No chamado século das Luzes houve o desenvolvimento das idéias de igualdade e felicidade individuais, ambas atreladas ao amor e suas formas de expressão. A mulher, beneficiada por estes conceitos estava sendo lapidada para associar amor e felicidade ao aleitamento materno.

O amor pelos filhos passou ser a base de sustentação da família, transformou-se em sentimento natural e, aparentemente, espontâneo. O amor pelos filhos foi causa e consequência da valorização da felicidade dos sujeitos e dos ideais de liberdade que também transformaram o casamento. No verbete da muito lida *Encyclopédie* havia uma citação de Locke

Desejo que o pai e a mãe sejam sadios, que estejam contentes, que tenham serenidade e que o momento em que se disponham a dar a vida a um filho seja aquele em que se sintam mais satisfeitos com a própria vida. (BADINTER, 1985: 178)

Tal citação nos parece bastante esclarecedora da mudança operada no casamento. As uniões ora se sujeitavam ao amor e não mais aos arranjos familiares convenientes. E, se o casamento passou a ser a expressão do amor, a prole era sua concretização. Esta nova idéia conquistou a sociedade européia no século XIX. A sua compreensão nos é relevante na medida em que vemos uma nova inscrição a ser naturalizada, o amor, em especial o amor materno. Amarrado a este, o aleitamento e todo o discurso médico desenvolvido a esse respeito.

Desse ponto de vista, exaltam-se interminavelmente as doçuras da maternidade, que deixa de ser um dever imposto para se converter na atividade mais invejável e mais doce que uma mulher pode esperar (BADINTER, 1985:178-179).

Esta nova ideologia teve como importante participação a obra de Rousseau, *Émile*, publicada pela primeira vez em 1762, estendeu suas influências aos séculos seguinte ajudando a formar uma mulher educada para servir. Não por acaso a personagem feminina principal chamava-se *Sophie*, ou seja, sábia.

Do cuidado com as mulheres depende a primeira educação dos homens, das mulheres dependem ainda os seus costumes(...) Assim, educar os homens quando são jovens, cuidar deles quando grandes, aconselhá-los, consolá-los...eis os deveres das mulheres em todos os tempos (BADINTER, 1985:181).

O aleitamento transforma-se em símbolo da maternidade, conjugando amor e natureza. Natureza que faz amar e, sobretudo, amamentar. É falando em nome da natureza desde os séculos XVIII/ XIX que os médicos vêm exaltando os benefícios e a necessidade do leite materno para as crianças. Os antigos médicos aproximavam as mulheres dos animais na tentativa de vincular o aleitamento à sua natureza. Veremos adiante que hoje, além dos inúmeros estudos sobre os benefícios do leite materno, também há uma maciça tentativa de aproximação das mulheres a sua condição animal, ou melhor, natural.

Gostava-se, em especial, de recorrer ao exemplo dos animais mais selvagens, e admitir que os bichos mais cruéis, os mais selvagens como as tigrezas ou as leões abandonassem sua ferocidade para cuidar de seus filhotes. E que preferissem, muitas vezes, parecer com eles a abandoná-los, quando perseguidos pelos caçadores (BADINTER, 1985:187).

A tentativa de aproximação entre mulher que amamenta a sua pretensa condição natural foi tanta que, em 1758, na 10ª edição do *Systema Natural*, Carlos Lineu introduziu o termo *Mammalia* na taxonomia zoológica. Tratava-se de uma classificação revolucionária para o reino animal. A classificação "mamíferos" seguia critérios que enfatizava um elemento do corpo humano bastante enfatizava naquele momento histórico, as mamas (SHIENBINGER, 1998).

Londa Schiebinger assinala a cunhagem deste termo como ato político, no qual a presença de mamas produtoras de leite passa a ser a característica da espécie humana.

A nomenclatura de Lineu é aceita sem maiores discussões como parte de seu trabalho fundamental no campo da zoologia. Ninguém questionou as origens ou as consequências sociais de seu termo *Mammalia*. Com certeza,

ninguém tampouco questionou a política de gênero que subjaz à escolha desse termo por Lineu (SHIENBINGER, 1998:219)

A autora afirma que Lineu poderia ter feito a divisão a partir de categorias mais universais, já que as mamas só são funcionais nas fêmeas e por um período relativamente curto (durante a lactação).

Compreender esta classificação é compreender o lugar reservado ao seio naquele contexto histórico.

Carlos Lineu foi a principal figura na elaboração e desenvolvimento da taxonomia e nomenclatura européias. Criou o *Systema natural*, em que subdividiu e nomeou os três reinos clássicos da natureza vegetal, animal e mineral. Lineu escreveu uma obra de três volumes com 2400 páginas sobre o assunto. Na 10ª edição o autor atribuiu nomes binários (genéricos e específicos) a todos os animais de 4400 espécies catalogados por ele.

... o termo Mammalia foi a única de suas grandes divisões zoológicas a centrar-se em órgãos reprodutivos e o único termo que destaca uma característica associada principalmente à fêmea (SHIENBINGER, 1998:221)

As outras classes tiveram seus nomes inspirados, em muitos casos, na nomenclatura de Aristóteles. O termo criado por Lineu e inteiramente novo foi *Mammalia*.

Aves, para pássaros; Vermes deriva da cor (castanho-avermelhada) da minhoca comum; Amphibia enfatiza o hábitat; Insecta refere-se à segmentação do corpo (SHIENBINGER, 1998: 221).

Lineu foi bastante conservador na atribuição taxológica. Contudo, ao cunhar o termo “mamíferos” ele quebrou o termo canônico criado por Aristóteles, o *Quadrupedia*, no qual por mais de dois mil anos o ser humano foi incluído. E havia um grande motivo para tal mudança.

Lineu venerava o seio materno numa época em que médicos e políticos começavam a exaltar as virtudes do leite materno (Lineu era um médico praticante, pai de sete filhos). As mulheres das classes média e alta no século XVIII estavam sendo encorajadas a abrir mão de suas amas-de-leite; uma lei prussiana de 1794 chegava a exigir que as mulheres saudáveis dessem de mamar a seus próprios bebês (SHIENBINGER, 1998:220).

Podemos perceber que até mesmo a classificação humana foi cunhada a partir de uma construção política e social em que o seio e o aleitamento estavam em questão. O seio, plenamente desenvolvido na mulher, passou a ser afirmado como ícone da classe superior dos animais.

Contudo, bem antes de Lineu o seio fora um importante símbolo da cultura ocidental, oscilando entre o bestial e o sublime. Segundo Londa Shiebinger, na Revolução Francesa o seio desnudo tornou-se um símbolo perene de liberdade.

Os seios murchos de bruxas e demônios representavam tentações de luxúria desenfreada, pecados da carne e a humanidade expulsa do Paraíso. Os firmes seios esféricos de Afrodite, o ideal grego, representavam a virgindade e uma beleza do outro mundo (SHIENBINGER, 1998:226).

Lineu introduziu ainda o termo *Homo sapiens*, “homem da sabedoria”. Este termo servia para distinguir o homem dos outros animais, reafirmando a natureza e a razão da espécie humana. Se *Mammalia* remete a natureza das mulheres, *homo sapiens* associa-se a razão, característica historicamente atribuída aos homens. Dai em alguns textos antropológicos o axioma presente: a mulher está para natureza como o homem está para a cultura.

Assim, na terminologia de Lineu, uma característica feminina (as mamas lactantes) liga os humanos aos seres brutos, enquanto uma característica tradicionalmente masculina (a razão) marca nossa separação deles. (SHIENBINBER, 1998: 228)

E assim seguiu o curso da história... Hoje o aleitamento materno trata-se de um tema institucionalizado, são pauta os benefícios que o leite materno oferece ao recém-nascido.

Uma organização internacional de apoio a melhoria da nutrição e da saúde infantil, a IBFAN(Instituto Brasileiro para Infância)¹⁷, se utiliza da seguinte expressão para sensibilizar às mulheres ao aleitamento

¹⁷ IBFAN” é uma rede de pessoas ou grupos que trabalham para a melhoria da nutrição e saúde infantil”. Texto extraído da Internet <http://www.aleitamento.med.br/ibfan.htm> (19/09/2001)

Não deixe de ser mamífero, amamente seu filho! O leite materno é um recurso natural renovável de alto valor biológico. O aleitamento materno é um direito ecológico de todos os mamíferos! A espécie humana é a única que oferece às suas crias leite de outro animal!¹⁸

Com isto podemos ver que, após séculos, a mulher ainda é comparada aos animais, numa aproximação à natureza.

Assim como a IBFAN existem outras organizações internacionais que tem como tema central o aleitamento materno. Uma delas é a WABA (World Alliance for Breastfeeding Action – Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno)

A WABA é uma rede mundial que reúne pessoas, instituições e outras redes que trabalham em prol da amamentação. A WABA é como um grande “guarda-chuva” que abriga todos os que atuam nas mais diversas áreas: grupos de apoio mãe, profissionais de saúde, defensores do Código Internacional para Comercialização de Alimentos para lactantes, entre outros.¹⁹

Gostaríamos aqui de marcar a importância destes órgão e ressaltar que não colocamos em questão os benefícios do leite materno. Assinalamos, no entanto, as questões de gênero e, portanto, questões políticas que embasam o aleitamento rumo à construção de uma subjetividade feminina enredada nas diversas esferas sociais.

No âmbito da saúde pública o PAISM também contempla a preocupação com o aleitamento. A partir de 1984 as Secretarias Estaduais de Saúde receberam uma cartilha com ações básicas de assistência integral à saúde da mulher. Tais ações englobam o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, a prevenção de câncer cervico-uterino e de mamas, a assistência ao parto e ao puerpério. Mais tarde foram sugeridas medidas que contemplassem também a sexualidade na adolescência e a mulher na terceira idade.

No dia 1º de agosto de 1990, na Itália, houve um grande encontro de formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas. Neste encontro foi elaborada a “Declaração de *Innocenti*” pela qual os representantes ali presentes, inclusive do Brasil, comprometeram-se em otimizar a saúde e a nutrição materno-infantil, partindo do

¹⁸ Texto extraído da Internet <http://www.aleitamento.ned.br/ecolog.htm>. (19/09/2001)

¹⁹ Texto extraído da Internet <http://www.aleitamento.med.br/waba.htm>. (19/09/2001)

princípio de que todas as mulheres devem ser instruídas e motivadas a praticar o aleitamento materno exclusivo, desde o nascimento do bebê até os primeiros 4 e 6 meses de vida.

O Brasil foi um dos 12 países escolhidos para liderar a implementação da “Declaração de *Innocenti*”. Para tal, criou um Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, coordenado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, órgão articulado a grupos internacionais de defesa da saúde da criança.

Uma medida de grande relevância foi a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Tal iniciativa visa reorganizar o cotidiano dos estabelecimentos de saúde tendo como meta o aleitamento materno. A primeira etapa para que um estabelecimento receba o título de “Hospital Amigo da Criança” é dar cumprimento aos “Dez Passos” referentes à rotina do estabelecimento de saúde. Seguem em anexo maiores informações sobre os “Dez Passos”, a “Declaração de *Innocenti*” e os benefícios concedidos aos estabelecimentos que recebem o título Hospital Amigo da Criança.

Diante de tamanho incentivo reafirmamos que, apesar dos benefícios indiscutíveis do leite materno, atrelá-lo à natureza da mulher nos parece uma fraca argumentação. Se a amamentação fosse assim tão natural não necessitaria de tantas prescrições e incentivos. E mais, diante de um homem que se constrói no âmbito da cultura, falar de natureza humana nos parece um pouco ineficaz.

Após inúmeras visitas a diversos sites sobre aleitamento percebemos que muitos chamam de humanização da maternidade pode se transformar num ideal de maternagem que, uma vez não atingido, gere um sentimento de fracasso e frustração das mães.

Apesar das modificações que a humanização pode trazer, ela também reproduz muito facilmente o mesmo ideal de maternidade(...)As mulheres que têm dificuldades no processo do parto e na amamentação culpabilizam-se pelo que consideram seu fracasso (CARMELLA E GOMES, 2001:105).

Concluimos este tema afirmando que, apesar dos benefícios do leite materno, o aleitamento enquanto algo a ser instituído pelos órgãos de saúde constitui-se, hoje, em mais uma forma de enquadramento da mulher ao discurso médico. E ousamos ao afirmar isto,

pois sabemos da importância da amamentação, mas não podemos nos calar diante de mais este assujeitamento a um discurso científico. Se nos omitirmos podemos contribuir para inúmeras práticas que subjagam a mulher não-lactante e lhe impõem modos de subjetivação pelos quais em vez de dona, ela transforma-se em refém do próprio corpo.

6. Hormônios e feminilidade.

As razões biológicas para as diferenças entre homem e mulher, começam na concepção(...). “Daí para frente é tudo hormônio”, brinca o endocrinologista Antônio Roberto Chacra, professor da Universidade Federal de São Paulo(Unifesp). (ORLANDI, MASSARO, ZYGBAND E RIBEIRO,2001: 84)

Sabemos que a ciência se constrói dentro de um sistema cultural por onde perpassam linguagens e imagens metafóricas que vão compor os estatutos de cada momento histórico. Faremos, a seguir, um pequeno estudo sobre as metáforas desenvolvidas para o entendimento e construção dos corpos pelo discurso sobre hormônios.

Antes, objetivando justificar a inclusão de tal tema no presente estudo, faremos um sucinto comentário sobre uma edição extra distribuída pela revista “Isto é”, em setembro e outubro de 2001, cujo título é “Saúde da Mulher”(ORLANDI, MASSARO, ZYBAND E RIBEIRO,2001).

Logo no primeiro artigo, colocam-se em questão as diferenças existentes entre homens e mulheres, em função dos hormônios, sobretudo no que tange a emoção e habilidades.

As mulheres dominam melhor a linguagem e captam mais detalhes. Já os homens têm mais facilidade de se localizar e desenvolver raciocínio matemático. (ORLANDI, MASSARO, ZYGBAND E RIBEIRO, 2001: 87)

E tal afirmação é assim justificada:

Na verdade, essa conformação é herança da sociedade primitiva, quando o homem protegia a família e caçava a comida para sustentá-la”, diz Chara. (ORLANDI, MASSARO, ZYBAND E RIBEIRO, 2001:08)

Podemos ver que as idéias de Esquirol e Lombroso encontram ressonância no discurso sobre saúde, hoje. No mínimo, tais afirmações são fascistas e bem mais perigosas do que supomos. Além de um discurso feminista ou sobre categorias de gênero pretendemos

pôr em evidência a construção de uma realidade-referência que se inscreve nos corpos, reservando, em última instância, um lugar de exclusão aos pretensamente degenerados.

Veremos a seguir que, em muitos casos, alguns discursos médicos ditos modernos e avançados têm sua semelhança e confluência em fundamentos teóricos de séculos atrás.

Antes do século XVIII, como já foi dito, os corpos de homens e mulheres eram vistos como uma estrutura similar, de órgãos estruturalmente análogos, nos homens externalizados e nas mulheres internalizados.

Aceitava-se, até o século XVII, a visão de Galeano, pela qual a menstruação era uma forma de externalizar o excesso de sangue. Não havia, nesta leitura, uma analogia de função no corpo dos homens.

Outras leituras, também centradas nas teorias tradicionais sobre reprodução humana de isomorfismo radical dos corpos feminino e masculino, também viam no sangue menstrual uma diferença entre homens e mulheres.²⁰

... a questão central nas fisiologias tradicionais das mulheres quando elas estavam em idade de ter filhos, mas não grávidas ou estereis, era a umidade. O útero não era apenas um órgão frio, considerava-se também que era a área de trânsito e o recipiente para vastas quantidades de líquido. Diferentemente dos homens, as mulheres produziam regularmente uma grande quantidade de fluidos, seja o sangue menstrual, seja a ejaculação durante o orgasmo. Minha premissa é de que essas diferenças de tipo e qualidade de fluidos eram vistas como constituindo o corpo feminino (não gestante ou em amamentação) como fundamentalmente diferente do masculino. (PORTE E TEICH, 1998: 135)

Segundo Emily Martin,²¹ a diferença que antes era de um isomorfismo radical começou a se inscrever no corpo biologicamente constituído. Tendo em vista que o contexto econômico, político e social que criou uma divisão entre a esfera pública e a privada, o clamor do pensamento liberal de Thomas Hobbes e John Locke, assim como a Revolução Francesa foram reformuladores da ordem social. Uma vez decretada a igualdade entre os homens, foram as ciências biológicas que instituíram o novo lugar de diferença entre os

²⁰ Tais teorias dizem respeito a medicina e cultura no início da Inglaterra moderna. Maiores informações: PORTE e TEICH (1998).

²¹ Ver bibliografia sobre os hormônios de MARTIN (1987).

sujeitos, aqui, em especial, entre os sexos. O discurso científico, em várias esferas do conhecimento, ficou a serviço da estratificação social.

Cientistas de diversas áreas como zoologia, embriologia, fisiologia, genética, antropologia e psicologia, tinham pouca dificuldade em estabelecer a relação de diferença entre macho e fêmea, caracterizada nos meios ingleses como sendo natural, inevitável e progressiva.²²

Várias diferenças biológicas foram marcadas no corpo. Estabeleceram-se, no discurso médico, um metabolismo próprio dos homens e outro próprio das mulheres. Conferiu-se às mulheres um metabolismo predominantemente anabólico e aos homens, catabólico. Tais processos definem um comportamento mais ativo, energético e forte nos homens e mais passivo, conservador e estável nas mulheres.

