
GINECOLOGIA, GÊNERO E SEXUALIDADE NA CIÊNCIA DO SÉCULO XIX¹

Fabiola Rohden

Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Brasil

Resumo: Este artigo trata do surgimento da ginecologia durante a segunda metade do século XIX, procurando evidenciar, por um lado, a singularidade histórica dessa especialidade no campo da medicina e, por outro, a sua justificativa ideológica. A ginecologia se apresenta como o ramo da medicina dedicado ao estudo da mulher e se constitui a partir da noção de que o corpo e o papel social femininos são determinados pela função procriativa. É com base na idéia de que o comportamento da mulher é gerenciado pela sexualidade, diferentemente do homem, que a ginecologia institui o direito de intervir muito além dos órgãos reprodutivos propriamente ditos, convertendo-se, não sem pretensões, em uma verdadeira ciência da mulher.

Palavras-chave: diferença sexual, ginecologia, história da medicina, sexualidade.

Abstract: This article deals with the emergence of gynecology during the second half of the 19th century. It seeks to show, on the one hand, the historical singularity of this speciality in the field of Medicine and, on the other hand, its ideological justification. Gynecology presents itself as the field of Medicine devoted to the study of women and is founded upon the notion that the female body and social roles are determined by the reproductive function. It is based on the idea that the behaviour of women, differently from men's, is dictated by sexuality, that gynecology institutes the right to intervene far beyond the reproductive organs themselves, becoming, not without pretensions, a true science of women.

Keywords: gender, gynecology, history of medicine, sexuality.

¹ Este artigo tem origem em minha tese de doutorado, intitulada *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – Museu Nacional – UFRJ, em 2000.

Este trabalho tem, como ponto de partida, a constatação de um interesse diferenciado por parte da medicina no que diz respeito a homens e mulheres na passagem do século XIX para o XX. Uma preocupação singular com a delimitação do papel social de cada sexo pode ser percebida a partir do processamento dos títulos das teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940, que constam do *Catálogo de teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*, publicado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1985. Nesse catálogo constam todas as teses do acervo da antiga Faculdade de Medicina que passou a fazer parte da Universidade Federal². As teses, nesse período, constituíam o último requisito para que o aluno recebesse o grau de doutor em medicina. Variavam muito no decorrer do tempo quanto às exigências, formatos e conteúdos a serem seguidos. Porém o mais importante é que esse tipo de material é oriundo de uma instituição de reprodução profissional, além de representar aquilo que poderia existir de mais oficial no pensamento médico.

Utilizando as informações do *Catálogo* entre 1833 e 1940, o que totaliza 7.149 teses sobre os mais diferentes temas e especialidades médicas, encontrei 1.593 referentes à sexualidade e à reprodução, o que significa 22,3%³. Esse número expressa bem o interesse da medicina por essa temática. A seleção procurou levar em conta todas as possibilidades em que pudesse aparecer, mesmo que de forma sutil, a preocupação médica com a sexualidade e a reprodução. Assim, não me limitei aos temas que seriam mais tradicionalmente definidos como do domínio da obstetrícia e ginecologia, até porque naquele momento as fronteiras entre as especialidades médicas ou não existiam, ou ainda eram bastante indefinidas.

² A ampla maioria é de teses de doutoramento em medicina, mas constam também algumas de livre docência, cátedra e revalidação. Com raríssimas exceções, os títulos se referem a trabalhos defendidos na própria Faculdade. Pode-se supor que estejam incluídas todas as teses apresentadas nessa instituição. Mas é possível que existam algumas falhas, já que não se trata do registro oficial. Quando comparado com o acervo da Academia Nacional de Medicina, no qual as teses não estão indexadas, conclui-se que o catálogo é uma fonte bastante precisa, constituindo o melhor índice, acessível atualmente, das teses da Faculdade.

³ Faço uma análise detalhada desse material em Rohden, 2000.

Quanto aos temas que aqui estou rotulando de *sexualidade e reprodução*, selecionados no conjunto total das teses, estão divididos em três grandes vertentes. A primeira diz respeito a assuntos que poderiam ser classificados dentro do arcabouço compreendido pela ginecologia e obstetrícia, como as doenças no aparelho reprodutor feminino, cirurgias, parto e gravidez. A segunda se refere a categorias que também compreendem sexualidade e reprodução, mas implicam fenômenos que têm uma conotação mais explicitamente social, como casamento, aleitamento e aborto. E, por último, foram incluídas as teses que poderiam expressar a preocupação médica com a sexualidade e reprodução no caso masculino, o que significou a inclusão de doenças no aparelho reprodutor masculino, doenças venéreas e urologia⁴.

Uma visão geral da variação temática das teses de medicina é proposta no quadro abaixo, que indica as principais categorias – computadas no conjunto selecionado como referentes à sexualidade e à reprodução –, abstraídas a partir dos títulos das teses e o número de vezes em que apareceram entre 1833 e 1940⁵.

Assuntos tratados	Número de teses
Teses relativas à ginecologia/obstetrícia:	38
Cesariana	21
Clorose	22
Doenças no aparelho reprodutor feminino	23
Eclâmpsia	15
Embriotomia	20
Feto	25
Fórceps	23
Histerectomia	25
Histeria	32
Menstruação/menopausa	24
Ovário	17
Ovariectomia	182
Parto	

⁴ É preciso esclarecer que essa classificação segue os objetivos da pesquisa e não uma divisão ortodoxa dos assuntos em relação às especialidades médicas.

⁵ Nesse quadro não computei todas as teses, mas apenas aquelas relativas às categorias que aparecem com maior frequência, o que totaliza 1.373 referências.

Assuntos tratados	Número de teses
Pélvis	15
Placenta	44
Prenhez/gravidez	172
Puerpério	142
Seios	17
Útero	91
Vômitos durante a gravidez	16
Teses relativas a questões médico-sociais	
Aborto	66
Aleitamento	43
Casamento	29
Puericultura	12
Sexo	11
Teses relativas a doenças no aparelho reprodutor masculino	56
Teses relativas a doenças venéreas	109
Teses relativas à urologia	83

Destaca-se uma grande desproporção entre o número de teses que visam órgãos, funções, problemas da mulher e do homem. É claro que, como estamos tratando aqui de sexo e reprodução, e como a fecundação, gestação, parto, aleitamento se dão no corpo feminino, justifica-se em parte essa diferença. A elevada frequência de teses que focalizam gravidez, parto e puerpério estritamente ou que se relacionam a essas fases, evidenciam como a obstetrícia passou ao longo do século XIX e do início deste a ser um tema de franco interesse para a medicina. Contudo, resta ainda uma grande porcentagem de trabalhos sobre os órgãos e funções reprodutivas femininas que não têm correspondência no caso do homem. Por exemplo, há teses sobre a natureza do ovário, o que é, como funciona, para que serve. Mas não há teses sobre os testículos. No conjunto que denominei doenças no aparelho reprodutor masculino, a maioria das teses é sobre tumores ou problemas na próstata e só começam a aparecer a partir de 1869. As teses referentes à urologia não implicam o tratamento da função reprodutiva. As doenças venéreas abrigam, em uma certa me-

dida, a preocupação com a degeneração da capacidade reprodutiva masculina; porém os órgãos reprodutivos masculinos não são analisados por si mesmos. Muitas vezes, as teses sobre menstruação ou mesmo sobre puberdade feminina caracterizam a vida da mulher a partir das passagens que sofre em função da preparação, exercício e perda da capacidade reprodutiva. Não há nada equivalente para o homem, ou seja, a vida masculina não é problematizada pela medicina a partir da capacidade ou não de reprodução como acontece com as mulheres.

Passando para um outro plano, não mais das teses, mas da própria definição conceitual das especialidades médicas, em referências que permanecem atuais, como é o caso de alguns dicionários enciclopédicos, nota-se mais uma vez a ausência do que pudesse corresponder, para o caso dos homens, às preocupações médicas com a mulher. Quanto à obstetrícia, é apresentada enquanto a parte da medicina que se ocupa da gravidez, parto e puerpério. Essa especialidade enfoca as manifestações da reprodução que se dão efetivamente no corpo feminino. Já as definições da ginecologia seguem em uma outra direção. Na *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura* ([s.d.], p. 527), trata-se do “ramo da medicina que estuda a fisiologia e a patologia dos órgãos genitais da mulher fora da gestação, assim como as suas relações com os restantes aparelhos e sistemas”. Para a *Grande Enciclopédia Delta Larousse* (1978, p. 3.065), a ginecologia é a “ciência que se dedica ao estudo morfológico, fisiológico e patológico do organismo feminino e de seu aparelho genital”. No *Oxford English Dictionary*, (1933, p. 529), temos a seguinte referência: “Ginecologia: o ramo da ciência médica que trata das funções e perturbações peculiares às mulheres. Em sentido lato, a ciência da feminilidade [womankind]”. Ou seja, estamos tratando de uma ciência dos atributos essenciais da mulher ou da sua natureza específica. A definição dada pela *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira* ([s.d.], p. 396) segue a mesma linha quando define a ginecologia como: “Estudo da mulher. Parte da medicina que se ocupa especialmente da fisiologia da mulher e das doenças que lhe são próprias”. Na seqüência do verbete aparece ainda a seguinte citação, elucidativa, de Júlio Dantas, em *Arte de amar*: “Costumava [Sousa Martins]... dizer que a *toilette* feminina tinha um especial interesse para o médico, e que, sobre uma página de jornal de modas, podia escrever-se um tratado de *ginecologia*”. E por último temos a definição da *Enciclopédia Mirador Internacional* (1991, p. 5.335):

Ginecologia é o ramo da medicina que estuda as doenças e os distúrbios do sistema reprodutivo feminino. Dedicar-se, portanto, às moléstias peculiares à mulher, isto é, aquelas doenças que têm por sede seus órgãos genitais ou que, direta ou indiretamente lhe dizem respeito. O conceito moderno de ginecologia, entretanto, não se restringe às moléstias e desordens da esfera genital feminina. É mais amplo e complexo o seu campo de ação, porque “abrange a totalidade somática e psíquica da personalidade feminina, analisa-lhe o corpo e a alma como um todo integral e solidário nas suas reações aos estímulos partidos dos genitais” (N. M. Barros).

Observa-se que as definições são bastante abrangentes e podem ser resumidas na noção de ciência ou estudo da mulher. Certamente essa preocupação da medicina em dedicar-se ao estudo da mulher não nos causaria espanto se houvesse também uma ciência ou estudo do homem. Nos mesmos dicionários citados acima não há qualquer referência à andrologia, a disciplina que teria se constituído para tratar da sexualidade e reprodução do homem⁶. Quanto à urologia, só em alguns casos sua definição expressa, além do estudo e tratamento do aparelho urinário em ambos os sexos, a preocupação com os órgãos sexuais masculinos. Jamais a noção de um estudo do homem apareceu nas referências. Como isso também não se revela no quadro das teses defendidas na Faculdade de Medicina ou em outras fontes consultadas, podemos suspeitar que há uma diferença de consideração a respeito das duas metades que compõem a humanidade⁷.

⁶ Carrara (1996, p. 257-270, 1997, p. 121-122) faz referência à constituição da andrologia no Brasil a partir do trabalho de José de Albuquerque, em torno da década de 30.

⁷ A partir do trabalho de Carrara (1996) sabemos como o corpo e a sexualidade masculinos vão ser alvo de grandes preocupações em função da sífilis e de outras doenças venéreas. Analisando a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século até a década de 40, o autor descreve a gigantesca mobilização médica e estatal em torno desta doença, que, a partir da associação com a degeneração e enfraquecimento da raça, se tornaria uma ameaça à constituição de uma população saudável e à ordem social. A sifilografia, porém, não corresponde, em termos de suas questões centrais, ao enfoque privilegiado que a ginecologia constrói sobre a reprodução, no caso da mulher, e também não se apresenta por definição como a ciência da masculinidade.

O que estou querendo sugerir é que, de um lado, a mulher é tratada no discurso médico como eminentemente presa à função sexual/reprodutiva, diferentemente do homem. De outro lado, quando se fala em reprodução, quase que maciçamente se evoca a mulher e raras vezes o homem. Um rápido exemplo disso pode ser visto no que se refere aos debates em torno da esterilidade ainda no século XIX. Na grande maioria dos casos, os médicos pressupõem que as causas desse problema são femininas. A infecundidade do casal é pensada como resultado de falhas na capacidade reprodutiva da mulher. Somente raras vezes, e mesmo assim depois que ela tenha passado por todas as investigações possíveis, é que se cogita que o problema resida no homem.

As razões para essa percepção diferenciada da mulher e do homem em relação à sexualidade e à reprodução devem ser buscadas no contexto de surgimento das novas especialidades médicas no século passado. A onda de novos desenvolvimentos científicos e a fomentação de novas ideologias nos fornecem indícios para compreendermos o significado mais amplo da construção de uma saber específico e único sobre a mulher, retratado na ginecologia.

O surgimento de uma nova especialidade médica da mulher

No plano das condições de possibilidade que permitiram o surgimento da ginecologia no século XIX, a primeira observação a ser feita refere-se às conseqüências particulares que os progressos técnicos tiveram nesse caso. Sem dúvida, a assepsia, a anti-sepsia e a anestesia foram revolucionárias para a medicina em geral, mas foram as condições técnicas básicas para que essa nova especialidade se produzisse. Até essa época, a ginecologia, ou seja, o estudo e tratamento do aparelho reprodutivo e das doenças femininas, confundia-se com a obstetrícia. Ao longo do século, esses dois ramos da medicina vieram a constituir disciplinas separadas. Na verdade, quando se considera a bibliografia sobre o assunto, raramente se encontra exemplos que analisem essa distinção. Os historiadores da medicina acabam colocando no mesmo conjunto as duas especialidades que tratam da mulher. Não são consideradas as especificidades do desenvolvimento de cada uma ao

longo do século XIX e, particularmente, as condições que fizeram com que a ginecologia viesse a se distinguir. Embora em grande parte fatores como os progressos técnicos, a criação de instituições de tratamento, o ensino, bem como as mudanças no estatuto do médico, possam ser comuns a ambas as disciplinas, torna-se necessário investigar os motivos da separação. Esse processo interessa especialmente, porque nas últimas décadas do século passado e início deste, a ginecologia veio a ser muito mais do que uma extensão da obstetrícia, ou mesmo da cirurgia, constituindo um campo de intervenção sobre a mulher, que ultrapassa em muito o simples cuidado dos órgãos reprodutivos.