No século XVIII, atribuem-se a mulheres e homens atitudes e aptidões devido a tais metabolismos. Como nos fala Martin:

... mais ativos, os homens são, conseqüentemente, mais inteligentes uma vez que seus cérebros são maiores. As mulheres, especialmente as mães, têm, indubitavelmente, uma larga e maior susceptibilidade ao altruísmo e as emoções. Os homens, mais fortes, têm maior independência e coragem, enquanto as mulheres estão ligadas aos afetos e simpatia.²³

Nesta perspectiva, a visão ativo e passivo é construída, como já vimos no item sobre contracepção. E no entendimento de um corpo que se constitui pelo fluxo dos fluidos. Contudo, a leitura dos fluxos masculinos e femininos, é feita de maneira bem distinta.

Desde o século XVII a menstruação é vista como desperdício de sangue, enquanto o líquido espermático como manufatura de vida, ou seja, constitutivo de seres humanos. Ou, como nos fala Emily Martin: sangue da vida masculina. A menstruação, ao contrário, foi apresentada, durante muito tempo, como algo patológico.

Importante assinalar uma mudança na visão do corpo da mulher. Se antes se valorizavam os fluidos e os vapores fétidos na compreensão e reconstituição da desordem

²² Tradução livre de : "scientists in areas as diverse as zoology, embryology, physiology, heredity, anthropology, and psychology had little difficulty in proving that the English middle class was natural, inevitable and progressive" - MARTIN (1987), pág.32

²³ Tradução livre de: "...the more active males, with a consequentially wider range of experience, may have bigger brains and more intelligence; but the females, especially as mothers, have indybitably a larger and more

fisiológica, no século XVIII o modelo que rege epistemologicamente os corpos é o neurocêntrico, o que modifica o olhar sobre a mulher. Anteriormente, toda enfermidade feminina "...era considerada originando-se quase exclusivamente de uma desordem dos fluidos e/ou órgãos genitais, era aí que se centrava a terapia tradicional"(PORTER E TEICH, 1998:140). Nesta lógica eram os fluidos e suas susceptibilidades que conferia às mulheres uma certa sensibilidade emergente nos cuidados do lar, dos filhos e marido.

Segundo The Compleat Doctress, as mulheres eram feitas para permanecer em casa e deviam procurar trabalhos que pudessem ser feitos em casa...sem que provocassem uma maior excitação física...de forma que a natureza previdente conferiu a elas seus fluxos mensais, cujas evacuações trazem o benefício de purificar o fétido e corrupto sangue, o qual, de outro modo, se transformaria num veneno completo. (PORTER E TEICH, 1998: 143)

Contudo, em 1667, Willis publicou um texto canônico no qual estabelecia o cérebro assexuado que seria

... o principal impulsionador da máquina animal. Por intermédio de complexas interações, mediados por nervos diversos fluidos, seria o primeiro-ministro de um corpo composto por órgãos importantes, mais inferiores(PORTER E TEICH, 1998: 143).

Willis, cientista da época e seus colaboradores descreviam em seus estudos partes específicas e sólidas do cérebro como centros de controle e de processamento de estímulos que se comunicavam com o corpo por nervos cranianos. Willis descreveu dez pares de nervos cranianos, enquanto Galeano havia descrito sete pares. O que nos interessa é ressaltar que o sexto nervo que Willis descreveu foi o "intercostal", hoje descrito como cadeia simpática de gânglios. Dentro desta perspectiva, tal nervo fornecia a visão de uma conexão intercraniana com o rosto, as vísceras e o coração. Esta descoberta anatômica demonstrava o primado do cérebro e nervos no controle das emoções.

Na medida em que esse nervo alcança o *praecordia* e continua nas vísceras de todo abdômen... (e) também nos olhos, assim como nas partes da boca e do rosto: com certeza, a partir daí, pode-se atribuir a ele a verdadeira e genuína razão de cada paixão expressa nos olhos, rosto e boca corresponder à nossa mente, de forma que muitas vezes somos compelidos a traír nosso

habitual share of the altruist emotions. The males being usually stronger, have greater independence and courage; the females excel in constancy of affection and in sympathy." MARTIN (1987)pág. 33

mais íntimo sentimento do coração por meio da contenção e da aparência (PORTER E TEICH, 1998:144).

Willis valorizou os tecidos sólidos do cérebro e fez destes, junto com os nervos, os mais importantes do corpo. Tal dado nos é de extrema importância já que, segundo Robert Matsen, tal afirmação estava imbuída de “ uma ideologia implícita de dominação (sólido/masculino/córtex/razão) e subordinação (fluido/feminino/corpo/“paixão”)” (PORTER E TEICH, 1998:141).

Vários anos se passaram e hoje entende-se o sistema nervoso como sendo o centro de integração e controle das funções orgânicas (MARTIN, 1987). Uma delas consiste na produção de hormônios.

Como podemos ver, o modelo neurocêntrico ainda vigora em nossos dias, tendo nos fluidos ainda seu patamar de descrição. E os hormônios entram nesse processo como mediadores do cérebro que, apesar de assexuado, apresenta fluidos cuja ciclicidade difere em homens e mulheres, determinando, para alguns discursos médicos, suas aptidões, afetos e comportamentos.

As metáforas utilizadas para descreverem o processo hormonal nos são de grande utilidade. Como já dissemos, a linguagem, uma vez imersa no universo cultural, torna o discurso médico mais vulnerável a fatores de ordem social e política. Ou melhor, a sua suposta neutralidade encontra dificuldade para camuflar-se em preceitos e justificativas ditas científicas e, portanto, inquestionáveis.

As metáforas hormonais dizem respeito a uma relação de sinal/resposta e segundo Emily Martin, embasam universalmente os textos médicos. Dispõem de um encadeamento em que há direção e ordens de elementos dominantes e de uma hierarquia no sistema nervoso central.

No caso das mulheres, a seqüência hierárquica é a seguinte: o hipotálamo é a glândula dominante, depois as pituitárias e os ovários. O controle da menstruação se efetua numa

ordem hierárquica em que o cérebro é o elemento fundamental. Assim, nesta rede de comunicações é o cérebro que organiza os sinais. Ora, tal descrição nada mais faz do que reproduzir a relação de dominação existente na nossa sociedade. Outras metáforas poderiam ser construídas, esta não é a única possível para descrever os processos hormonais. Mas foi a escolhida, por motivos que certamente não são isentos de fatores sociais e políticos. Lembremos, como exemplo, das metáforas para a descrição da menopausa. Nesta, a metáfora utilizada é de uma não resposta dos ovários aos estímulos, resultando numa linguagem que, em última instância, denota uma degeneração do corpo da mulher a partir desta fase.

Após anos respondendo aos estímulos do hipotálamo, a menopausa seria uma forma inadequada de resposta a uma ordem. O que pode vir a ser entendida como uma imperfeição do modelo feminino padrão. Mais uma vez se constrói um modelo norteado por uma realidade-referência, cujo poder se instala no corpo e em suas microinstâncias (FOUCAULT, 1977).

Imbuídos da perspectiva que confere aos textos médicos um caráter cultural e, portanto, ideológico, citaremos um estudo contemporâneo acerca da importância dos hormônios condicionado a uma visão neurocêntrica e biologizante.

Realizado pelo médico brasileiro Eliezer Berenstein, o estudo remonta as diferenças entre homens e mulheres segundo uma visão meramente orgânica e hormonal. E, o pior, estabelece faixas de inteligência feminina de acordo com os ciclos hormonais das mulheres em idade fértil. É o que Berenstein chama de Inteligência Hormonal (IH). Tal estudo encontra confluência com teóricos dos séculos XVIII e XIX, em especial com Roussel²⁴ já citado neste estudo. E, em pleno século XXI, estabelece um lugar orgânico, natural e transcendental para a feminilidade.

²⁴ Roussel escreveu um tratado "Système physique et moral de la femme", no qual relaciona os fluidos no corpo das mulheres a sua sensibilidade natural e a alguns comportamentos. VILA (1995).

A feminilidade tem como base os ciclos mensais lunares em concordância com o cosmos. Uma mulher menstrua porque esse é um dos componentes de seu gênero. Praticamente tudo é cíclico em sua vida. Fazem-se presentes, além dos ciclos menstruais, o da adolescência, o gravídico-puerperal, da vida adulta, do climatério e, ao final, o da senectude. Os hormônios obedecem a estas fases como a Terra a existência da vida no planeta. (BERENSTEIN,2001)

Esse ideário encontra-se não só nas falas citadas na introdução do nosso estudo, como em outras tantas do nosso cotidiano. Fundamenta-se na elaboração de uma realidade-referência de subjetividades, na medida em que participam da montagem de sujeitos e verdades para eles. Tamanho é o reducionismo que o autor une feminilidade a aspectos meramente biológicos, e acrescenta:

Interferir ou breçar essa ciclicidade é o mesmo que alterar a feminilidade em relação ao cosmo. Transformar mulheres em homens – pois isso é o que acontece quando doses maciças de testosterona são aplicadas para interromper o ciclo menstrual – é uma atitude tão machista quanto dizer que mulheres não podem ter cargos de chefia numa empresa por serem diferentes dos homens (BERENSTEIN, 2001:54).

Utilizando-se de um discurso panfletário sobre o feminismo o autor, como podemos ver, desconsidera os fatores sociais, históricos e culturais que fazem um homem ser homem e uma mulher ser mulher. Fatores que são muito complexos, para além de uma visão orgânica dos seres. E, como vimos no item sobre mulher e medicina, não podem ser ingenuamente abandonados.

Acreditamos que as diferenças sexuais enredam-se numa teia na qual hormônios, neurônios e órgãos sexuais são apenas algumas das facetas de um tema tão intrigante.²⁵

... no bojo destas novas descobertas está, ainda que de forma implícita, a rejeição da antiga ideia de que a biologia constrói homens e mulheres. Isto é, de que há alguma forma de determinismo biológico funcionando no mundo e de que esta força seria a principal responsável pela diferença sexual. (ROCHA-COUTINHO, 1994: 14)

Pena que tais visões ainda não estejam ligadas ao passado. São discursos que silenciam as vozes femininas, todas apaziguadas e sufocadas por um saber hormonal que nos regularia. Nossos comportamentos são lidos com base em TPMs e menopausas. Somos ainda regidas pelos ciclos lunares, relacionados com a mãe Terra. Somos também, nesta

perspectiva aprisionante, a própria Terra: na visão mais passiva que se tem da mesma.

Nossas lutas, entre ganhos e perdas são assim lidos por alguns discursos organicistas:

Os hormônios também ajudaram a mulher a se rebelar contra os ditames machistas e castradores da sociedade patriarcal. (BERENSTEIN, 2001: 69)

Foucault nos fornece instrumentos de análise para o tema, pois ainda que não tenha discutido as questões de gênero, denunciou, todavia, o biopoder constitutivo de discursos científicos, façamos de suas palavras o término do item, já que

... o principal objetivo destas lutas não é tanto atacar esta ou aquela instituição de poder, ou grupo, ou elite, ou classe, mas sim uma técnica, uma forma de poder. Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o a sua própria identidade, impõe sobre ele uma lei de verdade que ele deve reconhecer em si e os outros devem reconhecer nele. É uma forma de poder que torna os indivíduos sujeitos (DRYFUS E RABINOW, 1982: 212).

²⁵ Sobre a construção da diferença entre homens e mulheres ver: ROHDEN(2000)

Capítulo III

Imagens e composições:

mulheres, para além do discurso médico ...

Nos capítulos anteriores descrevemos um discurso que construiu uma natureza feminina ligada ao espaço privado, à vida em família e, em consequência, a uma passividade e silêncio no âmbito público. Contudo se atribuímos ao público dois sentidos:

A "esfera pública", por oposição à esfera privada, designa o conjunto, jurídico ou consuetudinário, dos direitos e dos deveres que delineam uma cidadania; mas também os laços que tecem e que fazem a opinião pública. (PERROT, 1998: 30)

Se assim entendemos a noção de esfera pública, não arriscamos em afirmar que a mulher esteve, a partir do século XVIII, circunscrita tão-somente ao espaço privado. Se o público e privado se entrelaçam, torna-se ingênua e simplista a afirmação de que as mulheres foram confinadas ao espaço privado e lá permaneceram, quietas e silenciadas.

As mulheres da burguesia do século XIX, em Paris, por exemplo, faziam da leitura uma forma de tornar o lar, espaço privado, poroso ao mundo, espaço público.

A leitura, prazer tolerado ou furtivo, foi para muitas mulheres um jeito de se apropriar do mundo, do universo exótico das viagens e do universo erótico dos corações (PERROT, 1998: 32).

Há inúmeras possibilidades, portanto, de construção de linhas de fuga a partir do preestabelecido. Linhas sutis, muitas vezes sem bandeiras ou panfletos mas que em suas microinstâncias são capazes de contar uma outra história que a história falocrata não contou.

... só nessa dualidade se pode entender o lugar delas, nessa relação dinâmica, amorosa ou indiferente, desejanse ou conflituosa. O espaço ao mesmo tempo a regula e a exprime, a torna visível. Daí o interesse dado aqui a essa política e a essa política dos lugares (PERROT, 1998:22).

O espaço urbano nasce já circunscrevendo e indicando os seus ocupantes. Em nome da saúde e do bem-estar, ficam cada qual no seu lugar: os homens na rua, as mulheres no lar. Contudo e como tudo a cidade e lugares sociais são dinâmicos, movem-se, misturam-se. E a cidade segregava, se vista mais de perto, contudo apresentava também uma mistura de

elementos, cores e acontecimentos. Ou seja, alguns espaços públicos foram criados com a presença das mulheres. A criação desses espaços e a participação das mulheres na sociedade modificaram as relações, que não podem mais ser enquadrados nos velhos estereótipos "homem-ativo/mulher-passiva."

Em suma, existem muitos meios, diretos ou não, de ser uma mulher pública, com a condição de dar a essa expressão certa extensão. Ser reconhecida como tal revela-se mais difícil e sempre suspeito. Certos limites se deslocavam mais do que outros. Certas zonas resistem mais do que outras. Ao longo destas fronteiras móveis, as relações entre homens e as mulheres modificaram-se, como a figura de um interminável balé. (PERROT, 1998:11)

Na Paris do século XIX, os monumentos, as alegorias religiosas, os cartazes publicitários ou políticos apresentavam, segundo Michelle Perrot, figuras e corpos de mulheres. Desde santas católicas que faziam emergir a imagem de uma mulher pura e casta aos corpos que se anunciavam como objeto de prazer dos prostíbulos.

O romantismo idealizava uma mulher, desfilando-se nos salões, nos bailes ritualizados, no teatro, na ópera, nos cafés-concerto, lugares públicos por onde a mulher transitava. Pequenos gestos, olhares, vestimentas, penteados criava-se um outro código público em que inserção das mulheres se fazia imprescindível. A mulher burguesa ocupa, assim, aos poucos, os espaços públicos, ainda que com a marcação que rege os gêneros.

O novo código da representação burguesa, num salão onde a recepção mundana sobrepujou a conversação intelectual. De repente, coisa inédita, em todos os salões de Paris, os homens passaram para um lado e as mulheres para outro; e assim, umas vestidas de branco, como noivas, e os outros vestidos de pretos, como órfãos, começaram a se medir com os olhos (PERROT, 1998:20).

Nas vestimentas da burguesia, cabem às mulheres a ostentação do luxo e do lazer. Enquanto aos homens, sempre vistos como ocupados e sem tempo, o negro passa a ser uma cor constante (PERROT, 1998).

Michelle Perrot assinala que a mulher, cortesã ou não, transeunte no espaço público tinha o dever de apresentar-se bela. "Seu primeiro poder é estético." (PERROT, 1998: 22).

Havia ademais a influência das princesas e rainhas européias e sua forma esplendorosa de se apresentar. Isto nos remete à interpretações que Michel Foucault faz do corpo do rei enquanto representação e modelo que desencadeia uma rede de significações políticas e ideológicas.²⁶

Também as cortesãs influenciavam os trajes das mulheres em suas aparições públicas, eram detentoras do poder de sedução. Eram também denominadas prostitutas as mulheres das artes, como por exemplo as atrizes. Conciliando um aparente desprezo, as burguesas viam nas cortesãs um modelo de beleza, sexualidade, sedução e poder.

O brilho das cortesãs alcança imediatamente as mulheres da alta burguesia, as quais estão muito próxima das burguesas(...) Estabelece-se toda uma cadeia de imitação-distinção que, sem dúvida, passa por contatos pessoais, mais diretos que hoje - pela visão de uma mulher elegante, pela descrição admirativa -, ou por mediadoras culturais, que difundem pela província as "modas de Paris". (PERROT, 1998: 25)

Afastando-nos do universo burguês da Paris do século XIX, as lavadeiras ocupavam um lugar público frequentado por mulheres muitas vezes oriundas dos campos, atraídas pelo mercado de trabalho para funções como empregadas domésticas, garçonetes, costureiras, etc. As costureiras, por exemplo, têm grande importância neste cenário, já que tecem não só suas próprias vidas, a partir do seu ofício, mas também costuram o envelope a cobrir os corpos femininos em suas aparições públicas. O ato de coser continha, pois, algum conteúdo político e social, já que as saias, cintas-ligas, bordados e rendas constituíam também o corpo da mulher e o conjunto de atributos culturais reservado a ele naquele momento.