Inicialmente, o que mais contribuiu para isso foi o aproveitamento diferenciado das inovações que surgiam. Enquanto a obstetrícia continuava sendo muito mais dependente da experiência clínica e da habilidade do médico em analisar e deduzir os problemas, a ginecologia, que se origina como uma especialidade cirúrgica, só se tornou possível graças às novas descobertas científicas (Cianfrani, 1960, p. 272).

Na primeira metade do século, o cuidado com as doenças femininas se desenvolveu, sobretudo, nos Estados Unidos. Foi na Universidade da Pensilvânia, onde se instalaram as primeiras cadeiras de instrução médica daquele país, em 1791, que surgiu, em 1810, o primeiro departamento de obstetrícia (Cianfrani, 1960, p. 273). Na medida em que a ginecologia foi se aproximando mais da cirurgia, especialmente da cirurgia abdominal, ela construiu um lugar específico. Nos Estados Unidos, os títulos de *professor de cirurgia abdominal e ginecologia* tornaram-se numerosos. Contudo, em função de seu conhecimento e experiência particular do corpo feminino, eram muitas vezes os obstetras que se tornavam ginecologistas. O seu treinamento na fisiologia e patologia da pélvis feminina constituía um diferencial em relação aos outros cirurgiões que pretendessem se dedicar a essa especialidade (Cutter; Viets, 1964, p. 170).

Não é sem razão que se costuma considerar dois cirurgiões americanos como os pais da ginecologia. Trata-se de Ephraim MacDowell, que, em 1809, fez a primeira ovariectomia (extração dos ovários, inicialmente apenas em caso de problemas como quistos), e J. Marion Sims, que inaugurou, em

1849, a cirurgia de fístula vesico-vaginal (Cianfrani, 1960, p. 278-279). Dois outros americanos, A. M. Heath, em 1843, e C. Clay, em 1844, realizaram as primeiras histerectomias abdominais (cirurgia do útero atingido por um câncer, por exemplo). Mas, fatos marcantes para a história da ginecologia também vão acontecer na Inglaterra e na França. A introdução da anestesia na cirurgia ginecológica e na obstetrícia só é reconhecida após a administração do clorofórmio à Rainha Vitória, em 1853, durante um parto. E, na França, o famoso Recamier reinventava, entre 1842 e 1846, a curetagem uterina, tornando possível a exploração da cavidade do útero (O'Dowd; Philipp, 1994, p. 16-17).

Como era de se esperar, a ginecologia se aproveita dos desenvolvimentos da obstetrícia. Têm destaque o desenvolvimento dos estudos da pélvis, a propagação de métodos de exame, como a apalpação abdominal e os progressos do fórceps, que em 1838 já podia ser encontrado em 144 variedades. A obstetrícia também ousava na realização de novas práticas, como a embriotomia (retirada do embrião, que, em casos difíceis, poderia exigir a perfuração do crânio para facilitar a extração). Mas, sobretudo, destacava-se a prática da cesariana, que, nas últimas décadas do século, beneficiou-se da anti-sepsia, assepsia e anestesia, reduzindo em muito a alta taxa de mortalidade da qual era responsável. A cesariana é aliada a outras técnicas, como a amputação útero-ovárica, praticada pela primeira vez em 1876 e que ficou conhecida como a operação de Porro, nome do seu inventor. Os obstetras também intervêm no parto através da provocação da sua antecipação ou da sinfisiotomia ou pubiotomia, preconizadas para facilitar a passagem da criança. Além disso, a grande batalha vencida pelos médicos na segunda metade do século é a da febre puerperal. Essa infecção, responsável pela alta mortalidade pós-parto, começou a ser estudada com eficácia em Viena por Ignace-Philippe Semmelweis, que propôs gestos simples, como a desinfecção das mãos do médicos e o isolamento das pacientes contaminadas, tendo sido, por isso, seriamente condenado. Somente com a ascensão de Pasteur o trabalho de Semmelweis foi retomado, e a febre puerperal pôde ser combatida (Cianfrani, 1960, p. 300-320; Devraigne, 1939, p. 86-114).

Foi também nas últimas décadas do século XIX que se aprimorou o conhecimento do fenômeno da reprodução, incluindo um melhor entendimento do ciclo menstrual. O contraste em relação às teorias atuais é marcante. Somente em 1839 Augustin N. Gendrin sugeriu, mas ainda de uma maneira pouco precisa, que a menstruação era controlada pela ovulação. A partir da década de 1870, inicia-se uma série de estudos sobre as várias fases do ciclo menstrual, mas que só vão chegar a resultados mais definitivos no século XX. Em torno de 1900, ainda era comum admitir-se a incompetência científica diante dos mistérios do corpo feminino e, em especial, da menstruação (O'Dowd; Philipp, 1994, p. 20). O processo de fecundação e a gravidez também eram alvos de mais atenção. O maior conhecimento da biologia da gestação, ao lado da valorização da natalidade que se propagava, fizeram com que se desenvolvessem os cuidados pré-natais. O nome de maior destaque nesse assunto é, sem dúvida, o de A. Pinard, obstetra francês que passou a preconizar as consultas pré e pós-natais. A preocupação de Pinard com um gerenciamento médico da natalidade e dos primeiros cuidados com a infância levou-o a tornar-se o pai da puericultura (Devraigne, 1939, p. 126-128; O'Dowd; Philipp, 1994, p. 17-18)⁸.

Todos esses desenvolvimentos estão relacionados de maneira íntima com o progresso do movimento hospitalar e com a proposição de novas cadeiras de obstetrícia e ginecologia nas faculdades de medicina. Frequentemente esses dois setores estavam atrelados, já que o ensino prático era realizado nos próprios hospitais. A mulher passava a ter um lugar privilegiado no hospital, seja através do estabelecimento de maternidades, ou da criação de unidades de consulta ginecológica. Nesse empreendimento, teve um papel fundamental o argumento em torno da especificidade feminina. As doenças das mulheres eram percebidas como difíceis e acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa, o que requeria atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos desse excitação nervoso. O tratamento era delicado e não poderia ser efetuado com sucesso na balbúrdia de um hospital geral. Outro argumento dirigia-se à condenação do tratamento domiciliar ainda em voga e que, especialmente nas classes pobres, não dava resultados satisfatórios. Era preciso introduzir uma disciplina moral e corporal entre as mulheres de posição social inferior.

⁸ Notadamente na França, uma grande preocupação dos médicos era o aleitamento. O estudo de Fäy-Sallois, 1997, mostra como a indústria das *nourrices* foi alvo de um ataque severo por parte dos médicos.

Nos Estados Unidos, a médica Elizabeth Blackell funda a New York Infirmary for Women and Children, em 1853. Dois anos mais tarde, M. Sims dá origem ao Woman's Hospital of the State of New York. Na França, a primeira cadeira de obstetrícia apareceu em 1806 e foi confiada a Baudelocque, um dos grandes responsáveis pela ascensão da idéia da maternidade como o lugar adequado para os nascimentos. No final do século, Paris contava com três estabelecimentos especializados: a Maternité de Port-Royal, a mais antiga e maior, a clínica de partos, aberta em 1881 e que empresta o nome de Tarnier, em 1895, e a Maternité Baudelocque, fundada em 1889 e que, mais tarde, se tornaria o modelo de maternidade por excelência (Thébaud, 1986, p. 62-64)⁹.

Na Inglaterra, o primeiro Hospital for the Diseases of Women foi fundado em Londres, em 1843. No seu início, as dificuldades para aquisição de financiamentos foram consideráveis. A principal causa referia-se às dúvidas quanto à moralidade da instituição. A noção de doenças das mulheres sugeria para o público a associação com doenças venéreas e prostituição, o que fez com que, em 1845, o termo *diseases* fosse retirado do nome do Hospital (Moscucci, 1996, p. 86-92).

Na verdade, o desenvolvimento de uma medicina da mulher ou da sexualidade e reprodução enfrentava o risco da condenação moral na medida em que intervinha em um campo delicado e tradicionalmente suscetível à discussão. A validade e a moralidade das novas especialidades e outros temas, como o segredo médico, estavam na ordem do dia. O debate se agravava quando a honra da família e a autoridade de pais e maridos poderia ser colocada em xeque no contato com ginecologistas e obstetras.

Uma polêmica importante se deu em torno da prática da anestesia. Embora a Igreja também condenasse a anestesia por que esta suprimia os sofrimentos físicos e morais pelos quais o cristão deveria passar preparando-se para sua morte, eram os próprios médicos que se dividiam considerando o assunto. Alguns defendiam que a perda de consciência era algo degradante e aviltante para o indivíduo. No caso dos partos, a situação se complicava quando se evocava as dores como o sublime sacrifício necessário para a plena realização da maternidade. As dores do parto eram vistas como naturais, benéficas e teologicamente corretas. Certos autores associavam a

⁹ Sobre o desenvolvimento das maternidades francesas, em especial a Maternité de Port-Royal, ver Esnault, 1980.

esse argumento um certo medo da sensualidade feminina. Alguns obstetras tinham relatado que as mulheres sob efeito da anestesia sofriam uma excitação da paixão sexual, apresentando comportamentos desabonáveis e uma linguagem lasciva. Certamente, porque se subentendia uma forte associação entre o momento do parto e o ato sexual que o tinha originado. Outra idéia evocada era a de que médicos menos dignos poderiam se aproveitar do estado de inconsciência para desfrutar das pacientes. Os defensores da anestesia respondiam a esses argumentos afirmando que esses efeitos da anestesia estavam mais nas mentes dos praticantes inescrupulosos do que no comportamento das mulheres. De qualquer forma, impunha-se um necessário controle moral (Gay, 1984, p. 232; Moscucci, 1996, p. 126-127).

Outros temas relacionados à sexualidade também ilustram o problema. É o caso da associação do médico de mulheres com a prática do aborto. Smith-Rosenberg (1985, p. 231-235) afirma que, nos Estados Unidos, a profissionalização e a ascensão social dos obstetras e ginecologistas é um processo que ocorre paralelamente às campanhas contra o aborto e seus praticantes. As autoridades médicas tentavam desvencilhar a medicina das mulheres da suspeita dessa prática através do fortalecimento da sua condenação. A associação com o aborto era um dos fatores que, na opinião dos médicos, contribuía para o descrédito da profissão. O mesmo se dava em relação à contracepção. O processo de criminalização do controle reprodutivo que se operou nos Estados Unidos nas últimas décadas do século XIX tem como uma de suas bases a condenação pública dos médicos envolvidos (Brodie, 1994). Na França, a perseguição dos neo-malthusianos, a partir das acusações de pornografia e imoralidade, mostra como o terreno da contracepção era perigoso para os médicos (Govedart, 1993; Ronsin, 1980). A falta de respeito às normas previstas pelas autoridades ou a discordância quanto a ordenações morais, na medida em que implicavam no exercício da medicina, tanto na prática quanto na pesquisa, deixavam evidente a dificuldade de admissão de novas proposições no campo da sexualidade. Além disso, a sexualidade nem sempre foi percebida como um objeto científico legítimo (Hall, 1994).

Talvez o tema que melhor expresse as ambigüidades em torno do comportamento dos médicos que tratavam de mulheres é o do exame ginecológico. A intromissão de um homem estranho, mesmo que coberto pelos propósitos da medicina, na intimidade de uma mulher era um dos temas de debate favoritos. A situação se agravava quando se tocava no assunto do

espécuro. Esse antigo instrumento de exame, em desuso durante a Idade Média e a Renascença, foi reintroduzido na prática ginecológica pelo francês Recamier, no começo do século XIX¹⁰. Sua utilização no exame e tratamento logo se propagou em Paris, e quando as autoridades públicas regulamentaram a prostituição em 1810, ele tornou-se um instrumento de controle sanitário e policial. As prostitutas registradas tinham que passar pelo exame com espécuro regularmente no quadro das visitas sanitárias a que eram obrigadas a se sujeitar (Corbin, 1989, p. 134-135; Moscucci, 1996, p. 112).

Os médicos estrangeiros que estudaram em Paris nessa época logo vão propagar a sua utilização. Na Inglaterra o sucesso foi tão grande que os próprios médicos acabaram admitindo os abusos desse tipo de exame¹¹. Grandes controvérsias tiveram lugar, alegando, principalmente, os perigos morais da exposição e penetração instrumental da mulher pelo médico. Esses perigos, por um lado, referiam-se à natureza sexualizada da mulher, ao seu desejo insaciável de prazer sexual, que, no melhor dos casos, não deveria nem ser despertado. Por outro lado, argumentava-se o abuso que poderia ser cometido pelos médicos no contexto do exame. Com as jovens solteiras o problema era mais grave, já que estava em jogo a virgindade física e moral da paciente. Imaginava-se que os prazeres obtidos com esse tipo de sexo instrumental levaria as jovens à histeria, à masturbação e mesmo as aproximaria da condição de prostitutas. Alguns médicos suspeitavam que mulheres ninfomaníacas procuravam os ginecologistas em busca dos prazeres obtidos com o exame ginecológico. Seguramente, para esses, era mais interessante essa representação da mulher como sedutora em potencial do que como vítima passiva (Groneman, 1994, p. 354-355).

A idéia da mulher exposta ao abuso sexual por parte do médico, teve como resposta pelos defensores do espécuro a alegação do seu grande valor na detecção das doenças venéreas e outros males ginecológicos e a sugestão de precauções que serviriam para afastar a conotação sexual do exame. Mas,

¹⁰ Tatlock (1992, p. 757-759) descreve como, na Alemanha, o espécuro, que passava a integrar o arsenal de instrumentos que seriam associados à medicina, foi um dos pólos da disputa entre as parteiras e os médicos.