As roupas, chapéus, luvas e outros adereços falavam, traduziam condições sociais que viriam a fundar identidades nos espaços públicos. Assim, consideramos que, em última instância, a atividade feminina de coser era uma atividade pública.

A lavanderia consistiu num "espaço de sociabilidade intensa, de comunicação e ajuda mútua" (PERROT, 1998: 47).

No século XIX, as mulheres se mexem, viajam(...). Essas cidades, as chamam sem realmente acolhê-las(...). Existem lugares praticamente

²⁶ Maiores informações ver: FOUCAULT, Michel - "Vigiar e Punir". Petrópolis: Ed. Vozes, 1995.

proibidos às mulheres – políticos, judiciários, intelectuais, e até esportivos... e outros que lhes são quase exclusivamente reservados – lavanderias, grandes magazines, salões de chá... (..). Na cidade, espaço sexuado, vão porém se deslocando, pouco a pouco, as fronteiras entre os sexos (PERROT, 1998: 37).

Segundo Michelle Perrot, a lavanderia é um resquício da vida rural na cidade. Se no campo não havia de maneira tão marcante a dicotomia público/privado, a lavanderia passou a ser um lugar no qual essas instâncias, público e privado, se interpenetravam.

A partir do século XVIII e, principalmente, do século XIX, a imprensa ocupa um lugar político de destaque. Influencia a opinião pública e se transforma numa importante forma de expressão.

As tiragens não param de crescer, para alcançar picos entre 1900 e 1914. Na França, quatro diários – Le Petit Parisien, Le Petit Journal, Le Journal, Le Matin – tiram cada um cerca de um milhão de exemplares. E é bem mais na Grã-Bretanha, onde cada família lê vários jornais por dia. Nessa idade de ouro, a imprensa não tem concorrente na mídia. (PERROT, 1998:77)

O universo da imprensa é, inicialmente, masculino. Contudo, aos poucos, a leitura dos jornais foi se tornando, também, hábito das mulheres. Romances, folhetins e outros temas cada vez mais atraíam as mulheres.

E se liam, aos poucos também escreviam. Ainda que fosse mais comum ver mulheres que liam do que escreviam. Contudo, aos poucos, também a escrita tornou-se uma forma de expressão das mulheres.

Ainda que em alguns quadros impressionistas as famílias burguesas fossem retratadas em seus serões com o homem lendo jornal e as mulheres fazendo tricô, a leitura e a escrita ganhavam, cada vez mais, espaço dentro de alguns grupos de mulheres. Tanto que, no século XIX, na Grã-Bretanha, na Itália e na França as mulheres começaram a trabalhar na imprensa, inicialmente, como redatoras de moda, dando conselhos, fazendo narrativas de viagem. Tamanha é a participação feminina na imprensa no século XIX que na França,

Le Journal des Dames e Le Journal des Demoiselles são autênticas revistas femininas, relativamente abertas e dotadas de correios das leitoras, que esboçam uma rede. É um processo clássico, que reencontramos nas grandes capitais europeias; é o caso de Atenas, onde a professora primária K. Parren transforma o Journal des Dames num centro eficiente de consciência feminina. (PERROT, 1998: 79)

O saber médico contribuiu para o enclausuramento das mulheres ao lar e à maternidade, lugar e papel ocupado em que a docilidade e ternura surgem como caricaturas de passividade.

Dentro dessa perspectiva que assinala as linhas de fuga ao que está preestabelecido, faremos um salto histórico e geográfico objetivando apresentar um outro momento histórico em que a mulher saiu do espaço privado e entrando no espaço público construiu uma outra história. Faremos a seguir, para concluir este capítulo, um breve estudo sobre as mulheres no contexto dos anos 60, no Brasil, uma vez que esta geração mudou, historicamente, o rumo do percurso trilhado pelas mulheres no Brasil.

1. Mulheres nos anos 1960 / 70, no Brasil.

... o impossível é o horizonte de Antígona e ei-la pronta a cometer um triplice crime político: ultrapassar os muros da casa(...); entrar na política pela subversão da lei; e, finalmente, desafiar não só a lei do Estado, que condena seu irmão, mas a lei dos homens, que a condena, mulher, ao silêncio.²⁷

Nos anos 60 tem início, de maneira mais enfática e explícita, a instituição da categoria de gênero nos estudos sobre a mulher. Lembramos que, como já foi dito, é justamente numa sociedade dita igualitária que se recorre às diferenças biológicas para explicar as desigualdades ou diferenças sociais. E mais, existe em estudos antropológicos a construção de uma dicotomia hierarquizada entre natureza e cultura, pela qual a mulher está para a natureza como o homem está para a cultura. Assim, a natureza remete à esfera da necessidade, lugar de reprodução de vida; enquanto a cultura é a esfera da liberdade, de produção e de prestígio.

Pierre Bourdieu expõe essa condição, acrescentando que a exclusão da mulher dos espaços considerados "os mais sérios" impede que ela possa dispor dos mesmos recursos que o homem. (FERREIRA, 1996:55)

²⁷ Rosiska Darcy de Oliveira. Epígrafe do livro : FERREIRA(1996).

Elizabeth Ferreira nos alerta para a multiplicidade de planos e possibilidades que recuperam o potencial de transformação do indivíduo em sociedade, conferindo ao espaço social um caráter de negociação de identidades. Assim, dessa mutação de identidades, dessa múltipla e constante possibilidade de mudança sinalizadora de novos horizontes, não poderíamos deixar de citar as mulheres e suas militâncias nas décadas de 60 e 70, no Brasil, já que mudaram e muito a vida das mulheres de hoje. Mudaram, transgrediram os códigos médicos, desafiaram a ciência, desnaturalizaram a passividade e lançaram a mulher no patamar da militância, instituíram uma luta transversal, ou seja, uma forma de resistência ao que era hegemônico.

Acerca da relação de poder sobre o corpo feminino e o estabelecimento das lutas transversais citaremos Foucault:

Para começar, tomemos uma série de oposições que se desenvolveram nos últimos anos: oposição ao poder dos homens sobre as mulheres; dos pais sobre os filhos; do psiquiatra sobre o doente mental; da medicina sobre a população; da administração sobre os modos de vida das pessoas(...).1) São lutas transversais; isto é, não são limitadas a um país(...).2) O objetivo destas lutas são os efeitos do poder enquanto tal(...).3) São lutas "imediatas" por duas razões. Em tais lutas, criticam-se instâncias de poder que lhe são mais próximas, aquelas que exercem sua ação sobre os indivíduos. Elas não objetivam "o inimigo mor", mas o inimigo imediato. Nem esperam encontrar solução para os seus problemas no futuro (isto é, liberações, revoluções, fim da luta de classe). Em relação a uma escala teórica de explicação ou uma ordem revolucionária que polariza o historiador são lutas anárquicas(...).4) São lutas que questionam o estatuto do indivíduo: por um lado, afirmam o direito de ser diferente e enfatizam tudo aquilo que torna os indivíduos verdadeiramente individuais(...). Estas lutas não são exatamente nem a favor nem contra o "indivíduo"; mas que isto, são batalhas contra o "governo da individualização"(...).6) Finalmente, todas estas lutas contemporâneas giram em torno da questão: quem somos nós? Elas são uma recusa das abstrações, do estado de violência econômico e ideológico, que ignora quem somos individualmente, e também uma recusa de uma investigação científica ou administrativa que determina quem somos (DRYFUS E RABINOW, 1985:112)

Então podemos acreditar na capacidade de atores sociais para transformarem a própria história, desafiando as leis cristalizadas de espaços já previamente demarcados. Com isto, a partir de Gilberto Velho, Elizabeth Ferreira nos reforça:

Dentro da complexidade da vida urbana contemporânea, o ator social pode ser visto como um poliedro. Multifacetado, ele participa de diferentes níveis dessa realidade, experimentando constantemente o processo de fragmentação e de diferenciação que forma esta forma de vida social(...).

Ao enfrentar as constantes mudanças que a natureza desse sistema social lhe impõe, a possibilidade de se apoiar em experiências anteriores e de – ao mesmo tempo – resignificá-las, confere a esse indivíduo uma identidade de estabilidade relativa cuja plasticidade especial o capacita a vivenciar a dialética da permanência e da transformação (FERREIRA, 1996:56).

Assim sendo, a militância é signo de dinâmica social, porque mulheres engajadas direta ou indiretamente, colocam em destaque a liberdade para a ação humana, valorizando o potencial de transformação. Entre a luta armada e a intensificação da repressão, o que aqui está em pauta é a capacidade de transformação do que estava pré-estabelecido no contexto social.

Entre avaliações históricas e nuances políticas, vemos que a geração de 60-70 mudou as relações sociais. O preço disto? Caro, muito caro: entre prisões, confinamentos, exílio, torturas, lágrimas e repressões, muita coisa foi transformada, em especial, o lugar da mulher no contexto social.

Questões e papéis preestabelecidos entre homens e mulheres foram reavaliados em suas microinstâncias melhorando efetivamente a realidade e o trânsito da mulher na sociedade. Dentre os fatos destaca-se o aparecimento do rock on'roll, das drogas enquanto símbolo de resistência, da bossa-nova, do biquíni e das minissaias. Restou, para as mulheres de hoje, apesar dos pesares, um lugar mais igualitário em que uma dissertação como esta é capaz de existir.

Conclusão

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? (FOUCAULT, 1984 a: 13)

Investigamos, ao longo do estudo, a participação do discurso médico na elaboração da subjetividade da mulher contemporânea e sua íntima relação com fatores de ordem política, social e econômica. Através das falas de pacientes apresentadas na introdução vimos um conjunto de vozes oriundas de uma produção social. Produção esta na qual o saber médico contribui para a formação de um discurso verbal que participa da construção de uma certa subjetividade feminina.

A medicina teve, ao longo dos anos, um importante papel social. Ajudou a consolidar as relações sociais do Estado Moderno ao delegar à mulher a responsabilidade pelos filhos e incentivar seu trânsito aos limites do espaço privado. No Brasil, no século XIX, a medicina ajudou a compor uma representação de mulher associada à maternidade e ao cuidado com o lar. Tais representações são balizadoras de uma subjetividade ainda reinante nos nossos dias.

O processo de associação da mulher ao espaço privado e à vida em família teve como consequência a regulação física e moral do comportamento feminino. Nesse contexto, a mulher ficou presa ao amor, à dor e ao sofrimento. Cabe ressaltar que nesta relação da mulher com o amor, com a dor e com o sofrimento teve grande importância a dissociação entre o orgasmo feminino e a concepção. Uma vez descoberto que a concepção não dependia do orgasmo, o gozo da mulher estava na maternidade e na doação. Com isso, a mulher cumpria seu destino de servir e doar-se, com afimco e sofrimento. A figura da boa mãe estava intimamente condicionada à capacidade de abster-se dos prazeres da vida.

Seguindo este eixo de pensamento que associa mulher à maternidade, no Brasil da Era Vargas, foram criados programas eugenistas. Assim, incorporou-se a noção de concepção consciente ao controle de natalidade. A puericultura, então nascente, também foi utilizada para combater, junto com o cuidado materno, a mortalidade infantil. Tanto a puericultura

quanta a noção a noção de maternidade consciente estavam fincados numa imagem da mulher/mãe.

Na aproximação da mulher à natureza e a mortalidade infantil tornaram-se correntes nas atuais políticas de saúde pública. Ao fazê-lo delegam exclusivamente às mulheres a responsabilidade pela contracepção e o dever do aleitamento como ideal de maternagem. Eis o corpo feminino novamente regulado por um discurso que naturaliza conceitos historicamente construídos.

A união mulher/natureza como contribuidora dos processos de subjetivação fica evidente na história da cunhagem do termo mamífero: na tentativa de aproximar a mulher à natureza, foi cunhado por Carlos Lineu, no século XVIII, o termo mamífero, atribuindo às mamas das fêmeas, um lugar de prestígio na escala animal.

A produção de subjetividade feminina e sua relação com o discurso médico também estão presentes nas metáforas do discurso médico acerca da fecundação, já que produzem as categorias mulher-passiva e homem-ativo.

Os estudos sobre hormônios e a feminilidade, na atualidade, também vão participar da construção discursiva dos modos de subjetivação da mulher, uma vez que reafirmam um discurso falocrata que estabelece uma diferença inscrita no corpo para explicar uma dinâmica social que tem o homem como modelo transcendental. E mais, associam o ideal de corpo feminino ao período em que a mulher está apta a procriar. Mais uma vez a categoria mulher-mãe está na base de referência, tornando-se um modelo de "bom funcionamento" da fisiologia feminina.

Contudo, se existem dispositivos que atuam sobre as representações do corpo feminino impondo uma subjetividade, existe, em contrapartida, um poder imanente que pode instaurar algo de novo. Ou seja, algo singular dentro das estratégias de serialização. Com isto, contamos uma história que a história oficial não contou. Se à mulher foi oferecido somente o espaço privado, ela conquistou também o público. Isso pode ser observado ao longo da

história através das lutas transversais. No século XIX, na França, vemos várias possibilidades de inserção das mulheres no espaço público. Desde a presença dos livros e jornais que tornavam o espaço privado poroso ao mundo até a presença das mulheres tanto nas lavanderias como nos salões.

Neste enfoque que grifa as lutas transversais e as linhas de fuga, vimos forças instituintes a partir das transformações ocorridas no Brasil nos anos 60-70 quando a mulher se insere no âmbito da militância e rompe com o lugar de passividade para ocupar mais e melhor o espaço público. Os processos de subjetivação vão ganhando outras formas. Outras forças rebelam-se contra a assepsia de um discurso norteado por uma ordem e classificação forjados na rede social, em nome de uma vida vibrátil e pulsante, em meio a toda sorte de contradições e diversidades.

Em função dessas transformações, surgem outras vozes. Ao ouvi-las percebemos o quão político são os corpos, sobretudo os femininos. O corpo está relacionado a uma experiência corporal feminina inscrita no âmbito social. Com isso, rompemos com a visão essencialista e falocrata presente no pensamento ocidental. E ao rompermos com essa concepção de corpo de mulher contribuimos para o alargamento da categoria de corpo feminino atravessado por fatores sociais, políticos e econômicos que, por conta disso, fazem emergir modos de subjetivação possibilitadoras de outras falas:

Não sei se quero casar, casamento é só uma das milhões de possibilidades de se relacionar com um homem.

Ele é que não me venha dar uma de machão, eu parto para cima dele.

Tenho quatro filhos, cada um de um pai: um pretinho, outra russinha, um branquinho e, agora, minha japonesinha. Teria outros... o que não suporto é aguentar desaforo de homem... e nem de ninguém.

Meu pai era pescador, batia na minha mãe e ela, ficava quieta. Eu não penso assim... crio minhas filhas bem diferente do que minha mãe nos criou.

Ah...transar e não sentir nada? Isto para mim é um desaforo! Coloco a roupa e vou embora, nem deixo o "carinha" se justificar.

Amo meus filhos, faço tudo por eles. Mas eles têm pai, não os fiz sozinha. Um final de semana é meu, outro é dele ...

Se ele pode, porque eu não?

BIBLIGRAFIA

- ARIÈS, Phillipe.** *História Social da Criança e da Família.* Rio:Zahar,1978.
- ÁVILA, Maria Betânia.** *PAISM, um programa de saúde para o bem estar de gênero.*
Tese de doutorado apresentado ao IMS. Rio: UERJ,1988.
- AZEVEDO, Francisco de Carvalho.** O problema da concepção consciente. *Annaes Brasileiros e Ministério da Saúde*(Vol. 1, abril e junho de 1936). Brasília: Ministério da saúde, 1988.
- BADINTER, Elizabeth.** *Um amor conquistado: o mito do amor materno.* Rio: Nova Fronteira,1985
- BAKHTIN, Mikhail .** *Marxismo e Filosofia da Linguagem.* Brasília: Hucitec,1999.
- _____. *Cultura popular na Idade Média e no Renascimento – o contexto de François Rabelais.* Brasília:Hucitec,1993
- BAKHTIN, M. e VOLOSHINOV, V.N. .** Discourse in life and discourse in art. In: Freudism. *A Marxism Critique.* New York :Academic Press, 1976
- BARBOSA. M. .** *Contracepção: entre o técnico e o político.* Tese de mestrado apresentada ao I.M.S.. Rio: UERJ, 1989.
- BENJAMIN, Walter .** “O Narrador” . In: *Obras Escolhidas vol. I- Mágia e Técnica, Arte e Política.* São Paulo: Brasiliense ,1996.
- BERENSTEIN, Eliezer .** *A Inteligência Hormonal da Mulher: como o ciclo menstrual pode ser aliado, e não inimigo,do equilíbrio feminino.* Rio: Objetiva,2001.
- BERQUÓ, Elza.** *Sobre a política de planejamento social no Brasil.* In: *Revista Brasileira de estudos da População*”.v.4(1). Jan/Jul .Rio: ABEP,.1987
- COSTA, Jurandir.** *Ordem Médica e Norma Familiar.* Rio: Graal, 1979.
- CANGUILHEM, Georges.** *O Normal e o Patológico.* Rio: Forense, 1995.
- CAUFIELD, Sueann.** “Que virgindade é esta?” A mulher moderna e a reforma do código penal no Rio de Janeiro, 1918 a 1940. In: *Revista do Museu Nacional* jul, 2000. Rio: UFRJ,2000.
- CHAUÍ, Marilena.** *Conformismo e Resistência.* São Paulo: Brasiliense, 1986.
- CINTRA,A.** *PAISM e suas ambiguidades.* Tese de doutorado não publicada apresentada a ENSP. Manguinhos: Fiocruz, 1998.