¹¹ Moscucci (1996, p. 113-114) relata o caso de um médico que acreditava que os sintomas paraplégicos de uma paciente eram resultado de uma inflamação uterina. Na tentativa de demonstrar sua hipótese, mesmo sabendo que a paciente era virgem e não tinha jamais sofrido de doenças ginecológicas, o médico procedeu o exame com o espécuro. Uma semana depois os sintomas recomeçaram e a mulher morreu. A autópsia demonstrou que ela sofria de uma inflamação na base do crânio e não tinha nenhum problema no útero.

o problema em questão não era exatamente a técnica, e sim a interpretação dada ao ato. Essa interpretação, na maioria dos casos, via a mulher como vítima da possessão do médico e inaugurava uma disputa entre este e os pais e maridos. Os ginecologistas, em franco processo de ascensão e reconhecimento, precisavam desviar as suspeitas para continuar sua progressão. Entra em cena a defesa de estritos princípios de honra e regras de conduta profissional, que deveriam resguardar os interesses da paciente e sua família e proteger o ginecologista de futuras perseguições. Ficou estabelecido, por exemplo, que o exame só seria feito em casos de necessidade justificada e que a mulher deveria ser bem informada de sua natureza. No caso das menores de idade, exigia-se a autorização dos responsáveis (Moscucci, 1996, p. 113-122)¹².

Outra grande questão debatida no século passado e que coloca em jogo a moralidade médica diz respeito à cliteridectomia. Do ponto de vista das feministas da época, essa prática demonstrava bem a brutalidade dos procedimentos adotados em nome do conhecimento médico. O caso do ginecologista inglês I. Baker Brown é exemplar. Em 1867, ele chegou mesmo a ser expulso da Obstetrical Society of London e esta não foi a sua única sanção. Baker Brown foi acusado de praticar a cliteridectomia sem o conhecimento das pacientes, dos maridos e pais, trazendo a injúria para a profissão médica. É interessante que, da perspectiva das autoridades médicas que o perseguiram, não estava em discussão o atentado à integridade física da mulher, inclusive porque esse tipo de procedimento cirúrgico não era assim tão incomum, mas a moralidade da profissão e a honra dos maridos desavisados (Kent, 1995, p. 115-118).

De acordo com Scull e Favreau, 1986, o problema, no caso Baker Brown, era o fato de a publicização das suas intervenções chamar a atenção das mulheres para a masturbação, que era a principal causa alegada para justificar a excisão do clitóris. Além disso, ele trazia para a medicina a imagem indesejada da associação com um tema tão indecente quanto o da masturbação, abrindo brechas para a desonra da profissão. Na verdade, isso

¹² Na Inglaterra, os partidários da não-regulação da prostituição utilizaram os argumentos de estupro instrumental e atentado à liberdade individual para condenar o espéculo. As inspeções das prostitutas eram percebidas como degradantes, especialmente pelas feministas, que começavam a se manifestar contra a dupla moralidade sexual que permitia todas as liberdades aos homens e fomentava a prostituição. Nessa época, as demandas pelo voto feminino e castidade masculina andavam juntas (Kent, 1995, p. 119; Moscucci, 1996, p. 123-124).

resumia o grande dilema da ginecologia. Intervindo no terreno da reprodução e da sexualidade femininas, os ginecologistas estavam sujeitos aos questionamentos de ordem moral. Eles aliavam, paralelamente, o prestígio advindo com a maior precisão das intervenções, eficácia nos tratamentos e complexificação das teorias, à fragilidade moral inerente ao seu campo de atuação. Os casos de médicos famosos e reconhecidos que, por um lapso ameaçaram a autoridade de pais e maridos e sofreram perseguições públicas e mesmo judiciais, ilustra como a ginecologia se constituiu durante o século XIX, assentando suas fundações sobre um solo instável e perigoso. Ao mesmo tempo, definiu-se enquanto a especialidade guardiã da honra feminina e da regulação das manifestações corporais da mulher, de modo que a maternidade fosse bem encaminhada, a reprodução garantida e a ordem social cristalizada.

A ciência e a construção das diferenças

Na análise que faz da história da ginecologia na Inglaterra, Moscucci (1996, p. 2) sustenta que a constituição desse ramo da medicina está atrelada à crença de que o sexo e a reprodução são mais fundamentais para a natureza da mulher do que para a do homem. A passagem pela puberdade, gravidez e menopausa afetaria a mulher de tal maneira que não há equivalentes no caso masculino. E é a partir das funções diferenciadas na reprodução que se prescreve papéis sociais muito distintos para homens e mulheres. Os primeiros seriam mais apropriados para as atividades públicas, do trabalho, polícia e comércio, enquanto que as segundas prestam-se às atividades na esfera privada da família, como mães e esposas.

A ginecologia teria legitimado essa visão. Mais do que isso, é a crença na singularidade do corpo feminino como determinado à reprodução que possibilitou a formação dessa especialidade, que definiu as mulheres como um grupo particular de pacientes e um tipo distinto na espécie humana¹³. Não é à toa que a ginecologia se desenvolveu simultaneamente às disciplinas dedicadas ao estudo científico da humanidade. A partir do Iluminismo, inten-

¹³ Berriot-Salvadore (1993, p. 1-3), estudando a literatura médica da Renascença, mostra a existência, também naquele contexto, da presença de um modelo de representação da mulher como destinada aos papéis de mãe e esposa a partir de uma ordem inscrita na natureza. Embora a ginecologia vá sistematizar esse modelo de uma forma jamais vista, pode-se dizer que as bases para um pensamento médico que assenta a hierarquia social dos sexos em uma lei biológica já estavam dadas.

sifica-se a demanda de conhecimento empírico, que determinaria as leis da existência humana. Além disso, os acontecimentos do final do século XVIII tinham instaurado a necessidade de rever as hierarquias estabelecidas, agora a partir das evidências objetivas observadas na natureza. Moscucci (1996, p. 3), seguindo o mesmo raciocínio de Laqueur (1987, 1992) e Schiebinger (1987), afirma: “A democracia minara a antiga base da autoridade patriarcal, e, conseqüentemente, era necessário repensar a relação entre os sexos segundo novas linhas. À natureza, não à religião ou à metafísica, cabia definir o lugar que homem e mulher ocupariam na nova ordem social”¹⁴.

Autores como Rousseau tinham lançado as bases para a distinção das atividades nas esferas pública e privada a partir da diferença sexual. A biologia feminina servia de maneira privilegiada para pensar a ordem social a partir da natureza. Esse é o ponto de partida que marcou a produção dos médicos que escreveram durante o século XIX. Através de uma anatomia e fisiologia comparativas, eles pretendiam criar as bases para uma ciência da espécie humana. A taxonomia da diferença sexual era importante, porque, por um lado, permitia definir os caracteres do *homem natural*, e por outro, determinaria as diferenças entre homens e mulheres. A ginecologia, enquanto ciência da mulher, fez parte de um sistema de classificação mais amplo, que envolvia a antropologia, a ciência do Homem. Essa relação é expressa de maneira clara nas proposições de alguns ginecologistas. James Jamieson, ginecologista e professor de medicina, escreveu, em 1887, que a história natural da raça humana é o objeto da antropologia, que tem como objetivo a criação de classificações distintivas entre os homens. Entre elas estariam o grau de civilização, a cor da pele e os tipos de fala. Mas, a mais fundamental e definitiva divisão é o sexo, e, para dar conta dessa classificação, a antropologia comportaria a ginecologia e a andrologia, ou seja, os estudos das peculiaridades da mulher e do homem (Moscucci, 1996, p. 13-15; Russet, 1995: 24-28).