- CARMADELLA, Marilda C. e GOMES, Suely** (orgs.) resumo do *III Encontro de Enfoques Feministas e as Tradições Disciplinares nas Ciências e na Academia*, realizado no período de 24 a 26 de setembro de 2001, Universidade federal Fluminense. Niterói: EDUFF,2001
- DONZELOT, J.** *A polícia das famílias*. Rio: Graal, 1985.
- DREYFUS, H.L. e RABINOW, R.** Michel Foucault: sobre o estruturalismo e a hermenêutica. Rio: Forense, 1983.
- ENGEL, Magali** . *Meretrizes e Doutores*. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- FERREIRA, Elizabeth** . *Mulheres: militância e memória*. Rio: FGV, 1996
- FOUCAULT, Michel**. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes 1977
- _____ . *Microfísica do poder*. Rio : Graal, 1979
- _____ . *História da sexualidade II – O uso dos prazeres* . Rio: Graal, 1984a
- _____ . *História da Sexualidade III – O cuidado de si* . Rio: Graal, 1984 b
- LANCETTI, Antonio**. “Saúde, Desejo e Pensamento”. In: *Saúde e Loucura 2*, Brasília: Hucitec, 1990.
- GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely** .*Cartografias do Desejo* . Petrópolis: Vozes, 1992.
- GUATTARI, Felix**. *Caosmose*. São Paulo: 34, 1990
- HERÉDIO DE SÁ, M. A.** *A cópula, o onanismo e a prostituição*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio :Univ. Rio de Janeiro, 1845.
- JACÓ-VILELA, Ana Maria; CEREZZO, Antonio Carlos; RODRIGUES, CONDE, Heliana**(orgs.) *Clio-Psyque (ontem) Fazeres psi na história do Brasil*. Rio: Rumará,2001.
- JAIRNILSON, S.** Obstáculos não superados na implantação do SUDS-BA. In: *Saúde em debate(março)* Rio:CEBES,1990.
- LAQUER, Thomas** . *Inventando o sexo*. Rio: Relume Dumará, 2001.
- LAPASSADE, Georges** .*Grupos , organizações e Instituições*. Rio: Francisco Alves,1989.
- LIPOVESTKY, Gilles**. *A terceira mulher – permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Companhia das Letras. 2000.
- MACHADO, Roberto**. *Danação da Norma*. Rio: Graal, 1978
- MARTIN, Emily**. *The woman in the body – A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press Books,1987.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE**. *Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: 1984

- MUEL-DREYFUS, Francine**. *Vychy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps*. Paris: Seuil, 1996.
- NUNES, Silvia**. *Medicina Social e Regulação do Corpo Feminino*. Dissertação não publicada de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social. Rio: UERJ, 1982.
- _____. *O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha*. Rio: Civilização Brasileira, 2000.
- ORLANDI, Ana Paula, MASSARO, Carolina, ZYGBAND, Fanny e RIBEIRO, Igor**. Diversidade - as razões que explicam a diferença entre homens e mulheres In: *Edição especial da revista "Isto é" – Especial Saúde da mulher* (setembro/outubro). Rio: Abril, 2001.
- ORTEGA, Francisco**. *Amizade e Estética da Existência*. Rio: Graal, 1999.
- PEREIRA, M.J.** *Generalidades sobre o físico e o moral da mulher*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio: Univ. Rio de Janeiro, 1852.
- PERROT, Michelle**. *Mulheres Públicas*. São Paulo: UNESP, 1998.
- PORTE, Roy e TEICH, Mikulas (orgs.)**. *Conhecimento Sexual, Ciência Sexual*. São Paulo: UNESP, 1998.
- PRIORE, Mary**. *Ao sul do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- _____. *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. No prelo, 2000.
- ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia**. *Tecendo por trás dos panos*. Rio: Rocco, 1994.
- ROHDEN, Fabíola**. *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*. Tese de doutorado não publicada apresentada ao Museu Nacional, Rio: UFRJ, 2000.
- _____. *Natalidade, nação e a raça no Brasil a partir das especialidades médicas em torno de sexo e reprodução*. Trabalho apresentado no Simpósio Internacional: O Desafio da Diferença. Grupo de Trabalho-GT1. Salvador: 2000-a.
- SCHIENBINGER, Londa**. "Mamíferos, Primatologia e Sexologia". *Conhecimento Sexual, Ciência Sexual*. São Paulo: UNESP, 1998.
- TRILLAT, Etienne**. *História da Histeria*. São Paulo: Escuta, 1991.
- VIANNA, F.** *Considerações higiênicas e médico-legais sobre o casamento relativamente à mulher*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio: Fac. Med. Rio de Janeiro, 1842

VILA, Anne C. . *Sex and Sensibility: Pierre Roussel's Système physique et moral de la femme*. In: NY, Representations 1995: 52

VIANNA, F.. *Considerações higiênicas e médico-legais sobre o casamento relativamente à mulher*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio: Fac. Med. Rio de Janeiro, 1842.

Anexos



Bolatin



Arquivos



Dúvidas



Parcerias



Produtos



Arte



Links



Índice

Nossos
Arquivos 

DECLARAÇÃO DE INNOCENTI

Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno

RECONHECENDO QUE:

O Aleitamento Materno é um processo único e uma atividade que, mesmo tomada isoladamente, é capaz de:

- reduzir a morbi-mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas;
- proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento;
- contribuir para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e de anemia e ampliando o espaçamento entre partos;
- proporcionar benefícios econômicos para a família e a nação;
- quando bem adotado, proporcionar satisfação à maioria das mulheres.

E que pesquisas recentes demonstram que:

- estes benefícios aumentam com a exclusividade do aleitamento materno na infância e com a manutenção do aleitamento na infância e com a manutenção do aleitamento na época de introdução da alimentação complementar; e
- que intervenções programadas podem resultar em mudanças positivas de comportamento em relação ao aleitamento materno.

DECLARAMOS QUE:

Para otimizar a saúde e a nutrição materno-infantil, todas as mulheres devem estar capacitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo e todas as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com o leite materno, desde o nascimento até os primeiros 4 e 6 meses de vida.

Até os dois anos de idade, ou mais, mesmo depois de começarem a ser alimentadas adequadamente, as crianças devem continuar sendo amamentadas.

Esta alimentação ideal deve ser alcançada através da criação de um processo de conscientização e de apoio para que as mães possam alimentar suas crianças dessa maneira.

Medidas devem ser tomadas para assegurar que a mulher esteja devidamente alimentada para elevar seu próprio nível de saúde e o de sua família. Além disso, deve ser garantido que a mulher tenha acesso às informações e serviços sobre planejamento familiar, permitindo-lhe praticar o aleitamento materno e evitar a redução dos intervalos entre

partos que podem comprometer seu estado de saúde e nutrição e a saúde e nutrição de seus filhos.

Atingir este objetivo exige de muitos países reforçar a cultura do aleitamento materno, defendendo vigorosamente esta prática contra as incursões da cultura da mamadeira. Isto requer compromisso e campanhas de mobilização social, utilizando o prestígio e a autoridade de líderes reconhecidos da sociedade em todos os setores.

Esforços devem ser desenvolvidos para aumentar a confiança da mulher na sua habilidade de amamentar. Estes esforços envolvem a remoção de constrangimentos e influências que manipulam a percepção e o comportamento da mulher, e uma abrangente estratégia de comunicação dirigida a todos os setores da sociedade e que envolva todos os meios de comunicação.

Todos os países devem desenvolver políticas nacionais de aleitamento materno e estabelecer metas de curto e longo prazos para os anos 90. Os países devem estabelecer um sistema nacional de acompanhamento para atingir as metas, adotando indicadores como a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade.

Autoridades nacionais são conclamadas a integrar as políticas de aleitamento materno nas políticas globais de desenvolvimento e saúde, procurando evitar políticas conflitantes. E devem reforçar todas as ações que complementem os programas de aleitamento materno, como maternidade sem risco, prevenção e tratamento das doenças infantis comuns e planejamento familiar.

ALGUMAS METAS POSSÍVEIS:

Todos os países, até o ano de 1995, devem ter:

- nomeado uma autoridade competente como coordenador nacional de aleitamento materno e estabelecido um comitê nacional de aleitamento materno composto por membros do Governo e de organizações não-governamentais;
- assegurado que as maternidades coloquem em prática todos os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação";
- implementado totalmente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as subseqüentes resoluções da Assembléia da Organização Mundial da Saúde;
- elaborado uma legislação criativa de proteção ao direito ao aleitamento da mulher trabalhadora e estabelecido meios para sua implementação.

CONCLAMAMOS AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS A:

- encorajar e apoiar as autoridades nacionais no planejamento e implementação das políticas nacionais de aleitamento materno;
- apoiar pesquisas nacionais e a elaboração de planos de ação com metas específicas;
- estabelecer suas próprias estratégias de ação para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, incluindo acompanhamento global e avaliação.

A *"Declaração de Innocenti"* foi produzida e adotada por representantes de organizações governamentais, ONGs, defensores da amamentação de países de todo o mundo, no encontro "Breastfeeding in

the 1990s: A Global Initiative" organizado pela OMS/UNICEF com apoio da A.I.D United States Agency for International Development e da SIDA - Swedish International Development Authority, em, Florença, na Itália, nos dias 30 de Julho a 1 de Agosto de 1990. A Declaração reflete o conteúdo dos documentos produzidos para o Encontro e pontos de vista apresentados nos grupos e sessões de plenária.

Início da Página | Página de Abertura | ORIGEM | WABA | IBFAN

Iniciativa Hospital Amigo da Criança

O que é a IHAC



Boletim



Arquivos



Dúvidas



Parcerias



Produtos



Arte



Links



Índice



É um esforço mundial, patrocinado principalmente pela OMS e pelo UNICEF, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, mediante a adoção, pelos hospitais, dos "Dez Passos para o Incentivo do Aleitamento Materno".

Esse código de conduta foi compromissado pelo Brasil na "Declaração de Innocenti", em 1º de agosto de 1990, na Itália, durante encontro que reuniu um grupo de formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas. Delineia um importante papel de apoio que os hospitais podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universalmente adotada nas maternidades, contribuindo significativamente para a saúde e o desenvolvimento de milhões de bebês.

Vem sendo desenvolvida no Brasil, um dos 12 países escolhidos para liderar sua implementação, através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - coordenado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde - em articulação com o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, OPAS e UNICEF.

Razões para sua Implementação:

O abandono da prática do aleitamento materno exclusivo foi um fenômeno marcante em várias partes do mundo, mais notadamente após a Segunda Grande Guerra, até o início da década de 70. A partir de então, iniciou-se um movimento mundial pela retomada desta prática, principalmente através de programas nacionais apoiados pela OMS em conjunto com o UNICEF.

Como resultado, registrou-se nos últimos dez anos um aumento nos índices de prevalência da amamentação durante os primeiros seis meses de vida dos bebês. Este aumento foi fruto de um trabalho dirigido principalmente aos profissionais de saúde, ao público e à indústria de leites infantis. Apesar das conquistas alcançadas, a prática do aleitamento materno natural ainda encontra obstáculos à sua plena adoção nos serviços de saúde materno-infantis.

Nesse contexto, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança representa um esforço para promoção do aleitamento materno através da mobilização das equipes de saúde dos serviços obstétricos e pediátricos.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Como ser um Hospital Amigo da Criança?



[Boleim](#)



[Arquivos](#)



[Dúvidas](#)



[Parcerias](#)



[Produtos](#)



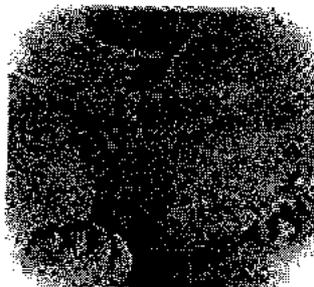
[Arte](#)



[Links](#)



[Índice](#)



A primeira etapa para habilitar-se ao título de "Hospital Amigo da Criança" é dar cumprimento a todos os "Dez Passos", através da revisão e adequação das rotinas adotadas.

Para isso, a instituição candidata deverá fazer uma auto-avaliação de suas condutas, preenchendo um questionário próprio, que deve ser solicitado e posteriormente remetido 1a Coordenação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno: SEPN 510 - Bloco A - Edifício Sede do INAN - 70750 - Brasília - DF - Tel. 061.2731517 - Fax: 3470074.

Em função das informações recebidas, o hospital será indicado para a visita de uma comissão de avaliadores, ou receberá orientações sobre como se capacitar para ser posteriormente avaliado. Uma vez designado Amigo da Criança, o hospital ganhará uma placa que o identificará como tal perante a comunidade, e poderá partilhar das vantagens e dos mecanismos de estímulo definidos pelos idealizadores da iniciativa.

Vantagens para o Hospital

A otimização das condutas pró-aleitamento natural resultará em:

- redução dos custos com internação, medicamentos, material de consumo hospitalar e pessoal, aumento do espaço físico com a eliminação dos berçários etc.; e
- redução em até 500 das infecções clínicas do bebê, e consequentemente dos custos daí decorrentes.

A Participação de Todos é Fundamental

A implementação da iniciativa "Hospital Amigo da Criança" necessita não só do apoio de todos os profissionais de saúde mas também de toda a sociedade, já que a prevalência do aleitamento natural ocorre basicamente em função de fatores culturais, político-sociais e econômicos.

Assim, a divulgação dos "Dez Passos" e a observância das condutas ali indicadas constituem-se instrumentos vitais para a promoção, proteção e apoio à amamentação em nossa sociedade, de forma a garantir um bom início de vida para milhões de bebês.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Como ser um Hospital Amigo da Criança?



Boletim



Arquivos



Dúvidas



Parcerias



Produtos



Arte



Links



Índice



Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.



Boletim



Arquivos



Dúvidas



Parcerias



Produtos



Arte



Links



Índice

Nossos
Arquivos

Porquê nós somos mamíferos



Raquel Pereira

"MAMÍFEROS: animais que tem mama e amamentam a sua cria"

Para nós humanos (dotados de inteligência), a evolução e a nossa civilização parece que nos distanciou bastante dos costumes dos nossos ancestrais e nos levaram a esquecer que somos mamíferos. Hoje vemos as nossas crianças em atos de protesto, "sorrindo ou chorando", tentando nos abrir os olhos.

- Sorrindo: quando vemos inteligentemente uma propaganda que mostra as nossas "crias" saudáveis, apesar de não ser o objetivo da propaganda, nos chamando à atenção para este importante detalhe "também somos mamíferos".

- Chorando: quando vemos essas mesmas "crias" doentes, hospitalizadas por doenças que matam bebês, que poderiam ser em grande parte evitadas se observássemos o detalhe de sermos mamíferos. O relatório da Unicef nos mostra: mais de 2 milhões de crianças menores de 5 anos morrem desnecessariamente, a cada ano, devido à desidratação causada pela diarreia. E esta continua sendo umá das causas básicas da desnutrição.

Nos EUA pesquisa demonstram que crianças alimentadas artificialmente tem um risco 10 vezes maior de ser hospitalizadas por qualquer infecção bacteriana e 4 vezes maior de apresentar bacteremia (infecção generalizada) e meningite. Já se sabe que ao nascimento alguns órgãos e sistema encontram-se ainda em formação, como é o caso do sistema imunológico (defesa) e que só o leite materno tem os componentes necessário para o seu completo desenvolvimento.

Logo, a criança nos seus 6 primeiros meses de vida deve receber, exclusivamente, leite materno, e devemos continuar a amamentação até os 2 anos de idade com a introdução de outros alimentos para uma maior proteção contra as doenças da infância. Não é recomendável a introdução do leite de vaca na dieta das crianças antes do primeiro ano de vida, por se tratar do mais

comum alergeno nesta fase de vida.

O Leite Materno também é elaborado para ajudar no crescimento e desenvolvimento do cérebro e sistema nervoso central - órgão e sistema mais distintos do ser humano, inclusive alguns trabalhos tem demonstrado um melhor desempenho do QI (coeficiente de inteligência) nas crianças amamentadas e os escores mostraram-se diretamente correlacionados com a duração da amamentação.

O aleitamento materno não é só uma questão nutricional, é muito mais que isso. O momento mágico do ato de amamentar é insubstituível para o fortalecimento do vínculo afetivo mãe e filho, proporcionando assim um completo crescimento e desenvolvimento bio-psico-social da criança.

"Cada espécie de mamífero tem o leite ideal para a sua cria". Hoje já se começa a ter consciência do alto preço que estamos pagando pela introdução indiscriminada de fórmulas infantis (leite industrializados) na alimentação do recém nascido e por não respeitarmos a nossa condição de mamífero.

Precisamos reverter este quadro, e para que alcancemos esse objetivo é importante que cada um de nós entendamos que o aleitamento materno é responsabilidade de todos. De todos aqueles que compõem a sociedade, cada um cumprindo a sua parte e com isso dando condições à mulher-mãe de cumprir a sua porque afinal NÓS SOMOS MAMÍFEROS.

Dra. RAQUEL DA ROCHA PEREIRA

Diretora superintendente da Maternidade Darcy Vargas

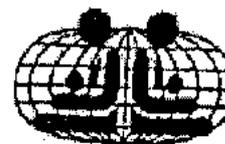
Presidente do Congresso do Cone Sul de Aleitamento Materno

Vice-presidente do Comitê de Aleitamento Materno de S.C.

[Início da Página](#) | [Página de Abertura](#) | [ORIGEM](#) | [WABA](#) | [IBFAN](#)

O que é a IBFAN?

A IBFAN é uma rede de pessoas ou grupos que trabalham para a melhoria da nutrição e saúde infantil.



IBFAN

A IBFAN está presente em mais de 70 países, com o objetivo de coordenar os esforços de proteção ao aleitamento materno, compartilhar informações e aumentar a consciência mundial sobre a importância da amamentação e os perigos potenciais da alimentação artificial na infância. Atua também para sensibilizar as autoridades internacionais (especialmente OMS e UNICEF) e nacionais quanto à implementação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e das resoluções e ele relacionadas.

E a IBFAN Brasil?

No Brasil, a IBFAN tem uma coordenação nacional sediada em São Paulo e coordenações locais em 28 cidades do país. As coordenações locais são compostas por profissionais ligados a organizações não governamentais de defesa da cidadania, a grupos de incentivo da amamentação ou serviços de saúde.

O que faz a IBFAN Brasil?

As atividades da IBFAN Brasil são:

- monitorar o cumprimento à Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (Resolução 31/92 do CNS);
- colaborar com a vigilância sanitária e com o INAN/MS na implementação da Norma Brasileira;
- divulgar a Norma e esclarecer os profissionais de saúde sobre sua importância;
- produzir e distribuir material educativo sobre promoção e proteção ao aleitamento materno;
- capacitar pessoas ou grupos para o monitoramento das estratégias de marketing que
- interferem negativamente na amamentação;
- apoiar grupos em países da África de língua portuguesa;
- colaborar com o esforço internacional de implementação do Código;
- participar da Semana Mundial de Amamentação e de outros eventos públicos divulgando as políticas de proteção ao aleitamento materno.

Como participar desta rede?

Qualquer pessoa ou grupos pode atuar como colaborador desta rede. Entretanto, para ser membro da rede no Brasil é necessário:

1. o compromisso de não receber qualquer benefício material ou pessoal de indústrias produtoras ou comercializadoras de leites infantis, mamadeiras, bicos e chupetas; indústrias farmacêuticas e de fumo;
2. o compromisso de participar dos monitoramentos periódicos realizados a nível nacional;
3. ser capacitado em monitoramento da Norma Brasileira nos treinamentos organizados pela rede ou em conjunto com grupos e secretarias de saúde locais.
4. divulgar a Norma e esclarecer os profissionais de saúde sobre sua importância;
5. produzir e distribuir material educativo sobre promoção e proteção ao aleitamento materno;

6. capacitar pessoas ou grupos para o monitoramento das estratégias de marketing que interferem negativamente na amamentação;
7. apoiar grupos em países da África de língua portuguesa;
8. colaborar com o esforço internacional de implementação do Código;
9. participar da Semana Mundial de Amamentação e de outros eventos públicos divulgando as políticas de proteção ao aleitamento materno.

AM 24hor@s

<http://www.aleitamento.med.br>

[Início](#) | [Pais e Mães](#) | [Profissionais](#) | [Mãe-Canguru](#) | [Forum-M-Canguru](#) | [Livraria](#) | [Eventos](#) | [Organizações](#) | [Links](#)

[Quem Somos](#) | [Créditos](#) | [Fale Conosco](#)

ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO: 26.Abr.2001

WABA
World Alliance for Breastfeeding Action
Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno

O QUE É A WABA?

A WABA é uma rede mundial que reúne pessoas, instituições e outras redes que trabalham em prol da amamentação. A WABA é como um grande "guarda-chuva" que abriga todos os que atuam nas mais diversas áreas: grupos de apoio mãe a mãe, profissionais de saúde, defensores do Código Internacional para Comercialização de Alimentos para lactentes, entre outros.

QUAIS AS PRINCIPAIS ATIVIDADES DA WABA?**Semana Mundial da Amamentação**

A principal ação da WABA é a Semana Mundial da Amamentação, que vem sendo celebrada desde 1992. A cada ano, o mundo todo reúne-se para discutir um tema:

- 1992 - Hospitais Amigos da Criança
- 1993 - Amamentação: Direito da Mulher no Trabalho
- 1994 - Fazendo o Código funcionar (Código Internac. Comercialização de Substitutos do Leite Materno)
- 1995 - Amamentar Fortalece a Mulher
- 1996 - Amamentação - Responsabilidade de Todos
- 1997 - Amamentar é um ato Ecológico
- 1998 - Amamentação - O Melhor Investimento
- 1999 - Amamentar: Educar para a Vida
- 2000 - Amamentação & Direitos Humanos
- 2001 - ?

São mais de 100 países que comemoram a SMAM, nas primeiras semanas de Agosto e Outubro. O Brasil é responsável pela coordenação internacional da Semana Mundial da Amamentação, desde 1996.

Mulher, Trabalho e Amamentação

A WABA desenvolve um projeto de apoio à mulher trabalhadora, através de um fundo de pequenos projetos, da realização de seminários e ações junto a Organização Internacional do Trabalho com vistas a garantir o avanço e cumprimento dos direitos da mulher trabalhadora no que se refere a maternidade.

Global Participatory Action Research.

É uma iniciativa da WABA no sentido de possibilitar a realização de pesquisas, baseadas em uma metodologia participativa de avaliação da situação do aleitamento materno em países de todo o mundo.

O QUE FAZ A WABA BRASIL ?

A WABA Brasil concentra seus esforços na organização da Semana Mundial da Amamentação. Trabalhando em coordenação com o Unicef, Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde e ONGS de todo o Brasil, a WABA vem liderando os esforços para promoção da Semana Mundial da Amamentação no Brasil reproduzindo materiais internacionais como o folder de ação que oferece subsídios para as atividades durante a Semana.

Além da SMAM, a WABA Brasil participa de outras iniciativas em conjunto com grupos de amamentação e a Rede IBFAN.

COMO PARTICIPAR DA WABA?

Para fazer parte da WABA, a única exigência é que seja uma pessoa que defende a amamentação e que mantenha o compromisso de não receber qualquer benefício material ou pessoal de indústrias que produzem ou comercializam leites infantís, mamadeiras, bicos ou chupetas.

VISITE O SITE DA WABA Brasil: <http://www.elogica.com.br/waba>

AM 24hor@s

<http://www.aleitamento.med.br>

[Inicio](#) | [País e Mães](#) | [Profissionais](#) | [Mãe-Canguru](#) | [Forum-M-Canguru](#) | [Livraria](#) | [Eventos](#) | [Organizações](#) | [Links](#)
[Quem Somos](#) | [Créditos](#) | [Fale Conosco](#)

ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO: 26.Abr.2001

Amamentar é um ato ecológico

BREASTFEEDING IS AN ECOLOGICAL ACT AMAMENTAR É UM ATO ECOLÓGICO AMAMANTAR ES UN ACTO ECOLÓGICO ALLATTARE È UN ATTO ECOLOGICO ALLAITER C'EST UN ACTE ECOLOGIQUE STILLEN IST EIN ÖKOLOGISCHER AKT BORSTVOEDING IS NATUURVRIENDELIJK A GI BRYST ER EN EOKOGISK GJERNING SUCIGADO ESTAS EKOLOGIA AGO

Cada vez que uma mãe oferece a seu filho leite de vaca industrializado, ela não pode imaginar o quanto ela está prejudicando não só a saúde de seu bebê como também a de nosso planeta.

A produção de leite de vaca, em pó ou in natura impõe: a pecuária de extensão e o consequente desmatamento de nossas florestas. Sem falar no desnecessário gasto energético e de recursos, na enorme produção de lixo e na liberação de toxinas e gases poluentes na atmosfera consequentes da fabricação de bicos, mamadeiras, chupetas e de outros produtos (muitas vezes não recicláveis e não bio-degradáveis) utilizados nas embalagens deste tipo de alimento.

NÃO DEIXE DE SER MAMÍFERO - AMAMENTE SEU FILHO

- O Leite Materno é um recurso natural renovável de alto valor biológico.
- O Aleitamento Materno é um direito ecológico de todos os mamíferos!
- A espécie humana é a única que oferece às suas crias leite de outro animal.



IBFAN RIO 92

Campanha do IBFAN Rio na RIO 92 - GLOBAL FORUM

AM 24hor@s

<http://www.aleitamento.med.br>

Início | Pais e Mães | Profissionais | Mãe-Canguru | Fórum-M-Canguru | Livraria | Eventos | Organizações | Links
Quem Somos | Créditos | Faça Conosco

ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO: 26.Abr.2001

3 O GRUPO ACONTECE...

PRIMEIRO ENCONTRO

Vamos iniciar mais um grupo de anticoncepção. Quem são essas pessoas? Como chegaram até aqui? Estão sabendo como o grupo funciona?

Os prontuários estão na sala assim como o material de apoio: Kit com os métodos contraceptivos, folhetos informativos sobre cada método anticoncepcional, para serem distribuídos; boneca "Germide"; modelo pélvico de gesso para demonstrar a colocação do DIU; álbum seriados etc (6). As vezes temos tempo, antes de começar, de nos prepararmos para receber as pessoas nos recordando dos objetivos do atendimento, lendo os prontuários, organizando a sala. Outras vezes, saímos de outra atividade direto para o grupo. Isso dá diferença na nossa disponibilidade para ouvir, na capacidade de percebermos o movimento do grupo e na forma como iniciamos o trabalho para atender as pessoas, naquilo que vêm buscar: uma resposta para a questão de como evitar filho.

Quando começamos com os grupos de anticoncepção de quatro encontros, iniciávamos com atividades de autoconhecimento e com os métodos naturais. A forma atual do grupo, surgiu a partir de nossa observação de que a seqüência dos assuntos deveria partir da **NECESSIDADE IMEDIATA** daquelas pessoas em relação à sua prática em concepção/contracepção e à curiosidade por outros métodos, até então desconhecidos e/ou não-experimentados ainda. Caberia a nós irmos introduzindo outros assuntos, reflexões e informações à medida que necessitassem de novos elementos.

Nem tudo dá para ser resolvido da primeira vez... As mulheres só vão perceber isso no último encontro... mas para isso é preciso voltar. Trabalhamos, então, tentando criar um vínculo a partir da necessidade delas de modo que queiram continuar seu processo de reflexão e decisão. Afinal, não é fácil deixar casa, filhos, trabalho, para vir ao Posto de Saúde: quatro semanas seguidas.

A partir das apresentações e conversando sobre as expectativas, vamos construindo "o chão do grupo". São trazidos conhecimentos, vivências e emoções ligadas à questão de **COMO TEM SIDO PARA CADA UMA NO EXERCÍCIO DE SUA SEXUALIDADE DECIDIR SE QUER OU NÃO TER FILHOS**, como o tem feito, o que tem usado, a quem tem recorrido (serviço de saúde, amigo, parente etc), formando, assim, a história da concepção/contracepção dessas mulheres.

"Pílula", "camisinha" e "laqueadura", destacam-se como os métodos mais conhecidos para a maioria delas. Revelam, também, nesse momento, a prática comum da automedicação por anticoncepcional oral e falam da aceitação e/ou resistência do parceiro e dela própria à camisinha. Laqueadura aparece como o desejo de muitas.

Verificamos com elas qual o método que estão usando atualmente e como continuaram até o grupo terminar. Afinal, só com a participação no grupo não se tem e não se evita filhos. Temos, então, uma conversa inicial sobre o método provisório a ser utilizado até a consulta médica de anticoncepção e como irão usá-lo. Geralmente, esses métodos são o anticoncepcional oral e a camisinha. No caso daquelas que já vêm utilizando "pílula/comprimido", verificamos se estão usando corretamente, reforçando para não interromper, até o término do grupo. Em relação à camisinha, troca-se experiência sobre a sua colocação, sobre os cuidados para não estourar/rasgar, sobre as possíveis interferências na relação sexual, acrescentando, também, outras informações sobre seu uso.

"Não adianta colocar a camisinha só na hora de gozar", "sempre que houver penetração colocar camisinha por causa da secreção do parceiro quando excitado". Surpresa, muito riso, falar de sexo, do parceiro e de outras possibilidades na relação sexual, ainda é difícil. Vergonha, curiosidade, insegurança e decepção também, afinal nenhum método é maravilhoso. Precisa-se de um certo esforço para entender, para falar com o parceiro, para decidir. Mais um trabalho...

Frequentemente, temos crianças no grupo. Às vezes fica difícil para a mulher participar por necessitar dar atenção ao filho. Chegam a se desculpar por terem trazido. Percebemos olhares para a mãe, quando a criança chora, se suja ou mexe nos materiais da sala. Temos abordado a questão que muitas vezes é difícil ou impossível para as mulheres dividirem com alguém o cuidado dos filhos, para poderem se divertir, trabalhar ou mesmo cuidar de seus interesses (como, por exemplo, participar desse grupo). Falamos que vamos trabalhar com elas, sabendo que de vez em quando vamos precisar parar para resolver alguma situação das crianças. Isso pode ser visto como um "detalhe", mas que precisa ser falado para não trazer constrangimento, e ser visto como parte da vida de

muitas mulheres. Geralmente, organizamos um caminho na sala para as crianças.

Passado esse momento inicial, com as pessoas mais à vontade e sabendo um pouco de cada uma, perguntamos qual o método que querem conhecer primeiro. Isso varia de grupo para grupo. Começamos, então, a conversar sobre como age no corpo, como ele é, onde é colocado. O método escolhido pelo grupo vai passando de mão em mão, enquanto vão fazendo comentários sobre o material, contando casos de pessoas que já usaram ou que ainda estão usando. Surgem relatos positivos e negativos em relação ao método em questão. Trazem dúvidas, mostram medo e/ou vontade que fosse mais simples. Falam, também, que gostariam de terem sido orientadas antes de terem tido sua primeira relação sexual.

Preocupamo-nos em fornecer a informação correta, construída a partir de treinamentos, supervisões, reuniões de serviço, leituras de materiais do País-MS, de grupos de saúde da mulher, movimento feminista, pesquisas relativas a saúde feminina e da própria experiência adquirida nesse trabalho. Pretendemos não impor um modo de pensar que substitua a fala de cada mulher por uma outra do serviço de saúde, embora sabendo que o nosso jeito de falar, o conteúdo e a forma como trabalhamos revelem o que pensamos e o que vivemos, às vezes de maneira clara, outras não.

Naturalmente, vamos passando para o conhecimento do corpo feminino por dentro e por fora, a partir das questões delas próprias. Com auxílio de material didático disponível e imaginando junto com elas uma viagem por dentro do próprio corpo, vamos utilizando recursos que auxiliem na compreensão e na expressão de sensações, dúvidas e imagens sobre o corpo feminino. Para falar da função dos métodos, precisamos conversar sobre fecundação, ovulação, espermatozóide e óvulo. Precisamos falar do corpo do homem. Como funciona? Como ele é? Em que se difere e em que se parece com o da mulher? Novamente são utilizados recursos, que possibilitam uma compreensão do corpo masculino e do corpo feminino de modo que fique claro como cada método vai impedir a gravidez.

Prestando atenção ao tempo da reunião (duas horas), às expressões de dúvidas, de descobertas e, também, de cansaço, vamos finalizando o primeiro encontro e engatando para o segundo, perguntando sobre qual o próximo método que querem saber. Deixamos no ar uma pergunta: como o método escolhido como próximo tema faz para ajudar a evitar a gravidez?

Ao final, marcamos o próximo encontro e distribuímos os folhetos sobre os métodos vistos nesse encontro.

O DIU (Dispositivo Intra-Uterino) surge como um dos métodos que "não precisa pensar toda vez que vai ter relação sexual". Aquelas que o escolheram ficam querendo não ter dor, rejeição ao método etc. Outras nem pensam no DIU por não quererem algo estranho dentro do próprio corpo. "Medo, muito medo de engravidar ou de ter dorça ruim". Existe muita tensão delas, próprias e/ou dos companheiros. Nesse momento, muitas falam que os homens também precisavam de um grupo desse tipo para eles. Falam das suas conversas em casa, a partir dos assuntos do grupo. Dizem que eles também estão tendo os folhetos de cada método que levam ao final de cada encontro.

A partir da informação sobre a necessidade de exame ginecológico e dos cuidados fundamentais para se fazer uso do DIU, são abordadas, também, questões sobre o exame preventivo do câncer cérvico uterino e de mama, assim como sobre a consulta ginecológica e o significado desse momento para cada uma.

Em relação ao ANTICONCEPCIONAL ORAL (AO), geralmente iniciamos perguntando para onde vai o comprimido quando o engolimos e como ele faz para impedir uma gravidez. "Vai para o útero onde forma uma massa, vai para o estômago, para o ovário" são algumas das respostas que surgem. Como já tínhamos conversado sobre o processo de ovulação, fica mais fácil retrair a informação e os materiais de apoio, conversando sobre o caminho do remédio no corpo, como interfere no ciclo menstrual, a sua composição, a história de seu surgimento, como começou a ser usado, amplamente pelas mulheres, por que precisa ser ingerido regularmente conforme prescrição, quais as contra indicações etc.

São muito comuns expressões de tristeza pelo fato de não poderem usar o AO por contra indicação médica. Manifestam desejo de que trocando de marca (de AO) não tivessem reações contrárias à sua saúde.

Surgem depoimentos que revelam inadaptação aos métodos hormonais tais como: "toneteira, nervosismo, engordar ou emagrecer, enjojo, dor de cabeça, varize, inchaço, perda de vontade de ter relação sexual etc.". Existem, também, mulheres que fazem uso do AO e se sentem bem e que só vão trocar por motivo de idade ou como dizem: "para dar um tempo".