É nessa perspectiva que a ginecologia constituiu-se com pretensões muito mais amplas do que o simples tratamento das doenças femininas. Ela partiu do estudo das próprias diferenças sexuais. Uma das suas proposições era a idéia de que essas diferenças não estavam contidas nos órgãos genitais, mas na totalidade fisiológica e psicológica dos indivíduos. O ginecologista James Oliver escreveu, em 1889, que a diferença existente entre o homem e a mulher não estava estampada em um único órgão do corpo, mas na

¹⁴ Sobre a definição da sexualidade feminina a partir da natureza, no século XVIII, ver também o trabalho de Steinbrügge, 1995.

totalidade da mente e do corpo, sendo universal e constitucional. A sexualidade, ou seja, as qualidades associadas à masculinidade e à feminilidade, também não era percebida como uma essência estática, mas como um processo biológico dinâmico que transcorria desde a concepção até a puberdade. Era por isso que se considerava impossível determinar definitivamente o sexo no momento do nascimento com base na aparência dos genitais. Somente com a chegada da puberdade e a definição do desejo sexual, dos caracteres sexuais secundários, dos hábitos e traços psicológicos, poder-se-ia fazer um diagnóstico definitivo. Ao mesmo tempo, era evidente que a distinção anatômica e fisiológica confundia-se com o funcionamento de testículos e ovários. Era mediante a atividade regular desses órgãos que todas as outras características da sexualidade se evidenciavam, associadas à capacidade reprodutiva. Dessa forma, era comum falar-se da indefinição até a puberdade ou mesmo da masculinização das mulheres após a menopausa, ou da feminização dos eunucos (Moscucci, 1996, p. 15-16).

O que se impunha como necessário era o estabelecimento das características específicas de cada sexo e o que, ao contrário, seria comum ao patrimônio de ambos. Sob esse empreendimento escondia-se o problema de saber qual dos dois sexos seria mais representativo da humanidade. Estava em jogo uma tensão entre a diferença e a unidade da espécie humana, cara às preocupações científicas da época. A tentativa de reconciliar o conceito da diferença sexual com a idéia de natureza humana expressava-se na fascinação com o latente hermafroditismo ou bissexualidade da humanidade. A embriologia pode ser usada como exemplo. Os especialistas nessa área acreditavam que pênis e clitóris, escroto e lábios, testículos e ovários compartilhavam uma origem comum nos primórdios da vida fetal. Era a partir do desenvolvimento do embrião até a idade adulta que os órgãos diferenciavam-se na sua estrutura e função, tendo, assim, cada órgão masculino, um correspondente análogo no corpo feminino. A crença nessa homologia vem desde a Antiguidade, mas a medicina do século XIX a teria reformulado em termos mais contemporâneos. Embora nessa época a afirmação da diferença fosse fundamental, também era necessária a afirmação de uma unidade entre homens e mulheres (Moscucci, 1996, p. 16-18)¹⁵.

O parentesco admitido entre as duas metades da espécie humana aparecia em temas como a *menstruação masculina*. Referências nas décadas de

¹⁵ Moscucci (1996, p. 215, nota 31) afirma que concorda com Laqueur (1992) quando este situa a instauração da diferença qualitativa radical entre os sexos a partir do fim do século XVIII, mas ela defende que também há a permanência do parentesco entre homens e mulheres.

1880 e 1890 ainda reconheciam escorrimentos sangüíneos do pênis como provas da existência da menstruação no homem. Outra teoria contemporânea era a que defendia que as mamas eram comuns aos dois sexos e, acima de tudo, representativas da espécie. Nesse terreno, podia-se até mesmo conceber o hermafrodita não como uma aberração ou falsidade, o que aconteceria mais tarde, mas como o representante mais legítimo da raça humana (Moscucci, 1996, p. 19-21).

Além disso, os grandes progressos da fisiologia e da anatomia patológica forneciam um conhecimento mais íntimo dos órgãos e dos tecidos, mostrando aos médicos as semelhanças entre o homem e a mulher. Mas, a despeito da semelhança reconhecida, os médicos se ocupavam com a tarefa de encontrar evidências da inferioridade feminina. É certo que eles também se esmeravam em descrever a *doçura* e as *virtudes morais* da mulher, mas, ao mesmo tempo, multiplicavam as suas patologias, os seus desregramentos, causados, em última instância, pelo *predomínio do seu sistema genital*. A mulher, segundo eles, era governada pela sua fisiologia, a qual era inerentemente patológica. Perturbações ginecológicas e vacilações de espírito eram devidas aos movimentos normais da *genitalidade* feminina. Essa perspectiva deu origem a uma série de teorias explicativas das propensões criminosas da mulher, como a de Lombroso. Uma natureza feminina específica e patológica definida pelos médicos propiciou o novo discurso da diferença (Peter, 1980, p. 85-87).

Não se pode deixar de mencionar o impacto da obra de Darwin nessa discussão. Afinal, ele havia definido que a sexualidade fazia parte do processo evolutivo da espécie. Pela divisão das atividades e especialização das funções, alguns indivíduos teriam desenvolvido uma variedade de estrutura corporal e qualidades mentais que lhes garantiam vantagens reprodutivas sobre os outros. Os machos adquiriam os caracteres sexuais no processo de luta pela posse das fêmeas e, cada vez mais, foram divergindo delas e tornando-se superiores física e mentalmente. Essa teoria científica da diferença atraiu alguns ginecologistas, como o eminente L. Tait, que em 1869 se aventurou na publicação de um artigo sobre a seleção natural. Tait teve o privilégio de ser citado por seu mestre Darwin, anos mais tarde. Além disso, conta-se que, no seu trabalho no Birmingham Hospital for Women, ele examinava as mulheres procurando encontrar os vestígios físicos da existência de uma cauda (Moscucci, 1996, p. 21-22).

Contudo, Darwin também foi importante na medida em que estabeleceu as bases para a relação entre o homem e seu ambiente, que foi incorporada pelos teóricos ginecologistas. A obra desse autor, através da idéia da ação do ambiente sobre a biologia, possibilitou a concepção de que as diferenças entre homens e mulheres surgiram na história da espécie e, portanto, estavam sujeitas a modificações. Mas esse não foi o aproveitamento mais comum do darwinismo. Os ginecologistas estavam mais interessados em estudar as especificidades provocadas pela influência do clima, dieta, ocupação e educação na menstruação ou menopausa. A comparação entre as civilizações poderia determinar a construção de uma *ginecologia etnográfica e antropológica*. Em consonância com os desafios científicos da época, os ginecologistas tentavam estabelecer os parâmetros da dicotomia natureza/cultura para o caso das mulheres. Alguns chegaram mesmo a conceber que a menstruação não existia nas tribos primitivas, sendo um efeito da civilização, causado ou pelo rompimento com o antigo padrão primitivo de gravidezes sucessivas, ou com uma melhora na dieta e a conseqüente geração de um excedente nutritivo eliminado pelo fluxo menstrual. Muitas vezes, era ambígua a definição do que seria natural ou cultural. O ginecologista J. Oliver comenta que teria sido em função da civilização e da divisão de tarefas que a mulher desenvolveu sua estrutura mais delicada. Ao mesmo tempo, ele se refere a algo preexistente que determinaria essa mesma característica (Moscucci, 1996, p. 23-27)¹⁶.

Algumas idéias eram recorrentes para os ginecologistas. Uma delas referia-se ao fato de que as qualidades distintas eram distribuídas em graus diferentes para homens e mulheres. As capacidades intelectuais eram mais características do homem, o que ficava evidente nas medidas do seu crânio e tamanho do cérebro. As mulheres eram mais dominadas pelas funções sexuais e, por isso, eram caracterizadas como mais físicas, instintivas e emotivas. O instinto sexual era de tal forma determinante para a mulher na

¹⁶ Tanto a preocupação com a diferença sexual quanto essa ambigüidade na preponderância de fatores sociais ou naturais no estudo do comportamento feminino são identificadas por Besnard também em cientistas sociais não-médicos. A partir da análise de Durkheim sobre o suicídio, o autor comenta: "Ademais, trata-se da posição hegemônica na época explicar a menor tendência das mulheres ao suicídio e à criminalidade em função de sua menor participação na vida social, ao mesmo tempo que se explicava as variações das taxas de suicídios e de criminalidade entre as mulheres através de 'causas orgânicas'. Assim, na *Année Sociologique*, as resenhas das obras sobre criminalidade, preparadas seja por Gaston, seja por Richard, seja por Durkheim, dedicavam interesse especial aos resultados que tendiam a mostrar a influência agravante da menstruação" (Besnard, 1973, p. 33, nota 13).

concepção desses médicos que se tornou mesmo comum usarem o termo *sexo* para se referirem à mulher. O homem, evidentemente, também era dotado de funções instintivas e emocionais, mas estas eram governadas pelo cérebro. R. Barnes, escrevendo no *Dictionary of Medicine* (1882), explica que o termo ginecologia abarca muito mais que as doenças da mulher, já que, para entender as suas patologias, é preciso observá-la nas relações sociais, estudar suas características morais e intelectuais, constituindo um estudo colateral, que é infinitamente mais importante no caso da mulher do que do homem. O conhecimento da *mulher natural* era a fundação necessária da ginecologia. A mulher seria determinada, em seu corpo e mente, pela função sexual, fazendo com que sua fisiologia e patologia sexual afetassem o seu comportamento e tendo conseqüências sociais e morais que não teriam paralelo no caso do homem. A noção dessa dominação natural que se passa na mulher era tão propagada que servia para justificar sua absolvição em casos de infanticídio, por exemplo. Em momentos como o parto e o puerpério, quando as influências do sexo predominariam ainda mais na mulher, ela se tornaria física e moralmente vulnerável e não poderia ser responsabilizada plenamente pelas suas ações (Moscucci, 1996, p. 28-31).

Supondo essa predominância da função sexual na mulher, os ginecologistas tentavam determinar como se processava essa interação complexa entre corpo e mente. Eram consideradas as relações entre instinto e razão, sentidos e faculdades morais, organização e ambiente, temas que também compunham as preocupações da antropologia na época. Mas a diferença entre a ginecologia e a antropologia consiste principalmente em uma grande assimetria: enquanto a primeira tratava da mulher, freqüentemente associada aos primitivos e às crianças, representando um homem incompleto ou incivilizado, a antropologia tratava da humanidade a partir do modelo masculino. Mas a antropologia não cuidava das doenças masculinas, e nem mesmo a andrologia teve sucesso. A relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina exigia a criação de uma ciência específica; ao passo que, embora existissem as doenças caracteristicamente masculinas, como as desordens na próstata e testículos, a patologia do sistema sexual masculino não determinava a natureza do homem. Isso explicaria porque a andrologia, ou mesmo a urologia, enquanto especialidade do aparelho sexual masculino, não tiveram grande êxito na época (Moscucci, 1996, p. 31-33)¹⁷.

¹⁷ Foi somente nas primeiras décadas deste século que o urologista inglês Kenneth Walkes obteve maior êxito na divulgação e reconhecimento da andrologia enquanto o estudo das doenças dos órgãos masculinos da geração (Moscucci, 1996, p. 33).

Um fator importante no desenvolvimento da ginecologia foi o destaque dado à teoria ovular durante a década de 1850. Segundo essa teoria, era a produção espontânea do óvulo que causava a menstruação, que por sua vez coincidia com o período fértil e de maior desejo sexual na mulher. A redefinição dos ovários como os centros de controle do sexo e reprodução caminha ao lado da sua valorização como determinantes da natureza da mulher. Enquanto o útero e os seios eram representativos do papel maternal da mulher, os ovários eram responsáveis pelo instinto sexual feminino, que, em última instância, tinha a ver com a reprodução da espécie. Ao mesmo tempo, expande-se a noção da beleza feminina associada ao período fértil ou descrita a partir da formação da pélvis. Por isso, mulheres na menopausa, ou aquelas que tinham perdido os ovários, perdiam também seus atrativos (Moscucci, 1996, p. 33-36).

A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, volumoso, seios generosos, ancas desenvolvidas – qualidades apropriadas à maternidade. Os médicos *constata-vam* impressionados como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe. E era a partir dessas *evidências* fornecidas pela natureza que a medicina deveria se orientar. Era o modelo da mãe que deveria ser usado para pensar o equilíbrio físico, mental e moral da mulher. A questão é que esses médicos esqueciam que a definição de beleza que eles pregavam, e que eles preferiam acreditar que nada mais era do que uma expressão da natureza, consistia, no fundo, em uma reafirmação das suas próprias convicções (Peter, 1980, p. 89).

Não é sem razão que ganhou impulso, ao lado da craniometria, a pelvimetria, inicialmente como meio de classificar as raças com base nas capacidades cranianas e pélvicas. O tamanho da pélvis poderia ser relacionado com o tamanho da cabeça fetal e assim dar parâmetros para a estimativa do cérebro e das faculdades intelectuais de cada raça. Mas, enquanto a craniometria era aplicada para a mensuração do cérebro no homem, na mulher a pelvimetria era vista como mais adequada. E enquanto o homem europeu era definido como superior frente a outras raças pela medição do seu crânio, a mulher européia ganhava o título análogo, mas em termos de maior capacidade pélvica. Nada mais natural, já que homens e mulheres eram especializados para funções diferentes e complementares. Essa diferen-

ça indiscutível, e até mesmo mensurável, justificava, por exemplo, a capacidade inferior da mulher para os estudos, já que era determinada prioritariamente para a maternidade (Moscucci, 1996, p. 38-40).