Quando ao DIAFRAGMA comentam: "é grande", "duro", "onde é colocado?", "fica lá dentro?", "o homem sente?", "até que é molinho", "esse não quero porque dá trabalho", "meu marido pode colocar para mim?", "vou experimentar mas se não der certo posso trocar de método?", "vou usar porque esse não faz mal à saúde". Nesse momento conversamos, também, sobre o ESPERMÍCIDIA e sua função, quando utilizado com o diafragma, com a carnisinha ou sozinha.

SEGUNDO E TERCEIRO ENCONTROS

Começamos a nos esquecer para os encontros, recordando-nos das pessoas, suas histórias e do próprio grupo.

Quem está voltando? Quem está faltando? As vezes ficamos sabendo o motivo da falta, outras vezes não. Algumas voltam algum tempo depois para continuar em outro grupo. Outras, ao final, pedem para repetir, dizendo que querem conversar mais para poder escolher o método que vão usar.

Perguntamos, sempre, como estão chegando e como passaram a semana. Vamos nos reaproximando. Dizem que conversaram com o companheiro, falaram com a vizinha ou nada pensaram sobre o que está sendo tratado aqui. A Coordenação pergunta se lembram do método que escolheram para falar primeiro. Geralmente, surgem perguntas que variam dependendo do método que foi escolhido, como por exemplo: "Onde se coloca o diafragma?", "DIU é abortivo?", "Como fazer a tabela?", "E a injeção, faz mal?", "Tem que tomar o comprimido todo dia?" "Quem engravidou com o DIU tem problema?". Enfim, são muitas as histórias que nos levam a falar dos medos e das sensações em relação a cada um.

Ver, pegar e localizar, através dos materiais didáticos onde e como atuam em nosso corpo e quais são as vantagens e desvantagens de cada um, é a nossa tarefa nesse momento. Assim, não estamos preocupadas, ainda, com a escolha desse ou daquele método, mas com a possibilidade de terem os elementos que dependam de nós para entrarem em contato com esta questão e, dentro do possível, decidirem. Compete a nós possibilitar o acesso às informações disponíveis, manter esse espaço onde emerge a questão da concepção/contracepção junto com sua história, sua religião, sua família, sua concepção de certo ou errado.

O grupo reflete a variedade de situações que acontece na nossa sociedade. São muitas as idéias, as vivências e as dúvidas, que surgem ao longo dos encontros. Relatam, também, algumas maneiras para evitar filho que aprenderam com outras mulheres, como por exemplo: "Pular três vezes após ter a relação sexual", "Tomar um copo d'água e ir ao banheiro"; "Colocar na vagina um comprimido de Melboraal"; "deitar de bruços após a relação sexual"; "colocar na vagina algoão embebido em vinagre". Frente a essas colocações a coordenação trabalha, refletindo com elas se essas práticas podem realmente evitar filho, considerando o que vêm sendo discutido sobre o funcionamento do corpo feminino/masculino. Achamos importante não contrapor os saberes (técnicos e popular), mas a partir dessas vivências e conhecimentos trazidos no grupo, construir um outro saber.

Falamos da geléia, do supositório, da espuma, suas vantagens e desvantagens e de como e quando devem ser usados.

Simultaneamente à discussão sobre o diafragma, surge a questão da relação das mulheres com seu próprio corpo, sua educação desde menina, se têm ou não vergonha de colocar o próprio dedo na vagina para sentir o colo do útero e para verificar a colocação do diafragma. Aparecem, também, as preocupações com as condições de moradia, com o número de pessoas que dormem no mesmo cômodo, em que momento deve ser colocado, quando deve ser retirado, cuidados, enfim todas as informações sobre seu uso.

Tendo conversado sobre os métodos mais conhecidos e/ou outros que despertam muita curiosidade, a coordenação estimula o grupo para continuar refletindo e coloca a pergunta: "e se nós conseguíssemos saber a época de nossa ovulação? Afinal enquanto o homem é fértil todos os dias a mulher tem períodos de fertilidade. Como conseguir descobrir esse período da mulher?".

A motivação para conhecer os métodos naturais relaciona-se com essa possibilidade de descobrir a época do mês em que a mulher é fértil, embora não pretendam, na maioria dos casos, escolher um desses métodos. Fazer exercícios para aprender a TABELA tem possibilitado verificar como esse método tem sido transmitido de umas para outras, como entenderam até aqui o funcionamento do corpo feminino, além de ressaltar a importância de se anotar o primeiro dia da menstruação, como um dado importante referente à saúde da mulher.

Para aprender a fazer a TABELA precisa-se saber contar, calcular e sinalizar no calendário. Para algumas mulheres, isto traz constrangimento devido à dificuldade de ler e escrever. Com cuidado, vamos procurando um jeito de descobrir com elas, como marcam no dia-a-dia a passagem das semanas e dos meses. Enfim, buscamos ajudá-las a transpor o "não sei" para o "posso aprender de outro jeito". A maioria das mulheres não tem o hábito de anotar a data da menstruação regularmente, o que dificulta para aprender, nesse momento, a calcular o seu período fértil. Falamos que quando quiserem podem voltar para calculá-las com elas, a partir de suas anotações.

Como já foram abordadas questões sobre o corpo feminino, corpo masculino, ovulação e fecundação, fica mais fácil falar, também, sobre os métodos do MÚCO E TEMPERATURA, além da possibilidade de reunir essas informações sobre o próprio corpo feminino, o que se constituiria no método SINOTERMICO. Conversamos sobre as experiências de auto-observação e o que sentem entre uma menstruação e outra. Falamos, também, da alteração deste ciclo natural, quando a mulher faz uso de anticoncepcional oral.

A LAQUEADURA TUBÁRIA surge com frequência nos grupos, no desejo de "querer ligar" ou no relato sobre vizinhas que "já ligaram". Aproveitamos para falar da VASECTOMIA, "a ligadura do homem", geralmente desconhecida pela maioria. É muito comum relatarmos casos de pessoas que "ficaram frias" após a "operação" e perguntarem se "o homem continua potente", enfim, questões que interferem na sexualidade e não só na fertilidade. Além de acharmos importante deixar claro em que consistem essas cirurgias (retomando os conhecimentos já adquiridos nesses encontros), consideramos fundamental conversar sobre a irreversibilidade desses métodos para a maioria dos casos, ressaltando a importância das pessoas terem oportunidade de refletir sobre essa decisão. Através desses grupos, temos verificado como esses métodos estão divulgados nessa comunidade e quais os caminhos mais comuns que têm encontrado para conseguir a laqueadura tubária. Chama a atenção o número de mulheres na faixa de 20 anos e, até mesmo, abaixo, que descrevem "ligar" uma vez que já têm um ou dois filhos.

Geralmente, até o terceiro encontro conseguimos conversar sobre a maioria dos métodos. Dessa forma poderemos, no quarto encontro, trabalhar o que ficou faltando e usar algum outro recurso que, simplesmente e sirva de material de reflexão, como, por exemplo, um vídeo sobre o assunto desse grupo.

QUARTO ENCONTRO

Nessa última reunião estamos mais à vontade com as pessoas e com o grupo como um todo.

Nesse dia, vamos marcar a consulta médica individual de anticoncepção, quando serão feitos os exames necessários e a prescrição do método de acordo com o seu quadro clínico e o método escolhido. Percebemos uma grande expectativa nesse último dia, quando teremos o fechamento dos quatro encontros. Logo no início da reunião, sentem necessidade de falar da consulta, da data, do horário, do profissional que vai atender e dos exames a serem realizados, além dos desdobramentos, dependendo do método escolhido. Às vezes fazemos logo no início o agendamento para a consulta.

Surtem opiniões sobre o método em que mais confiam, comparações entre os mesmos e falam do método escolhido. Verificamos que essa escolha não depende só das informações e que os critérios de confiança passam por questões subjetivas relativas a representações de seu próprio corpo, a sua experiência em concepção/contracepção até o momento, relacionamento com o parceiro, ambivalência em relação à maternidade etc.

Percebemos que para muitas das participantes desses grupos é como se

fossem escolher um método para o resto da vida. Demonstram, ainda, medo de trocar de método e não dar certo. Achamos importante ressaltar que, com exceção das cirurgias, os métodos podem ser usados ao longo de nossa vida reprodutiva, desde que tomemos alguns cuidados ao fazermos a troca. Reforçamos a importância de não abandonar o método antes de estarem utilizando adequadamente outro.

A partir de nossa experiência, percebemos que a escolha do método pelas mulheres é imprevisível. As vezes, aquela que achávamos que escolheria um determinado método por causa de suas idéias é participação no grupo não o faz, enquanto outra que achávamos que não mudaria de opção, decide experimentar outro método e, até mesmo, abrir a oportunidade de se auto-observar, anotando seu ciclo menstrual. Enfim, é muito importante estarmos atentas às nossas pré-concepções.

Gostaríamos que, a partir da participação nesse grupo, adquirissem conhecimentos básicos e desapercebam-se para a possibilidade de continuarem refletindo, se conhecendo, usando o método que considerassem apropriado para a sua saúde e seu momento de vida e repassassem para filhas e amigas, aumentando o número de pessoas que vivessem a questão da sexualidade e da reprodução humana de uma outra maneira.

No final, fazemos uma pequena avaliação, perguntando o que foi para elas participarem desse grupo. Como dissemos no primeiro encontro, é só nesse último que entendem a razão de nos encontrarmos tantas vezes.

Selecionamos alguns depoimentos que podem ilustrar o que representou para algumas mulheres essa participação:

"Foi muito importante para mim as reuniões do grupo de anticoncepção, acho que é necessário para toda mulher participar desse grupo para sua própria saúde, pensar nela própria, escolher o método melhor é ótima oportunidade." (MLB).

"Continuei decidida a tomar anticoncepcional mesmo depois de ter estudado todos os métodos. Apesar do anticoncepcional ser prejudicial à saúde é um método que me dá mais segurança. Mesmo sabendo que a tabela, o DIU, o diafragma, a geléia etc, sendo usados corretamente trazem resultados satisfatórios. Mesmo conhecendo todos os métodos através deste grupo. Continuei com a pílula até um dia poder cortar as trompas que é o meu sonho. Outra decisão definitiva minha é nunca mais ter filhos só por um descuido grande." (MG).

"Eu gostei muito do grupo de anticoncepção. Eu aprendi muita coisa que eu não sabia. A camisinha e o diafragma são os mais práticos. Métodos que eu

nunca ouvi falar. Como o diafragma o que eu escolhi. Escolhi porque eu vou observar melhor agora o meu corpo, durante um tempo para depois fazer a tabela. Acho que homens também deveriam participar, afinal sexo interessa aos dois. No começo eu não estava muito animada. Achava uma besteira. Tomaria o remédio (pílula) e pronto. Depois me animei, e agora me arrependeria se não tivesse vindo." (MAD).

"Camisinha — é um método muito seguro, sabendo usar, eu acho porque eu não conhecia a camisinha. Mais agora eu já usei e adorei, por isso eu vou continuar usando. Meu marido também concordou comigo de usar a camisinha porque quando um não quer dois não brigam." (DPS).

"Eu gostei de conhecer o corpo da mulher foi muito bom. Mas eu acharia melhor era a ligação pelo menos não tinha mais trabalho para nada. Ficaria tranquila para o resto da minha vida. O mais tudo bem." (MJA).

"Diafragma — é um método usado pela mulher e ajuda a mulher a conhecer o seu corpo e a ter a liberdade consigo mesma. E estar com o dedo bem limpo e a unha bem pequena para não furar o diafragma, e depois empurrar com o dedo até encostar no colo do útero, mais uma coisa importante que não pode esquecer de aplicar a geléia antes de aplicar no útero. Depois é só lavar em água corrente e passar um pouco de maionese para não agarrar. Outra coisa importante que não devemos esquecer, que só pode retirar o diafragma depois de oito horas ou mais." (DPS).

"Eu gostei mais do diafragma, porque sabendo usar direito ele protege e não prejudica a saúde da mulher e a do homem também. Eu achei que o DIU é bom, mais para mim que tenho sempre um probleminha de inflamação eu tenho medo que possa dar alguma inflamação maior. O espermicida, a geléia ou o óvulo é bom também, mas é um pouco arriscado. O remédio não me faz muito bem mais eu acho que ele previne com mais garantia, que tomando certinho tem menos possibilidade de se engravidar. A camisinha não me traz aquele conforto que eu gostaria de sentir pois eu acho que ela me machuca um pouco. Todos os métodos são bons, basta nós sabermos usar direito com paciência e cuidado. A tabela também é boa se soubermos usá-la direito." (JSS).

Embora cada grupo tenha sua dinâmica própria, podemos dizer que, de um modo geral, é o seguinte o conteúdo básico de cada encontro:

— Primeiro encontro:

- Apresentação dos participantes e coordenador.
- Levantamento das necessidades imediatas do grupo e primeiras reflexões/informações.

- Escolha de um método provisório (até o final dos encontros).
- Estabelecimento do vínculo com o grupo.
- Segundo é terêstro-est-outros:
- Os métodos (na sequência surgida, a partir do próprio grupo).
- Quarto encontro:
- Escolha do método.
- Esclarecimento de dúvidas e discussão de questões, que tenham ficado pendentes.
- Encaminhamento para consulta médica de anticoncepção.
- Utilização de outros recursos (vídeo, slide etc), conforme demanda do grupo e disponibilidade de tempo.

I CONSULTA COLETIVA DE GINECOLOGIA

O controle do câncer cérvico-uterino e de mama constitui-se numa das ações previstas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/Paism, criado em 1984 pelo Ministério da Saúde/MS (1).

De grande incidência em nosso meio, representando uma das principais causas de morbimortalidade feminina, o câncer de colo de útero e o câncer de mama contam com medidas simples e eficazes de intervenção pelos serviços de saúde e população.

O câncer de colo de útero ocupa o primeiro lugar das dez principais neoplasias malignas, que afetam a mulher brasileira, correspondendo a 23,7% destas patologias, observando-se maior incidência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (2). Os principais fatores de risco associados a ele são: níveis sócio-econômicos baixos; início da atividade sexual em idade precoce; multiplicidade de parceiros (ambos os sexos) e história de doenças sexualmente transmissíveis (principalmente: as decorrentes de infecções por papilomavírus e vírus do herpes tipo 2), devendo-se, no entanto, estar atento a peculiaridades regionais que possam determinar diferentes comportamentos epidemiológicos (3).

Já o câncer de mama representa a principal causa de óbito por neoplasias malignas em mulheres na faixa etária de 30 a 64 anos. Imagina-se que a cada ano surjam 40 mil novos casos de câncer de mama no Brasil (2). Os principais fatores de risco associados a este tipo de câncer são: mulheres com história familiar de câncer de mama; primeira gestação tardia; nuliparidade; disfunções hormonais e história de patologias mamárias benignas (displasias mamárias) (3).

Por ocasião da implantação do Paism na então Unidade de Treinamento Germano Sival Faria/Easp/Fiocruz, em 1985, uma das ações previstas pelo MS que buscávamos implementar era o controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

O objetivo do programa, nesta época, era a realização de pelo menos um

exame ginecológico anual, com coleta de citologia triplíce e exame de mama em todas as mulheres da nossa área de atuação com mais de 15 anos de idade. Para isso, contávamos com as consultas médicas individuais de ginecologia, onde eram colhidos e entregues os resultados dos exames preventivos.

Devido ao grande número de mulheres a serem atendidas pelo serviço e a carência de recursos (principalmente humanos), pensávamos em formas de aumentar o aproveitamento dos recursos disponíveis e da cobertura da população assistida* (cobertura potencial do serviço, na época, de 43%).

Nesta mesma época, tínhamos uma experiência no serviço de grupos de sala de espera**, onde se conversava sobre questões trazidas pelas mulheres relacionadas às suas vidas. Acreditávamos que poderiam ser criadas outras atividades de grupo, abordando temas específicos relacionados às ações propostas pelo País.

Assim, em 1987, optamos pela criação de um espaço de grupo (consulta coletiva de ginecologia), onde os resultados dos exames preventivos sem alterações*** pudessem ser entregues, sendo este espaço utilizado para a troca de experiências e vivências dessas mulheres em relação às suas vidas em geral e ao exame ginecológico em particular, informações sobre o exame preventivo do câncer cervicco-uterino e de mama, discussão de dúvidas etc....

A organização deste atendimento de grupo possibilitava uma outra forma de abordagem deste tema com as mulheres, bem como aumentar a cobertura da assistência ginecológica do serviço pois, ao receberem o resultado do exame no grupo, não necessitavam retornar à consulta médica individual, podendo esta ser utilizada no atendimento à outras mulheres.

* Cobertura da população = relação entre o número de pessoas atendidas pelo serviço e o número teórico de pessoas que este deveria atender.

** Grupos de sala de espera = grupos abertos que acontecem antes das consultas individuais, no espaço de sala de espera, utilizando o tempo de espera para um tempo de trabalho.

*** O resultado do exame preventivo (citologia do esfregaço cervicco-vaginal) em nosso serviço é dividido, resumidamente, em cinco classes:

- I Normal
- II Inflamatório
- III Displasia (leve, moderada e grave)
- IV CA "in situ"
- V CA invasor

Consideramos sem alteração os resultados classe I e II.

A rotina da consulta coletiva de ginecologia até hoje é a seguinte:

— O grupo acontece em único encontro, sendo agendadas no máximo dez pacientes.

— As mulheres encaminhadas para este atendimento são aquelas que não apresentaram queixas no momento do exame ginecológico, ou cujas queixas tenham sido resolvidas na consulta individual, e que apresentavam exame normal, ou com poucas alterações (por exemplo, "corrimentos"), não havendo necessidade de retorno à consulta médica.

— O grupo tem duração prevista de, aproximadamente, uma hora e é realizado numa sala destinada a este tipo de atendimento, onde se encontram diversos tipos de material educativo (*folders*, cartilhas, folhens seriados, modelo pélvico, material utilizado no exame ginecológico etc...)*.

Tendo já três anos de implantação, o grupo já apresentou diversos tipos de dinâmicas. Num primeiro momento, em 1987, com a participação de uma enfermeira e duas residentes do curso de residência em saúde pública, começamos a tentar implantar a consulta coletiva de ginecologia. Um pouco ansiosas... mas com grande expectativa e vontade de sentar e conversar com aquelas mulheres. Buscando recriar o momento da consulta individual, dramatizávamos o exame ginecológico, o que despertava nas mulheres dúvidas e anseios em relação ao exame, motivando a troca entre as diversas participantes.

Nos atendimentos de grupo privilegiamos a emergência e a troca dos diversos conhecimentos e questões trazidas pelos participantes (4). Cada um de nós tem um saber próprio decorrente de nossa prática diária, das informações que ouvimos nos diversos locais (rádio, jornal, televisão, escola, amigos...) e das nossas experiências pessoais. O profissional de saúde, também, tem um saber próprio, adquirido ao longo de sua vida, sendo parte deste mais específico conhecimento da formação acadêmica a que teve acesso. E é, assim, mais um saber a ser trocado, contribuindo para a construção de um novo saber pelo grupo.

É inegável que este conhecimento científico é muito valorizado e tem respaldo da sociedade, o que nos confere poder e autoridade, justificando o modo de muitos profissionais de saúde de socializar estas informações, temendo conseqüências em sua prática diária.

Na dinâmica do grupo, a função do coordenador é fundamental. Além de ser mais um participante que fala, ouve, troca e aprende, o coordenador tem o papel de mediador do grupo, aquele que motiva a participação e dinamiza a discussão.

* Os materiais utilizados neste atendimento de grupo se encontram relacionados em anexo.

Este é um ponto crítico do trabalho, porque ao mesmo tempo que queremos que o grupo seja flexível e aberto para a discussão de outros temas que são trazidos pelas mulheres, achamos que existe um conteúdo mínimo, neste caso relacionado ao exame preventivo ginecológico, que deve ser discutido e que constitui o objetivo deste atendimento de grupo. Saber ouvir o que está sendo trazido e, ao mesmo tempo, não deixar que a discussão se "perca", é uma das atribuições do coordenador e se constitui num exercício/aprendizado constante.

Quando falamos em ouvir, estamos nos referindo não só à escuta em si, mas a uma forma mais ampla de perceber o que o outro está trazendo, seja na fala, nos gestos, na postura, no olhar e, muitas vezes, nas entrelinhas de uma estória ou de uma queixa.

Mas nem sempre é fácil exercer esta função. Muitas vezes, ficamos mobilizados com os temas levantados e/ou tendemos a centralizar a discussão, tomando o grupo muito informativo.

Às vezes, como já aconteceu inclusive no nosso serviço, a mudança do coordenador acarreta uma mudança no enfoque do atendimento do grupo. Por isso, é fundamental que o profissional reflita sobre os objetivos do atendimento e o seu papel como coordenador.

Não existe um profissional de saúde próprio para este tipo de atendimento. Este pode ser médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, agente de saúde, e outros. No entanto, independente de sua formação básica, torna-se necessária uma capacitação específica para esse tipo de atendimento, através de treinamentos, sensibilizações, leituras, discussões etc... Além disso, seria fundamental, também, para os profissionais a garantia de um espaço onde pudessem estar, continuamente, se trabalhando, refletindo e avaliando a sua prática.

Desde 1989, até o momento atual, o grupo tem apresentado a seguinte dinâmica. Num primeiro momento nos apresentamos e explicamos a proposta do trabalho: o porquê de ser em grupo, seus objetivos, e a possibilidade de não participar da atividade, caso não haja interesse. Partindo, então, da vivência dessas mulheres, começamos a conversar um pouco sobre o que é este exame, para que serve, porque fizeram, como se sentem fazendo, experiências passadas, estórias, dúvidas, medos, tabus...

"A gente quer saber o que tá passando com a gente, o que tem lá dentro."

"É bom, ainda mais com a AIDS."

"Ele evita o câncer."

"Tem dois anos que eu não faço o preventivo e vou querendo logo saber."

"É pra ver se tem alguma ferida."

"Eu fiz porque estou querendo engravidar."

Tendo como fio condutor a questão do exame preventivo, surgem questões relacionadas à condição feminina que são discutidas no grupo, como autoconhecimento, sexualidade, maternidade, relação com o companheiro, cuidado com a saúde, medo de doença ruim... Dentre os temas conversados nos grupos, dois colocados com muita frequência pelas mulheres são o medo e a vergonha de fazer o exame ginecológico.

"Tenho medo e vergonha. Medo do que pode ser o resultado e não ter mais jeito. Vergonha eu não sei. Eu sou, fico nervosa. Acho que é besteira porque é para o nosso bem. Mas não adianta."

"Tenho medo de fazer e pegar AIDS."

"Com homem fico com vergonha. Mulher é o mesmo sexo que a gente."

"A vergonha não é porque é médico. Mesmo com mulher eu sinto."

"Eu faço e gosto. Não tenho vergonha nenhuma. Como é que eu vou saber o que eu tenho por dentro? Só o médico pode dizer..."

Em nossa sociedade, o corpo feminino, seus ritmos biológicos e suas manifestações são considerados sujos e vergonhosos, não devendo ser olhados, locados, falados e sentidos... Estes passaram a ser subordinados ao saber/poder médico, sendo retirados da mulher a satisfação e a possibilidade do conhecimento e controle dos seus próprios corpos. O exame médico se torna uma invasão e apropriação de um corpo e seus segredos que elas desconhecem (5).

"É uma parte ínfima da gente. Penso se ele vai reparar, saber como eu sou. Isso é a minha vergonha."

"Quando eu faço o exame eu olho para o teto."

"Eu fecho até os olhos."

"Eu tenho curiosidade para ver por dentro."

"Eu prefiro não ver porque se olhar vou ficar mais nervosa."

"Eu não queria ver. Aquilo é a coisa mais feia do mundo."

"Eu gostaria de ver. Não esqueço a enxada. Querla ver lá dentro como são as coisas."

"É melhor não ver para não preocupar."

"Eu olho tudo."

"Eu não olho nada."

A garantia de um espaço de atendimento de grupo onde todas estas questões possam ser abordadas e discutidas não o caracteriza como o único espaço educativo do serviço de saúde. Entendemos que a educação em saúde está presente nos serviços em todos os momentos e relações que se estabelecem entre profissionais e usuários. A educação é um processo dinâmico e contínuo em que estamos, continuamente, nos educando, sendo educados e educando os outros.

Acreditamos, também, que não existe um conhecimento universal, único, pronto, mas que este está sendo sempre construído pela troca de saberes entre os diversos sujeitos. Sendo assim, cada um de nós tem sempre muito a ensinar e a aprender e é fundamental ouvir o outro, reconhecendo e considerando o conhecimento que ele irá consigo (6).

Assim, no relato das mulheres percebemos o quanto a consulta individual de ginecologia tem sido pouco usada como um momento de troca, embora, em alguns casos, o atendimento seja considerado satisfatório por elas. A maior queixa destas mulheres é de não serem ouvidas, de não conseguirem dizer o que sentem, percebem e sabem de seus corpos e vidas. Muitas vezes, elas referem que a própria queixa principal que motivou o atendimento não foi ouvida ou resolvida.

"Eu falei para o doutor que estava sentindo essa dor mas ele não me passou nada."

"Eu fico em casa pensando nas coisas que eu vou falar. Só que chega na hora o doutor me deixa nervosa, não consigo dizer nada e continuo sentindo tudo,

continuo com os mesmos problemas."

"Eu não pergunto. Fico sem jeito, com vergonha."

"Eu não pergunto. Confio no médico. Se ele diz que tá bom eu vou embora."

"Tem um doutor aí, não dá vontade de perguntar nada. Fico calada."

"Fui bem atendida. O médico não foi bruto nem ignorante."

"Muito bom, porque a doutora conversa com a gente, procura saber o que está sentindo."

"O médico me escutou, e isso é muito importante."

"Quando conversa é melhor."

"O médico deve ser mais educado, mais paciente."

As orientações, quando dadas, são individualizadas, com excessiva medicalização, descontextualizadas de suas realidades sociais. As doenças vistas como defeitos em partes isoladas de um corpo, cujo conhecimento pertence, exclusivamente, ao médico.

"Fiz o preventivo com o Dr... que não me perguntou nada. Passou o remédio e me mandou embora."

"Estava com inflamação e o médico me passou remédio mas não deu explicação nem orientação."

"Eu não sei nada sobre o exame. Passa o remédio e a gente vai embora. Não pergunto nada. Não dá tempo."

Sabemos que o cotidiano de um serviço de saúde muitas vezes dificulta a nossa prática, como o número grande de pacientes a serem atendidos, o pouco tempo disponível para a consulta e a dificuldade de algumas pacientes de colocarem suas questões. Apesar desses limites, torna-se necessário uma reflexão contínua sobre esse momento da consulta individual, avallando-se o tipo de relação que nele estamos estabelecendo e a qualidade de atendimento que estamos prestando à população.

No início da consulta coletiva, quando explicamos a proposta do atendimento, muitas pacientes ficam ansiosas e referem que preferiam receber o resultado do

exame com seus próprios médicos. Colocamos que elas podem participar do grupo e serem encaminhadas, posteriormente, para receberem o resultado na consulta individual. E, em geral, o que acontece é que ao final do grupo, após todas as trocas de relatos, vivências, dúvidas, emoções, estabelece-se uma relação de confiança entre as mulheres e elas optam por receber o resultado no próprio grupo.

Entregamos, então, o resultado dos exames, prescrevendo medicamentos normalizados, quando necessário. Todos os casos de queixas não-ouvidas ou não-resolvidas, bem como os casos que necessitem de reavaliação, são encaminhados ao ginecologista.

Acreditamos que quando as mulheres percebem que os seus problemas de saúde, revelados tanto nos resultados dos exames como nas suas queixas, são comuns também às outras mulheres do grupo, as sensações de solidão e até mesmo de culpa, frequentemente associadas às doenças, ficam diminuídas. E percebem, também, que, muitas vezes, a resolução destas questões não envolve apenas cuidados individuais, mas requer a tomada de ações de caráter coletivo, que atuem e modifiquem a realidade social em que vivem (7).

Antes de encerrarmos o atendimento, conversamos um pouco sobre o auto-exame de mama, sua importância, o que as mulheres sabem sobre isso, se fazem, como fazem, a melhor época para fazê-lo etc...

"Uma vez fiz o preventivo com o Dr... e ele não examinou a mama. Não começa pela mama?"

"Eu examinei e tenho um caroço. Eu descobri e a doutora disse que é uma glândula."

"Minha irmã tirou uma mama toda. Começou como um carocinho..."

"Tenho medo de tocar e descobrir."

"Eu examinei todo dia."

"Eu vi na televisão. Pega só na pele, bem de leveinho..."

Reforçamos, nesta hora, a importância do exame de mama, como uma etapa imprescindível do exame ginecológico, realizado pelo profissional de saúde. E incentivamos a prática do auto-exame, pois, em grande percentual dos casos, é a própria mulher que identifica a sua patologia mamária (8).

Trabalhamos a questão do auto-exame de mama, como possibilidade de cada mulher estar continuamente se cuidando, se observando, se conhecendo. De perceber que a mama não é lisa nem homogênea, mas que apresenta uma granulação própria, que é variável e individual. E que cada mulher pode ter, através do toque de suas mãos, a memória do que é normal da sua mama, podendo reconhecer alterações e contribuir para o diagnóstico precoce de alguma patologia.

No grupo, possibilitamos, também, um espaço onde se possa conversar sobre os métodos que surgem com essa prática como o de se tocar e descobrir alguma doença, medo de morte, da possibilidade da perda da mama, das consequências disso em sua vida pessoal, e outros.

Utilizando, então, uma mama de silicone que contém nódulos, ensinamos e treinamos a técnica de palpação e identificação desses nódulos, suas características, diferenças entre os nódulos benignos e malignos e o tipo de conduta a ser tomada em cada caso.

Ao final do grupo, distribuímos folheters sobre a prevenção do câncer de colo e de mama, e fazemos uma avaliação do atendimento que tem sido favorável.

"Eu achei melhor assim."

"Achei bom porque a pergunta de um tira a dúvida da gente também."

"É melhor com todo mundo."

"Gostei. Agora que eu sei como é o exame não vou mais ter medo de fazer."

Além dessa avaliação, temos pensado, também, em abordar as mulheres que já participaram, anteriormente, da consulta coletiva de ginecologia e que estão retornando ao grupo. O objetivo é ouvir destas mulheres de que forma esse tipo de abordagem influenciou suas vidas, sua relação com o corpo, representações de saúde e doença, autocuidado, relação com os profissionais e serviços de saúde etc...

Uma das questões que temos pensado em nosso serviço, relacionada aos atendimentos de grupo, tem sido a forma de registro dessas atividades. No caso da consulta coletiva de ginecologia, no registro que fazemos anualmente anotamos o número de mulheres atendidas no grupo, número de profissionais presentes, o tempo utilizado no atendimento, os resultados dos exames (patologias mais comuns), e os temas abordados durante o grupo (anexo 1).

Esse registro tem sido suficiente para gerar os dados utilizados nos cálculos de produtividade do serviço. No entanto, ele não contempla todo conteúdo presente nos relatos trazidos no grupo que, ao nosso ver, poderia ser de grande utilidade para o serviço.

A análise desse conteúdo pode, por exemplo, nos dar elementos para conhecer melhor a população que estamos atendendo, suas representações de saúde-doença, valores culturais, preconceitos etc... Bem como conhecer a relação que ela estabelece com os diversos profissionais do serviço, sua avaliação do atendimento prestado, principais queixas e sugestões, o que nos orientaria no planejamento das diversas atividades do serviço. A leitura dos relatos poderia, também, auxiliar o profissional coordenador a verificar quais os temas trazidos com mais frequência nos grupos e a sua disponibilidade pessoal para ouvir e lidar com essas questões, possibilitando uma auto-avaliação e capacitação contínuas.

Em relação ao registro dos resultados dos exames citológicos, criamos em março de 1990 um "livro do preventivo", que tem sido utilizado, tanto no atendimento de grupo, como na consulta individual de ginecologia (anexo 2). Através desse registro, podemos avaliar algumas questões importantes para o serviço, como:

- número de exames realizados, permitindo o cálculo da cobertura do serviço;
- idade das pacientes, avaliando-se a faixa etária que está sendo mais atendida;
- exames de primeira vez, retorno e controle, verificando-se respectivamente: a captação de novas pacientes para a realização do exame preventivo, o acompanhamento de pacientes antigas pelo serviço, e a realização de exames citológicos de controle de alguma patologia específica;
- resultados dos exames, avaliando-se o percentual de exames por classe I II III IV V e as alterações mais frequentes. Anotamos, também, a terapêutica utilizada e a necessidade de encaminhamento para outros serviços. Nos resultados classe III IV e V, solicitamos visita domiciliar, realizada pelas visitadoras sanitárias, para retorno antecipado à consulta.

Avançamos que seria necessário, também, uma descrição sumária dos exames de mama e das alterações mais encontradas, reforçando-se a importância da prevenção do câncer de mama pelos serviços de saúde.

Uma das questões que mais nos tem preocupado é a baixa cobertura do serviço em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, que esperamos ser, atualmente, em torno de 10% da população de nossa área de abrangência, consequência em grande parte da redução dos nossos recursos humanos. Não conhecemos o número real de mulheres que estão fazendo o exame preventivo, pois estas podem estar procurando outros serviços e sendo por eles atendidas.

Um dos desafios que enfrentamos é o aumento dessa cobertura, considerando os limites de nossos recursos físicos, materiais e, principalmente, humanos. Algumas estratégias foram pensadas, mas estão ainda em discussão não tendo sido implementadas. Esperamos que a troca de experiência dos diversos profissionais e serviços envolvidos com a questão da saúde permita um avanço na prevenção, tratamento e controle dessa enfermidade, que é, em nosso meio, ainda, uma questão de saúde pública.

2 FALANDO SOBRE ADOLESCENTES

"A professora me disse que eu devo ter algum problema porque eu não consigo mesmo aprender. Acho que deve ser problema de cabeça, mas também, às vezes, acho que não é não." (adolescente).

"Meu pai bebe, de noite ele chega em casa e bate na minha mãe e, às vezes, até na gente." (adolescente).

"Eu queria engravidar. Acho que esta seria a única maneira de sair lá de casa." (adolescente).

"Um beijo muito grande pode ser paraisso, né? A gente pode até ficar mais fraca." (adolescente).