A relação desses temas mostra como a identificação de características supostamente naturais e observáveis cientificamente traçavam as bases para a justificação das diferenças entre os sexos quanto aos seus papéis sociais. Ao homem caberia os desafios do mundo público; à mulher, a reprodução da família. A natureza já tinha estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir. Escapar dessa determinação era ir contra as leis da espécie e da evolução. É a partir desse quadro que a ginecologia se constitui não apenas como o desprezioso estudo e tratamento das doenças das mulheres, mas como uma ciência da feminidade e da diferença sexual. Trata-se de um conhecimento elaborado a partir das mulheres, da percepção de como são distintas em relação aos homens. Não há, porém, uma ciência do homem tendo como ponto de partida a sua diferença da mulher. Ou melhor, a ciência do homem é a ciência da humanidade, aquela que permite a instauração da diferença e a comparação entre outras unidades: as raças, os povos, as civilizações. A ciência da mulher é a que descreve e justifica a diferença sexual. O interessante é que ambas têm em comum o recurso a supostos dados biológicos que legitimam visões de mundo e hierarquias sociais.

Referências

ANDRADE, João C. de. *A puberdade na mulher*. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1839.

BARNES, R. *Dictionary of Medicine*. London, 1882.

BERRIOT-SALVADORE, Evelyne. *Un corps, un destin*. Paris: Honoré Champion, 1993.

BESNARD, Philippe. Durkheim et les femmes ou le suicide inachevé. *Revue Française de Sociologie*, XIV, p. 27-61, 1973.

BRODIE, Janet F. *Contraception and abortion in nineteenth-century America*. Ithaca: Cornell University Press, 1994.

CARRARA, Sérgio Luiz. Sexualidade e sexologia no Rio de Janeiro de entre-guerras. *Cadernos do IPUB*, n. 8, p. 113-128, 1997.

- CARRARA, Sérgio Luiz. *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CIANFRANI, Theodore. *A short history of obstetrics and gynecology*. Springfield: Charles C. Thomas, 1960.
- CORBIN, Alain. *Les filles de noce: misère sexuelle et prostitution au XIXème. siècle*. Paris: Flammarion, 1989.
- CUTTER, Irving; VIETS, Henry. *A short history of midwifery*. Philadelphia: W. B. Sanders Company, 1964.
- DARMON, Pierre. *Le mythe de la procréation à l'âge baroque*. Paris: J.-J. Pauvert, 1977.
- DEVRAIGNE, L. *L'obstétrique a travers les âges*. Paris: G. Doin & Cie., 1939.
- ENCICLOPÉDIA Luso-Brasileira de Cultura. Lisboa: Ed. Verbo, [s.d.].
- ENCICLOPÉDIA Mirador Internacional. São Paulo: Enciclopédia Britânica do Brasil Publicações, 1991.
- ESNAULT, Jack. *La maternité de Port-Royal au début du XIXème. siècle d'après les remarques d'Osiander*. Tese (Doutorado)–Paris V/Faculté de Médecine, Université René Descartes, Paris, 1980.
- FÄY-SALLOIS, Fanny. *Les nourrices à Paris au XIXème. siècle*. Paris: Payot, 1997.
- FIRMINO JUNIOR, José J. *Sobre a menstruação, precedida de breves considerações sobre a mulher*. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1840.
- GAY, Peter. *Education of the senses*. New York: Oxford University Press, 1984.
- GOVEDART, Jean-Jacques. *Le docteur Alberto Liptay (1859-1922), neo-malthusien polemist: un curieux ancêtre de L'I. V. G. et du planning familial*. Tese (Doutorado)–Faculté de Médecine, Université de Caen, Caen, 1993.
- GRANDE Enciclopédia Delta Larousse. Rio de Janeiro: Delta, 1978.
- GRANDE Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. Lisboa: Editorial Enciclopédia, [s.d.].
- GRONEMAN, G. Nymphomania: the historical construction of female sexuality. *Signs*, v. 19, n. 2, 1994.

- HALL, Lesley A. Havelock's heirs: the history of sexuality today. *Social History of Medicine*, v. 7, n. 1, p. 135-142, 1994.
- KENT, Susan K. *Sex and suffrage in Britain 1860-1914*. London: Routledge, 1995.
- LAQUEUR, Thomas. Orgasm, generation, and the politics of reproductive biology. In: GALLAGHER, C. (Ed.). *Making the modern body*. Berkeley: University of California Press, 1987. p. 1-41.
- LAQUEUR, Thomas. *Making sex: body and gender from the greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
- LOBATO JUNIOR, Affonso C. *Mulher em geral: menstruação e suas causas*. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1855.
- MAGALHÃES, Fernando. *A obstetrícia no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Leite Ribeiro, 1922.
- MAIA, George D. *Biografia de uma faculdade*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.
- MELLO, José T. de. *A higiene da mulher durante a puberdade e o aparecimento do fluxo catamenial*. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1841.
- MOSCUCCI, Ornella. *The science of woman: gynecology and gender in England (1800-1929)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- O'DOWD, Michael; PHILIPP, Elliot. *The history of obstetrics and gynecology*. New York: The Parthenon Publishing Group, 1994.
- PETER, Jean-Pierre. Les médecins e les femmes. In: ARON, Jean-Paul (Ed.). *Misérable et glorieuse: la femme du XIXe. siècle*. Paris: Fayard, 1980.
- ROHDEN, Fabiola. *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- RONNIN, Francis. *La grève des ventres: propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIXe.-XXe. siècles)*. Paris: Aubier-Montagne, 1980.

RUSSETT, Cynthia E. *Sexual science: the victorian construction of womanhood*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

SCHIEBINGER, Londa. Skeletons in the closet: the first illustrations of the female skeleton in Eighteenth-Century anatomy. In: GALLAGHER, C. (Ed.). *Making the modern body*. Berkeley: University of California Press, 1987. p. 42-82.

SCULL, Andrew; FAVREAU, Diane. The clitoridectomy craze. *Social Research*, v. 53, n. 2, p. 243-260, 1986.

SMITH-ROSENBERG, Carroll. *Disorderly conduct: visions of gender in Victorian America*. New York: Alfred A. Knopf, 1985.

STEINBRÜGGE, Liselotte. *The moral sex: women's nature in the French Enlightenment*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

TATLOCK, L. Speculum feminarum: gendered perspectives on obstetrics and gynecology in early modern Germany. *Signs*, v. 17, n. 4, p. 725-760, 1992.

THE OXFORD English Dictionary. *A new English dictionary on historical principles*. Oxford: Clarendon Press, 1933. v. 4.

THÉBAUD, Françoise. Maternité et famille entre les deux guerres: idéologie et politique familiale. In: THALMANN, Rita (Ed.). *Femmes et sociétés*. Paris: Ed. Tierce, 1986.

TORRES, Antonio G. de L. *O físico e o moral da mulher nas diferentes fases da sua vida*. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1848.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. *Catálogo de teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 1985.

VALLE, Luiz V. D'Almeida. *Mulher e matrimônio medicamente considerados*. Tese (Doutorado)–Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1847.