"Hi! Atendi uma adolescente hoje..." (pediatra)

A adolescência é vista, fundamentalmente, na nossa cultura, como uma fase da vida, onde o ser humano passa por profundas transformações, tanto a nível físico, como psicológico, o que acaba por modificar sua relação com o mundo, já que esta "nova pessoa" que está se reconfigurando passa a significar diferente no mundo e este, por sua vez, passa a ser visto de uma forma diferenciada, adquirindo novas dimensões e possibilidades.

A entrada nesta fase se caracteriza, do ponto de vista biológico, pelo aumento na quantidade de hormônios circulantes, especificamente os hormônios sexuais que irão determinar uma série de transformações físicas, fazendo com que o corpo, até então criança, comecem a esboçar os contornos do indivíduo adulto, com o aparecimento de pelos pubianos, crescimento das mamas nas meninas, da genitália, a 1ª menstruação.

Enquanto as transformações a nível biológico são bastante objetivas, ou seja qualquer olhar ainda que desatento pode percebê-las, outras transformações igualmente importantes estão se dando. Tais transformações dizem respeito aos novos sentimentos e sensações que o adolescente começa a vivenciar, tais como

a intensificação das sensações sexuais, o interesse pelo sexo oposto, o desejo de independência com relação aos pais, a curiosidade pelo mundo que o cerca. Enfim, o mundo passa a ser visto pelo adolescente com novas cores e matizes, adquirindo novas dimensões e significados.

Assim, dos adolescentes que são atendidos nas consultas no CSE-GSF, seja na clínica, na psicologia ou ginecologia, é fácil perceber que por trás de algum "problema físico" existe, muitas vezes, a vontade de entender e tirar dúvidas a respeito das mudanças que começa a vivenciar.

E, através da queixa física ou não, os adolescentes perambulam pelo serviço para serem ouvidos e em busca de ajuda que é pedida das formas mais diversas.

"Se coisas como namoro, trabalho, família, televisão, escola devem ser conversadas aqui no Posto? Sim, podem fazer com que os jovens compreendam mais sua família, e o lugar onde moram." (adolescente)

"Eu vim aqui porque eu queria deixar de ser criança. A minha mãe diz que eu sou criança, que eu só gosto de brincar de boneca e com crianças..." (adolescente de 12 anos).

Os problemas trazidos pelos adolescentes e pelos seus responsáveis durante o atendimento tem sido alvo das preocupações dos profissionais de saúde do CSE-GSF, fazendo parte da sua vivência cotidiana. Tais problemas podem ser expressos, dentre tantos outros, como: o número de adolescentes grávidas que chegam ao Centro, a alternativa do aborto como método contraceptivo, a automedicação da pílula encontrada nas farmácias, o alcoolismo precoce, a "violência" relatada pelos adolescentes, seja violência dos pais, violência sexual, o medo dos constantes episódios de entrelutamento com a polícia e os bandidos e preocupação crescente das mães, que procuram o serviço pela proximidade dos seus filhos com os "meninos" (como são chamados os meninos envolvidos com bandos e entorpecentes) e o medo que sejam arrebanhados para esse "tipo de vida".

"Se eu não aprender e não passar, meu pai vai me bater... Ele já falou isso muitas vezes". (adolescente de 18 anos).

"Deu negativo? Será que não tem jeito de fazer um tratamento? Minhas colegas mais novas do que eu já tem filho. Eu já tenho 17 e ainda não consegui." (adolescente no grupo de TIG).

"Se der positivo, este é o segundo e aí eu queria ligar. Quantos anos eu tenho? — 19." (adolescente no grupo de TIG).

"Depois que entraram na minha casa gritando e xingando, mandaram a gente se deitar no chão e levaram as coisas." (men de adolescente de 12 anos).

"Eu sei, fiquei por aí...Fui no mercado comprei um garrafão de vinho e dormia na rua. Fiquei uma semana sem voltar para casa. Eu não queria ter volado. Eu não gosto de lá, de minha madrasta." (adolescente de 16 anos na consulta).

Essas são algumas das situações que os profissionais de saúde do CSE-GSF se deparam com frequência e que tem sido alvo de grandes preocupações, pois envolvem problemas e soluções que têm sua origem na situação sócio-econômica-cultural, nas condições precárias de vida a que estão sujeitos grande parte da população brasileira e que, na maioria das vezes, transcendem a possibilidade de atuação do profissional de saúde.

Cabe aqui ressaltar que as situações referidas acima, não dizem respeito somente ao atendimento ao adolescente, mas que tem feito parte da rotina do atendimento, sendo fonte de grande angústia para os profissionais que trabalham na "linha de frente" do Sistema de Saúde.

No que diz respeito ao adolescente se constitui um problema a mais, uma vez que envolve uma parcela da população para a qual durante muito tempo não se pensou em nenhum atendimento especial, que conseguisse responder às necessidades dos adolescentes, sendo dito apenas que a adolescência é "uma idade problemática" e que "com o tempo tudo passa...", como se esta frase encerrasse a discussão.

Mas problemático ou não, a verdade é que o atendimento a este indivíduo "meio adulto meio criança", que se encontra numa fase da vida de "poucos agravos à saúde", mas, ao mesmo tempo, que tem tido que se defrontar com problemas como a AIDS, a contracepção, acidentes, drogas, banditismo, fracasso escolar, acaba por levar aos profissionais situações para as quais eles (os profissionais) se sentem pouco habituados a lidar. Agravado ao fato de não contar com tempo suficiente durante a consulta individual para melhor atender o adolescente que solicita ajuda.

"Atendi uma menina de 13 anos. Ela era tão tímida, quase não abriu a boca, mas também a mãe falou o tempo todo..." (ginecologista).

"No meu atendimento hoje, uma adolescente veio me perguntar porque ela não teve 'regra' aos 14 anos. Expliquei-lhe rapidamente. Gostaria de ter tido mais tempo..." (Clínica).

Outra dificuldade enfrentada pelos profissionais é a presença da mãe durante o atendimento, que, na maioria das vezes, traz alguns constrangimentos, como a falta de liberdade e espaço (oportunidade), tanto para o profissional, quanto para o adolescente para abordar questões importantes à consulta, dificultando não só a anamnese, mas o próprio estabelecimento de uma relação médico-paciente mais integral facilitadora.

No entanto, pedir para a mãe sair costuma não ser uma questão tão simples quanto possa parecer. Uma sugestão como esta pode se tornar amarelada, tanto para a mãe, como para o adolescente (principalmente quando a decisão de ir ao médico foi da mãe), que podem vir a se sentirem numa situação nova e diferente da até então vividas por eles, e implica, necessariamente, em ter que ser trabalhada pelo profissional, que, na maioria das vezes, não se sente seguro para este tipo de intervenção.

Estas situações têm suscitado muitas dúvidas e discussões não só em razão da grande abrangência que a assistência ao adolescente impõe ao profissional, mas do sentimento de despreparo deste profissional para abordar o adolescente.

Assim, no sentido de buscar alternativas e possibilidades de atendimento ao adolescentes, algumas questões iniciais se colocavam, como:

Precisaria o adolescente de um atendimento diferenciado?

Quem faria o atendimento? Qualquer profissional habilitado ou um profissional especialmente "treinado" para esse atendimento? Ressalta-se aqui a carência de lugares que ofereçam esse tipo de treinamento ou que estejam propondo e promovendo alguma discussão sobre a saúde e o atendimento possível ao adolescente no âmbito da Saúde Pública.

Na nossa experiência e baseado na referência dos profissionais do CSE-GSF que recebiam adolescentes, não se tratava apenas, nem era esse o nosso objetivo, de definir quem iria atender o adolescente, mas sim como ele poderia ser atendido, o que representava o espaço da consulta e o tipo de atendimento que vinha se dando no CSE-GSF.

Não que a discussão sobre "quem" atenderia o adolescente, a especificidade do atendimento e o preparo do profissional não seja importante. Ela é de importância crucial, pois o atendimento se constitui num espaço educativo privilegiado, ainda que não seja concebido por todos dessa forma.

A consulta se caracteriza num espaço de intimidade, onde o adolescente tem a oportunidade de: colocar seus sentimentos, esclarecer suas dúvidas "mais

secretas" e se encontra especialmente atento, tanto ao que é dito, quanto ao que não é, ou seja: as atitudes e a forma como o profissional o escuta.

É nesse espaço de relação entre dois sujeitos, onde cada um traz para a relação sua concepção do mundo, é que esta concepção pode e é frequentemente reconstruída.

No entanto, o que assistimos na maioria dos casos, é na verdade uma forma de relação, onde predomina a desapropriação do corpo e do saber do outro pelo profissional que se encontra no espaço da consulta, seja este espaço destinado ao adolescente, à mulher, ao alcoolista, enfim, às pessoas que vêm em busca de atendimento.

Assim sendo, também era nessa preocupação refletir a possibilidade de se construir uma relação, que reconhecesse o saber dos adolescentes e que este fosse ponto de partida para a compreensão mais abrangente da realidade.

Mas, como propiciar o tempo necessário durante a consulta para abordar tantas questões? "Não há tempo. De novo a consulta acabou e mais uma vez o tempo foi curto..."

Em meio a todas essas questões, começamos a pensar na possibilidade de propor algum trabalho para os adolescentes. Mas como seria, o que objetivávamos e como se daria a inserção da nossa proposta no serviço como um todo? Só sabíamos que era preciso e queríamos nos deitar na questão do atendimento do adolescente no Centro.

Nesse momento, duas referências sobre experiências de atendimento em grupo foram de importância fundamental e contribuíram para começarmos a esboçar a nossa proposta de atendimento, que já sabíamos, seria em grupo.

A primeira refere-se à experiência de atendimento em grupo de adolescente, que já havia ocorrido no Centro durante dois anos e havia sido avaliada, tanto pelos profissionais que coordenaram o grupo, como pelos adolescentes que dela participaram, como uma experiência importante de troca e reflexão.*

*Coordenado na época por: Eliane Peres Vargas (Ass.Social/Sanitarista) e Maria Cristina Pigueiredo (Psicóloga/Sanitarista). Esses profissionais participaram, também, da discussão inicial da Proposta do Espaço do Adolescente.

A segunda refere-se à experiência do "Espaço da Mulher", uma atividade em grupo com mulheres que começava a nascer no Centro de Saúde, a partir da discussão sobre alternativas de atendimento à mulher. Acompanhamos nas discussões, tanto a reflexão da proposta, quanto a forma como foi se concretizando a realização das atividades de grupo.

Ou seja, ao mesmo tempo em que a proposta de atendimento em grupo ao adolescente ia se configurando para nós enquanto possibilidade diferenciada de atendimento, contávamos com a experiência do "Espaço da Mulher", enquanto proposta metodológica que tinha surgido, a partir de necessidades, nos atendimentos às mulheres, semelhante as que eram sentidas por nós em relação aos adolescentes, como: "a importância que houvesse um 'espaço' para troca, para se ser ouvido, para se ter acesso a materiais educativos, obter informações, refletir sobre o cotidiano, conhecer as próprias necessidades, enfim falar de si, das dúvidas e preocupações que a rotina corrida e estressante das filhas e do serviço não consegue dar conta".

Aliado a estas questões que aparecem no cotidiano do adolescente, refletidas nos atendimentos, preocupávamo-nos com o impacto dos agravos que acometem este grupo, refletidas nos dados objetivos que aparecem nas estatísticas de saúde, justificando as ações específicas, voltadas para o adolescente.

Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF) de 1986, todos os anos, cerca de 560 mil jovens de 15 a 19 anos dão à luz. Separadamente, 8% das jovens de 15 a 17 anos, e 22% das de 18 a 19 anos já tiveram um bebê ou estão atualmente grávidas.

Aos 19 anos, três em cada dez mulheres já se casaram ou viveram com um parceiro e 50% já haviam tido experiências sexuais, acrescido com o fato de que 80% das adolescentes não estavam usando nenhum método anticoncepcional, por ocasião da primeira relação.

Quando perguntadas pelas razões de não estarem usando nada, quase dois quintos declararam que não estavam esperando ter relações sexuais na ocasião e mais de um terço declarou que não conhecia nenhum método na época; as restantes disseram que ou não sabiam onde obter um método, ou não acreditavam que pudessem engravidar durante a primeira relação sexual, ou que queriam engravidar. E um terço das adolescentes que tiveram um filho declarou que não queria ter tido aquela criança. Entre as mães solteiras, cerca de seis em dez disseram que seu último filho fora indesejado.

As estimativas do número de abortos, segundo PNSMIPF de 1986, variam de um limite inferior de um milhão a um superior de seis milhões. Um número desconhecido de gestações entre adolescentes são interrompidas por aborto. Uma estimativa aproximada e considerada conservadora indica 130 mil abortos, ou seja, um aborto para cada 4,3 nascimentos, em meados da década de 80.

Com base nos dados do Inamps de 1980, obtidos nos hospitais, a partir dos registros de admissões decorrentes de complicações provenientes de abortos, 4% das pacientes eram jovens de 12 a 17 anos (7.838) e 32% (64.794) eram mulheres de 18 a 24 (1).

Os dados retirados do Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente — Suely S.P. nos mostram, ainda, que a primeira causa de morte dos adolescentes, no Brasil, em 1986, são as causas externas (39,7 por 100 mil habitantes), ou seja, aquelas possíveis de serem evitadas, como acidentes de trânsito, atropelamentos, homicídios, suicídios, seguidas de longe pelas Mal-definições, Enfermidades do Aparelho Circulatório, DIP e Neoplasias (2).

Dados de 1982, referentes a Justiça e Segurança, mostram que dentre os 36.166 presos condenados no Brasil, 13.045 deles tinham entre 18 e 25 anos.

Com relação ao grau de instrução, "dados do Ministério da Educação indicam que há, atualmente, no Brasil, cerca de 20 milhões de analfabetos (em 1980, mais de cinco milhões de adolescentes), 8 milhões de crianças que nunca estiveram na escola ou que dela saíram sem concluir seus cursos e que 30 milhões de brasileiros não compreendem o que lêem (inclusive escolares e ex-escolares)".

Ainda, no Estado de São Paulo em 1985, "dos 4.556.700 alunos matriculados na Rede Estadual de Ensino, 501.207 evadiram-se e 828.291 foram retidos, isto é, 1.329.498 adolescentes não obtiveram 'sucesso' em apenas um ano letivo".

Entendamos que os dados que aparecem nas estatísticas oficiais têm origem na vida concreta dos adolescentes e não podem ser vistos e tratados isoladamente.

Ou seja, os altos índices de gravidez na adolescência, a alta mortalidade por causas externas, o nível de escolaridade, o grau de pobreza dos adolescentes estão longe de se constituírem em dados isolados, mas se relacionam entre si. Afinal, estes dados são apenas reflexos da complexidade do real, são como pontos isolados que nos ajudam a uma aproximação da realidade, mas esta só pode ser entendida dentro do seu próprio contexto. E os adolescentes quando chegam a nós, não se apresentam apenas como mais um número nas estatísticas,

mas são, antes de tudo, pessoas concretas, com experiências de vida concreta, em meio a esta amalgama de determinações. E é com este adolescente integral, a partir da subjetividade que iríamos trabalhar.

A gravidez, por exemplo, de uma adolescente não pode ser reduzida simplesmente à falta de informação sobre métodos contraceptivos, mas relaciona-se, também, à maneira como ela vive a sua sexualidade, que desejos conscientes ou não estão envolvidos, que valor isto tem na sua vida, família ou classe social que ela pertence.

"Esupro, assalto, assassinato, uma covardia, pois quem faz isso não tem moral, é preciso que haja muita paz e não a violência, pois isso é uma imoralidade." (adolescente 14 anos — Feira de Saúde da AP 3.1).

"Eu penso sobre isso, que a criança estudando tem que ter um tempo só pra estudar e outro só pra trabalhar." (adolescente 12 anos).

"Você está grávida. E agora, como vai ser? (mãe de adolescente de 13 anos durante a consulta).

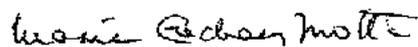
"E agora? — a gente vai poder casar. Eu "tô" querendo e ele também. Eu "tô" acostumada a cuidar de criança. Cuidei eu mesma dos meus irmãos..." (adolescente — 18 anos).

"Eu quando vou dormir, eu sempre durmo de *short* pra poder dormir tranquila e descansar. É assim desde pequena e eu até já me acostumei, até no verão eu não me importo." (adolescente 18 anos).

Como profissional de saúde pública, atuando em atenção primária, nesse campo de ação e abrangência implicaria, necessariamente, a dimensão social da adolescência, dimensão do concreto da vida dos adolescentes no processo saúde-doença, que subsidiasse a prática educativa de alcance coletivo em educação em saúde e que desse conta das várias formas de relação dos adolescentes nas esferas da vida nas cidades, da cultura, do trabalho, da instituição educacional, das relações familiares, da sexualidade, do lazer etc.

Em meio a essas questões, partimos para o trabalho, ou melhor, para o "Espaço do Adolescente".

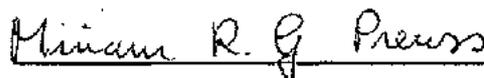
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna, Neilza Alves Barreto intitulada "Se ele pode porque eu não? Um estudo sobre o discurso médico e os modos de subjetivação da mulher", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profa. Maria Eucharas de Senna Motta
PUC-Rio

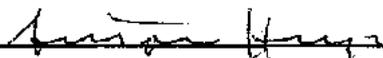


Profa. Esther Maria de M. Arantes
PUC-Rio



Profa. Miriam Raja Gabaglia Preuss
UFRJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 27...P.6.12002.



Prof. Jurgen Heye

Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas