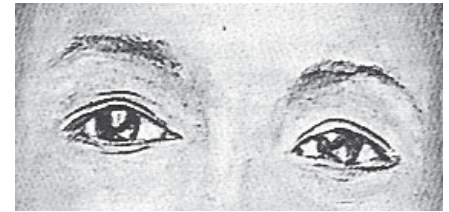


Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução*



Tonia Costa¹
Eduardo Navarro Stotz²
Danielle Grynszpan³
Maria do Carmo Borges de Souza⁴

COSTA, T. ET AL. Naturalization and medicalization of the female body: social control through reproduction. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006.

This study discusses, through bibliographic research, the recurrence of naturalization as the basis for medicalization of the female body, as a means of social control through biological reproduction, whereby behavioral standards, social class, ethnic and race differences are rearranged/redefined. Through this process male, patriarchal and class predominance is maintained and the rift of social and gender inequalities grow wider. It is important to identify the role of technological developments and its complexities - which do not allow lower-income classes to take decisions in regard to their own bodies and reproductive health - and schooling - specially through science and physical education classes - whereby upper-class predominance is sustained.

KEY WORDS: human reproduction. medicalization. naturalization. social control.

Trata-se de pesquisa bibliográfica sobre a recorrência do processo de naturalização como alicerce da medicalização do corpo feminino. Este processo institui uma forma de controle social com base na reprodução biológica, em que padrões de comportamento e diferenças de classe social, raça/etnia são ordenados/redescritos. Assim, se mantém a hegemonia masculina, patriarcal e de classe, e se aprofundam as desigualdades sociais e de gênero. Destaca-se a importância do desenvolvimento e da complexidade da tecnologia - que afastam as classes populares das tomadas de decisão sobre o próprio corpo e a saúde reprodutiva - e da escola - sobretudo, em aulas de ciências e educação física - para manter e perpetuar a hegemonia burguesa.

PALAVRAS-CHAVE: reprodução humana. medicalização. naturalização. controle social.

* Este estudo é parte integrante de levantamento bibliográfico para elaboração de tese de doutorado sobre a infertilidade.

¹ Departamento de Fundamentos de Educação, setor Biologia, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro. <toniac@terra.com.br>

² Departamento de Endemias, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). <stotz@ensp.fiocruz.br>

³ Departamento de Biologia, Instituto Oswaldo Cruz/ Fiocruz. <danielle.grynszpan@terra.com.br>

⁴ Instituto de Ginecologia, UFRJ. <mariadocarmo@cmb.com.br>

¹ Rua Santa Clara, 327/ 303
Copacabana - Rio de Janeiro, RJ
Brasil - 22.041-010

Introdução

Em *A medicalização do corpo feminino* (Vieira, 2003) há o relato de uma paciente, que, indagada acerca de quantas vezes deveria procurar o médico, respondeu: *Todo dia!* (p.11). A exaltação e hegemonia do médico como o profissional responsável por ordenar e normalizar questões referentes ao corpo feminino não é recente. Foi construída passo a passo e está profundamente entrelaçada com a construção da medicina como área de saber científico.

Contudo, é importante explicitar o processo histórico a que se refere o nosso estudo. O século XVIII configura a emergência da Medicina como área de saber técnico-científico, de domínio masculino que, desde então, se vê cada vez mais entrelaçada aos interesses de controle populacional, disciplinarização da força de trabalho e higienização dos espaços e das relações sociais.

Mas essas preocupações variam de acordo com os contextos e as épocas. Assim, entre os séculos XIX e XX, é preciso considerar a existência de um continente europeu superpovoado, em oposição às Américas que, demandando por povoamento, absorveram imigrantes e, também, discussões e idéias da Europa. Os ideais eugênicos, por exemplo, que caracterizam a fase colonialista do imperialismo europeu, em curso já no fim do século XIX, são visíveis no Brasil apenas na segunda década do século XX.

Em contrapartida, discursivamente associada à melhoria da raça e desenvolvimento populacional, a eugenia assumiu forma agressiva e destrutiva sob o nazifascismo na Europa dos anos 30-40 do século XX, formas que encobriram as necessidades de controle da força de trabalho industrial e de combate às lutas de classes por distribuição de riquezas e aos ideais socialistas.

No cenário mundial do século XXI, a propagação do tema da reprodução em jornais de grande circulação, com manchetes que destacam o aumento de fertilidade na favela, bem como a maior taxa de natalidade entre adolescentes nas camadas populares, ilustra a importância e atualidade deste assunto e mais: a perpetuação de uma hierarquia de gêneros e a manutenção da estratégia biopolítica referida por Foucault (1989), em que

[...] As formas atuais de organização da medicina e a complexidade da tecnologia a elas associada [...] em muitos casos, afastam ou aprofundam o afastamento das pessoas comuns das tomadas de decisão relativas ao próprio corpo, ao seu bem-estar e, no limite, ao destino de suas vidas. (Corrêa, 2001, p.25)

O presente estudo é parte da revisão bibliográfica integrante do desenvolvimento de tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz (IOC)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sobre a recorrência da naturalização como base do processo de medicalização do corpo feminino. O texto apresenta a visão consensual da literatura (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 2004) em relação a dois blocos temáticos, assim organizados: na parte 1, discute a recorrência histórica do processo de naturalização como alicerce da medicalização do corpo feminino, que instituiu uma forma de controle social com base na reprodução. A parte 2 apresenta uma discussão sobre a medicalização do corpo feminino na atualidade.

⁵ O conceito de medicalização é atribuído a Ivan Illich (Nogueira, 2003). A medicalização social é uma vertente do que Illich (1975) denominou medicalização da vida, um dos mecanismos de controle institucional da população. A medicalização social ou iatrogênese social (Nogueira, 2003) decorre de uma crescente dependência da população para com drogas, comportamentos e medidas prescritas pela medicina, que dissemina uma atitude passiva e dependente da autoridade médica. A base da medicalização foram as descobertas biológicas que ampliaram o poder social da Medicina, cujo discurso naturalista, universalizante, foi gradativamente adquirindo legitimidade (Birman, 2005) e ingressando nos espaços privados das famílias, ditando normas e táticas médicas-higiênicas burguesas (Costa, 1983). Medicalização, então, compreende a capacidade do saber médico de se apropriar de problemas cotidianos e revesti-los de significado e explicações da Medicina - como questões a serem refletidas e resolvidas por este saber (Silveira, 2001) - e de estimular o aumento de consumo de bens e serviços médicos. Decorre da convicção de que o indivíduo pode alcançar o pleno bem-estar desde que cada aspecto de sua vida seja regulado cientificamente - missão a ser exercida por profissional especializado - o médico (Singer et al., 1988).

Pesquisa exploratória inicial, realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, encontrou 78 referências sob o título medicalização (67 na base Lilacs - literatura latino-americana e do Caribe em Saúde Pública; oito na BDEnf - Base de dados de enfermagem; duas na Medline e duas na Adolec - saúde na adolescência). Na base Hisa (história da saúde pública da América Latina e do Caribe/ Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz), foram encontradas 19 referências, sendo que, dentre as compatíveis com este estudo (sete), a maioria era de teses. Sob o título medicalização do corpo, havia apenas três referências (Lilacs). Sob medicalização e corpo feminino, três (Lilacs) e, sob naturalização e corpo feminino, apenas uma (Lilacs). Para o título história da ginecologia, foram encontradas 473 referências, muitas das quais tratavam de períodos anteriores aos contemplados.

Dentre os temas encontrados, destacou-se a visão histórica - o processo de medicalização dos hospitais, do parto, da sociedade, a luta entre profissionais e parteiras, a relação entre medicalização e exclusão social, a configuração da ginecologia, a imagem social do ginecologista, a medicalização do corpo feminino, lutas feministas. Referências mais gerais discutiram a medicalização social como dispositivo biopolítico, a medicalização da gestação e do corpo feminino, a naturalização *versus* os direitos reprodutivos.

Ainda foram incluídos dados estatísticos de pesquisas nacionais que fizeram alusão à saúde reprodutiva feminina. O uso de tecnologia foi salientado para descrever, por meio de dados numéricos coletados na literatura, como se compõe o processo de medicalização que aprofunda as desigualdades de gênero/raça/classe, ao mesmo tempo em que mantém e perpetua a hegemonia burguesa. Quanto à naturalização, dados que possibilitaram a discussão da maternidade como condicionante da identidade feminina também foram considerados.

Parte 1: Sobre a recorrência do processo de medicalização

Medicalização social e medicalização do corpo feminino

O nascimento da medicina moderna, consolidada como saber científico, pode ser situado no fim do século XVIII. Gradativamente, vai se configurando como ciência experimental, fundada em racionalidade e neutralidade, excluindo qualquer juízo de valor ou de subjetividade e baseando, na observação neutra, a elaboração de leis universais (Vieira, 2003). Promove, dessa forma, uma mudança na relação entre o visível e o invisível (Foucault, 1980).

A medicina antiga se caracteriza por um limitado instrumental diagnóstico e terapêutico e uma estreita intervenção técnica. A grande mudança no papel da medicina deu-se por meio da normalização social via desenvolvimento de regras morais ligadas ao trabalho e aos hábitos cotidianos e princípios de higiene. Essa normalização, aliada à ampliação de atos, produtos e, mesmo, de consumo médico, compreende a medicalização social.

A normalização médica discursiva passa a redescrever eventos fisiológicos considerados naturais e comportamentos sociais desviantes, e acaba remetendo à intervenção de práticas especializadas. Dessa forma, qualquer aspecto da vida - social ou individual - pode ser redescrito em termos médicos (Illich, 1975)⁵. Segundo Corrêa (2001, p.25), a medicalização compreende:

De um lado, ampliação de atos, produtos e consumo médico; de outro, interferência da medicina no cotidiano das pessoas, por meio de normas de conduta e padrões que atingem um espectro importante de comportamentos individuais.

O nascimento da medicina moderna se dá pela gradativa valorização do saber médico, compreendendo estratégia biopolítica (Foucault, 1989), ou seja, a medicina como saber científico no bojo do surgimento da sociedade capitalista investiu no somático, no biológico, no corporal. É um *“controle social que começa no corpo, com o corpo. [...] O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”* (Foucault, 1989, p. 47). Entretanto, o autor ressalta que *“não é o consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos”* (Foucault, 1989, p.82).

A partir do capitalismo, o corpo passa a ser entendido como força de produção e a medicina ganha um novo estatuto (Foucault, 1980), que permite o nascimento da profissão médica e do mito da erradicação das doenças (Herzog, 1991), os quais proliferam e retroalimentam a medicalização, que se expande num processo contínuo. A diferença mais importante da medicina moderna, se comparada aos modelos anteriores ao século XVIII, compreende a associação entre a função de cura do médico e sua própria figura, à função política de criação e transmissão de normas (Martins, 2005; Corrêa, 2001).

O processo de medicalização social transforma o papel social do médico e da medicina, mas também a construção das doenças (nosologia) e o corpo médico, que passa a se organizar profissionalmente. A consolidação do ensino universitário garante a competência e regula a atividade técnica pela instalação de um código moral. Assim, são separados charlatões e pessoas que faziam uso de práticas empíricas (as parteiras são bom exemplo).

O papel social do médico é ampliado, incorporando funções de educador e guardião da moral e dos costumes. A definição de um novo objeto da medicina, que desloca o foco da doença para a saúde, inicia o controle das virtualidades, da periculosidade e, também, a prevenção (Vieira, 2003). O discurso médico-higiênico considera a doença como um desvio, cujas causas são a desorganização e o mau funcionamento social, sobre os quais a medicina deveria atuar visando *“neutralizar todo o perigo possível”* (Costa, 1987, p.10).

Esse papel decorre do projeto de higienização iniciado no espaço público das cidades, que vai se interiorizando nos lares, no espaço privado das famílias. Por meio da regulação dos indivíduos, para adaptá-los a uma nova ordem, há a produção de características corporais, sentimentais e sociais. O Estado moderno, movido por interesses industriais, necessita manter o controle - demográfico e político - da população adequado a essa finalidade. Para tal, deveria atacar a estrutura organizacional da população, ou seja, a família (Costa, 1983). O objetivo era disciplinar a concepção e os cuidados físicos dos filhos e, para as famílias pobres, *prevenir as perigosas “conseqüências políticas da miséria e do pauperismo”* (Costa, 1979, p.51).

O positivismo - relacionando determinações biológicas e sociais -, em vigor no século XIX, eleva a biologia ao status de portadora de leis (universais) que devem reger as sociedades. Apoiando-se na própria evolução biológica do

indivíduo e em supostas condições “ótimas” para essa evolução, houve a mudança na organização familiar, culminando com o que Costa (1979) denominou *criaturas médicas*. Essa medicalização da vida privada atingiu, prioritariamente, mulheres e crianças. As características da mulher vão sendo redefinidas, seu papel cultural cresce, assumindo condição de geradora da principal riqueza nacional: a população. Mãe e filho equacionam-se, na medida em que “a mãe devotada e a criança bem-amada vão ser o adulto e a semente do adolescente” (Costa, 1979, p.73).

Em 1859, Charles Darwin apresenta a teoria da evolução no livro *Sobre a origem das espécies através da seleção natural ou a preservação de raças favorecidas na luta pela vida*. Esta teoria e a da hereditariedade, que começava a ser desenvolvida na mesma época, propiciam o nascimento de uma corrente de pensamento caracterizada pelo fatalismo genético que culminará no eugenismo⁶. A teoria evolucionista, então, não se restringiu à biologia, mas impregnou outras disciplinas.

A diversidade humana era determinada pela natureza. A hierarquia humana justificava divisões e distinções - de classe, de status e de trabalho - que deveriam ser valorizadas, pois garantiriam o progresso da sociedade. “*Liberdade, igualdade e fraternidade se transformavam em ficções metafísicas desacreditadas, herdadas do século XVIII ainda não científico*” (Rohden, 2001, p.26). Para os cientistas do século XIX, a natureza era eminentemente hierárquica e, portanto, não-democrática e, assim sendo, teria decretado a desigualdade (Moscucci, 1996; Peter, 1980).

O homem branco, civilizado, europeu representaria a maturidade evolutiva em contraste com a mulher, o negro, o primitivo, o não-europeu. A própria natureza já definia as escalas e os valores. Os cientistas apenas serviam como intérpretes de suas determinações. A junção desse tipo de perspectiva teórica com a visão de mundo de homens educados em um ambiente de privilégio da autoridade masculina e forte distinção entre as esferas pública e privada e entre as funções sociais de homens e mulheres é que estaria na raiz da produção de conhecimento sobre a mulher e a diferença sexual no século XIX. (Rohden, 2001, p.27)

A mulher, sobre a qual os preceitos higiênicos haviam dirigido o foco (ao lado da criança), vinha, desde então, ameaçando a hegemonia - do homem, patriarca, cientista, intelectual, trabalhador - da burguesia. Rago (2000) ressalta a luta das primeiras mulheres médicas brasileiras, na segunda metade do século XIX, para ingressar no mundo tradicionalmente masculino da medicina.

A ameaça do domínio burguês traduzia-se na maneira pela qual mulheres que reivindicavam direitos eram apontadas pela medicina: “*espécies híbridas, não-sexuadas, mulheres-homens, degeneradas, vampiras, assassinas*”, incapazes para conseguir marido ou manter família (Gay 1984 apud Rohden, 2001, p.27). No fim do século XIX, era comum um processo de doencificação da transgressão dos padrões femininos. Ninfomania e histeria ocultavam o receio da perturbação da ordem (burguesa) em decorrência da emancipação feminina.

⁶ O termo Eugenia é atribuído a Francis Galton (1822-1911) e pode ser definido como: o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações - física ou mentalmente. Em 1865, Galton publicou o livro *Hereditary Talent and Genius*, defendendo a idéia de que a inteligência é predominantemente herdada, e não fruto da ação ambiental. Em 1908, foi fundada, em Londres, a *Eugenics Society*, primeira organização a defender a eugenia de forma organizada e ostensiva. Sociedades semelhantes proliferaram em vários países europeus e americanos. A Sociedade Paulista de Eugenia, a primeira do Brasil, foi fundada em 1918.

A natureza irracional das mulheres, em contraste com a racionalidade masculina, já estava presente no discurso iluminista. A exigência de formulação de classificações gerais e leis universais (método científico) produziu, pelo discurso da ciência, dois grupos separados, bem definidos e com homogeneidade interna: homens e mulheres, cujas naturezas - masculina e feminina - eram também distintas.

Desde o fim do século XVIII, a natureza feminina era associada gradativamente aos órgãos reprodutivos. Essa associação referendava o discurso médico e de autoridades acerca das limitações dos papéis das mulheres (sociais e econômicos). A divisão sexual do trabalho, reforçada por meio do capitalismo industrial urbano, restringia as atividades femininas ao espaço doméstico.

As descrições médicas dos corpos de homens e mulheres, em que a diferença era salientada, aliavam-se a evidências de que a sexualidade feminina também associava-se às funções de mãe e esposa, e que o desejo sexual das mulheres era, por natureza, menor do que o dos homens. Com base nos papéis diferenciados na reprodução, são prescritos papéis sociais distintos para homens e mulheres: aos primeiros destinam-se atividades do mundo público, do trabalho, da política e do comércio e, às últimas, atividades na esfera privada da família, desempenhando funções de mães e esposas (Martins, 2005).

Em contrapartida, alterações na natureza feminina compreendiam doenças, cujas origens residiam nos órgãos reprodutivos e poderiam ser curadas pela cirurgia ginecológica, meio mais garantido de tratamento. Assim, consolidava-se o status profissional de uma nova especialidade médica: a ginecologia (Rohden, 2001), responsável por normalizar padrões de comportamento sexual. Esses padrões, entretanto, aplicavam-se de forma mais efetiva às mulheres, já que os homens não eram definidos pela genitália e, embora tivessem mais desejo sexual, poderiam controlá-lo, e seu excesso não necessariamente estaria associado à doença.

Ao contrário, a normalidade feminina é, por natureza, potencialmente patológica (Moscucci, 1996). As mulheres, por serem menos afeitas ao controle de si mesmas, mais facilmente cediam ao sexo, o que caracterizava não apenas doença, mas perigo para a família, para a civilização e para a ordem moral, já que esses comportamentos anormais poderiam ser hereditários e incuráveis. Essa ameaça vai ganhando importância à medida que as mulheres reivindicam oportunidades de experiência sexual e autonomia.

As condições de vida das mulheres estavam mudando a partir da segunda metade do século XIX, o que contradizia a prescrição dos papéis exclusivos de mãe e esposa. Contrariamente à presumida passividade, modéstia e domesticidade, as mulheres começavam a demandar acesso à educação, a se engajar nos debates públicos sobre prostituição e direitos, a se juntar à força de trabalho, a se casar mais tarde e reduzir o número de filhos. Enquanto os médicos esperavam definir a feminilidade como fixa e estática, ela se apresentava instável e fluida. (Rohden, 2001, p.28)

A necessidade de controlar as populações, aliada ao fato de a reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, e permitiu a apropriação médica do corpo

feminino como objeto de saber, ou seja, a medicalização do corpo feminino. A via para medicalizar foi a reprodução. O “*gerenciamento da reprodução é fundamental, expresso em um interesse maior na gravidez, no parto, no aleitamento, na puericultura e até no casamento*” (Rohden, 2001, p.23-4).

O conhecimento cirúrgico e tecnológico aproxima a medicina do parto (Vieira, 2003), possibilitando a criação da obstetrícia (século XVIII) como área de saber médico e a quebra da hegemonia das parteiras (mulheres). A configuração da ginecologia e a instalação de maternidades (espaços específicos e adequados aos nascimentos), no século XIX (Rohden, 2001), promovem a exaltação da maternidade como algo inerente à “natureza feminina”.

Segundo Vieira (2003, p.69-70), é a produção de idéias sobre uma “natureza feminina”, no contexto do projeto maior de higienização da sociedade capitalista no século XIX [...] que [permite] sua medicalização. A autora alerta sobre a existência de múltiplas naturezas femininas: uma de acordo com a condição de sexo e outras de acordo com a condição social.

Assim, a naturalização é a base da medicalização do corpo feminino.

[...] por meio da legitimação do saber médico construíram-se parâmetros de normalidade restritos para a formação da identidade feminina, limitando as mulheres à função de boa reprodutora e educadora dos filhos [...] O gênero feminino constrói-se, então, sancionado como verdade pela incontestabilidade da ciência, inexoravelmente natural, no espaço estreito de uma normalidade reprodutora. (Vieira, 2003, p.71)

Controle da natalidade, eugenia e maternidade-patriótica: o controle da reprodução até as primeiras décadas do século XX

Desde a segunda metade do século XIX, havia questionamentos e proposições acerca do tema reprodução, nos quais a fecundação e a fertilidade eram enfatizadas, sobretudo pelos médicos. Rohden (2003) analisou estudos da época, alguns dos quais são destacados a seguir.

O tema reprodução foi primeiramente abordado por Guimarães, em tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1872). Em 1908, Crescencio Antunes da Silveira considerou imorais os processos cujas *performances* se davam em detrimento da concepção, ofensivos ao casamento e delito contra a sociedade (brasileira). O povoamento era a preocupação central.

A diminuição da natalidade de forma voluntária é definida como comportamento *antinatural*, com conseqüências sérias para a ordem social e para a nação. “*Enquanto há mulheres que se recusam o dever da maternidade, outras existem que vivem no mais ardente desejo de um raio de luz na obscuridade de seus sonhos, na angústia infinita de ser mãe*” (Carvalho apud Rohden, 2003, p.28).

Esse quadro não era exclusivo do Brasil. A natalidade e a *higiene da raça* perpetuada por ideais eugênicos caracterizou a relação entre medicina e poderes públicos em diversos contextos (Rohden, 2001, 2003). Embora, no período que posteriormente foi denominado *transição demográfica* (de 1870 a 1920), a redução do número de filhos seja considerada fenômeno complexo e

resultado de diversas transformações, há uma tentativa de controlar a natalidade por parte dos indivíduos, verificando-se o aumento da utilização de contraceptivos e do aborto, o que, na prática, permitia a fusão destas duas estratégias (Rohden, 2003).

Especialmente para mulheres trabalhadoras, restringir o número de gestações e de filhos, ou seja, deter o controle reprodutivo, seria chave para o controle de suas vidas. Particularmente no meio urbano, os métodos contraceptivos e o recurso ao aborto compreendiam mercado lucrativo e de amplas dimensões. Brodie (1994, apud Rohden, 2003) destaca o papel dos ginecologistas nas campanhas contra o aborto e a contracepção, cujo pano de fundo evidente era frear a liberdade sexual feminina, trazendo prestígio para a nova especialidade médica que se constituía por meio da definição da saúde da mulher como problema médico (medicalização do corpo feminino). Ao mesmo tempo, promoviam o crescimento das nações dentro dos já citados padrões eugênicos.

Da intrincada relação entre maternidade, contracepção e eugenia decorre a afirmação recorrente de que o médico (aliado aos legisladores) deve estar à frente dos estudos e controle das questões relativas à reprodução e, em especial, ao controle da natalidade. Para casais saudáveis, a regra é procriar e condenar formas de controle da natalidade. A vida familiar e a maternidade são valorizadas, como viabilização do projeto eugênico.

Havia grande interesse no estudo científico sobre a humanidade, incluindo suas divisões em classes, raças, nações. A diferenciação e a hierarquia eram ressaltadas nas reflexões dos cientistas da época (Wells et al., 1950). Programas eugênicos incentivavam a reprodução de indivíduos considerados talentosos e bem dotados, desencorajando a reprodução dos indesejáveis.

A formação de uma população saudável, garantia do futuro das nações, preconizada nas ações dos médicos (ponta mais visível da intervenção do Estado), abarcou a luta contra a degradação progressiva e hereditária aliada ao incentivo e controle do nascimento de cidadãos saudáveis. De fato, ao aperfeiçoamento da raça se condicionava o aumento da natalidade das classes mais altas, já que os pobres eram responsabilizados pela reprodução de degenerados.

É interessante que os próprios médicos admitam que há uma pressão social - e alguns dizem que é mais forte entre as mulheres - para a propagação da contracepção. É em função dessa pressão que os doutores se dizem convocados a reagir. Sua resposta vem na forma de um projeto de valorização da maternidade que passa pela propaganda em prol da natalidade, especialmente frente às mulheres. Diante do panorama instalado pela eugenia e pelo nacionalismo, que via o número de cidadãos como garantia de soberania, era preciso convencer as mulheres sadias da importância do seu papel de mães, [...] recuperar em seus espíritos, talvez abalados pelo excesso de civilização, educação e trabalho, o instinto materno. E também [...] melhorar a capacidade de ser mãe de acordo com os princípios da eugenia, da higiene e da puericultura. (Rhoden, 2003, p.118-9)

Aqui, além de certo deslizamento entre a noção de raça e de classe, o que fica

evidente, mais uma vez, é o processo de naturalização do corpo feminino como base de sua medicalização, o que possibilitou a apreensão desse corpo por especialistas com finalidade de normalizar comportamentos sexuais e reprodutivos. A reprodução, cada vez mais, deixa de ser um assunto de âmbito privado e assume face pública, à qual deve ser dirigido controle⁷.

⁷ Na verdade, isto vem acontecendo desde o advento da medicina moderna (medicina social), mas, no Brasil, se consolida nas primeiras décadas do século XX.

Controle da natalidade e diminuição da pobreza: discurso neoliberal e eugenia

Ao contrário do período de *transição demográfica*, de incentivo à procriação e natalidade, desde 1960, os planos de desenvolvimento internacional promovem o controle populacional como forma de diminuição da pobreza, expresso no investimento maciço na pesquisa de métodos anticoncepcionais. A “*anticoncepção é um produto histórico da evolução médica e das idéias que se tornaram populares e foram disseminadas depois da metade do século XX*” (Vieira, 2003, p.62). Novas tecnologias e mudança de valores que permearam o processo de *birth control* (Back apud Vieira, 2003) são vislumbradas, por exemplo, no desenvolvimento de técnicas de esterilização cirúrgica - “*extremo dos aspectos da medicalização da anticoncepção*” (Vieira, 2003, p.62). Assim, se antes a esterilização ocorria com finalidades eugênicas, passa a ser escolha voluntária, solução para o controle da fertilidade, legitimada pela medicina e até financiada pelo Estado (Vieira, 2003; Barroso, 1984).

No Brasil, a taxa de fecundidade permaneceu praticamente constante de 1930 até 1965, quando teve início seu declínio. A fecundidade total (TFT) caiu de 5,8 filhos em 1970 (Ipea, 1996) para 2,3 em 2003 (Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - Pnad, IBGE, 2003).

Após 1970 foi evidenciado o aumento do uso de anticoncepcionais, da prática do aborto e da esterilização (Berquó, 1982; Barroso, 1984), com diferenças regionais: a esterilização era relativamente mais importante no Nordeste do que em São Paulo, com maior expansão entre mulheres de nível mais baixo de instrução (Rodrigues et al., 1979, 1980; Nakamura & Fonseca, 1978).

A esterilização representava realidades muito diversas para os grupos sociais e compreendia ligadura tubária (LT), e não a vasectomia (Barroso, 1982). Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, Bemfam, 1997), 43% das mulheres brasileiras se submeteram à LT. O uso de anticoncepção, de 77%, incluía limitar gestações (63%) e espaçá-las (14%), refletindo coerência com a alta prevalência de esterilização (Bemfam, 1997).

Análise da PNDS demonstrou risco de esterilização superior em 44% para mulheres pardas, em comparação com as brancas. Quanto às pretas, o risco de esterilização foi estatisticamente significativo e inferior ao das brancas, o que indica “*obstáculos e dificuldade de acesso, por parte deste grupo de mulheres, até mesmo à esterilização*” (Caetano, 2004, p.242).

As brancas apresentam o maior percentual de uso de métodos contraceptivos (sendo a pílula ou outro mais moderno, os mais prováveis). De modo inverso, é das negras a menor chance de utilização, ou seja, a maior chance de não estarem usando nenhum procedimento contraceptivo. Sobre as pardas recai a maior proporção de mulheres esterilizadas. Dados

semelhantes têm sido reportados na literatura (Carreno et al., 2006; Olinto & Olinto, 2000; Costa & Olinto, 1999). As dificuldades de acesso e de utilização de métodos contraceptivos vêm sendo supridas, especialmente em áreas mais pobres, pela esterilização.

A combinação de uma estrutura social iníqua com um sistema de saúde que tem historicamente privilegiado a medicina hospitalar, curativa e intensiva em tecnologia é um fator determinante na configuração desta realidade, a qual tende a afetar, desproporcionalmente, a população negra. (Caetano, 2004, p.244-5)

As causas e os mecanismos da prática crescente de esterilização, sobretudo entre mulheres de baixa renda, foram alvos da atenção de ativistas e pesquisadores sociais, especialmente a partir do fim dos anos 1980. Dentre as causas levantadas, encontravam-se o processo de medicalização do corpo feminino (Vieira, 2003; Corrêa & Loyola, 1999), por meio do qual médicos, agentes decisivos sobre a vida cotidiana, influenciaram esta opção para a população de baixa renda, em cujo contexto havia escassas opções contraceptivas. Uma marcante preocupação, mormente por parte do Movimento Negro, consistia em denunciar uma suposta motivação racista e eugênica encoberta pela maciça esterilização de mulheres pobres.

Embora, em novembro de 1997, o Ministério da Saúde tenha regulamentado a implementação dos serviços de esterilização no Sistema Único de Saúde (SUS) - tornando-a, inclusive, remunerada pelo governo - e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) seja um exemplo de política pública nacional profundamente influenciada pelo movimento de mulheres (Osis, 1998), o estudo de Caetano (2004) demonstra o esvaziamento das propostas dos movimentos sociais e uma apropriação que encobre desigualdades de classe e de gênero.

Em contrapartida, o controle populacional não parece ter sido efetivo na diminuição da pobreza. Os resultados de prevenção de nascimentos em países periféricos, em 1990, estimam que 412 milhões de nascimentos tenham sido evitados (Jejeebhoy, 1990), enquanto a diminuição da pobreza não se deu segundo as expectativas, o que demonstra que *“a rede de programas de desenvolvimento com controle populacional” é um exemplo fulminante de fracasso de políticas internacionais dirigidas à diminuição da pobreza*” (Giffin, 2002, p.105).

Além disso, a *transição de gênero*, materializada na mulher provedora, mesmo acumulando funções *naturais* historicamente a ela imputadas - expressa na figura da mulher independente -, oculta o *“aprofundamento da dupla jornada, da exploração e da forma em que estas estratégias contribuem para a reprodução da desigualdade em nível de gênero e de classe social”* (Giffin, 2002, p.105). Assim, a velha divisão sexual do trabalho se reestrutura e reforça a feminilização da pobreza, como alerta Brito (2000): dos 1,3 bilhões de pessoas em condições de pobreza em todo o mundo, 70% são mulheres.

A divulgação dos resultados da PNAD (IBGE, 2003) revela, de forma inédita, a presença de um percentual de 12,48% de trabalhadores domésticos, ou seja, composto por pessoas que, quando da realização do estudo, trabalhavam

“prestando serviço doméstico remunerado em dinheiro ou benefícios, em uma ou mais unidades domiciliares” (IBGE, 2003, p.25). Este número (6.047,710 pessoas) é superior ao encontrado no setor agrícola (4.426,871 trabalhadores) e concentra percentual significativo de mulheres (5.618,902 ou 92,91%).

A feminilização da pobreza, ao acompanhar a feminilização da força de trabalho, atualiza e reformula vulnerabilidades dos gêneros somadas ao número cada vez maior de excluídos, ou seja, “cada vez mais vulneráveis homens, mulheres, crianças e idosos, que sobrevivem ainda interlaçados, neste tecido social em processo de esgarçamento” (Giffin, 2002, p.106), decorrente do modelo macroeconômico vigente. No campo da saúde reprodutiva, o gênero deve ser focado como relacional e *transversal* (Kergoat, 1996; Saffioti, 1992), ou seja:

interativo de classe social, raça/etnia, diferenças de geração, capital cultural, etc., e não como uma condição que determina, por si só, diferenciais de vulnerabilidade [...] as vulnerabilidades de gênero não podem ser abstraídas das vulnerabilidades resultantes da pobreza (Giffin, 2002, p.109).

A vivência de questões relativas à saúde reprodutiva e o tipo e a qualidade dos direitos a essa saúde sofre forte influência da raça, classe social e/ou origem étnica. “Etnicidade, racialização, gênero e sexualidade estão relacionados” (Sansone, 2004, p.57), e a “raça é uma dimensão inescapável da trajetória reprodutiva das brasileiras” (Bastos, 2004, p.255).

PARTE 2: Sobre a medicalização na contemporaneidade

Direitos reprodutivos, contracepção, maternidade e naturalização: ainda a medicalização da reprodução?

Segundo Giffin (2002), o processo de controle de fecundidade no Brasil compreende um caso de *modernidade perversa*. A pobreza e a falta de cidadania condicionam as escolhas reprodutivas (face perversa), ao mesmo tempo em que os métodos e as taxas de uso são modernos (modernidade). O uso de métodos contraceptivos reflete desigualdades sociais e sexuais entre distintos grupos sociais da mesma sociedade (Citeli et al., 1998).

Embora a pílula anticoncepcional tenha sido referida como o método mais procurado e o primeiro a ser utilizado (Citeli et al., 1998), a esterilização cirúrgica é o procedimento de controle de fecundidade que mais vem sendo utilizado no Brasil (Caetano, 2004; Giffin, 2002), e teve o suporte da alta prevalência de partos cirúrgicos (36,4%), um dos mais altos do mundo (Vieira, 2003; Giffin, 2002; Correa & Loyolla, 1999).

Uma discussão em relação à LT diz respeito à formação de uma cultura na qual esta cirurgia passa a ser vista como fenômeno corriqueiro da vida reprodutiva. A esterilização, então, instala-se definitivamente como momento *natural*, ponto de chegada da experiência reprodutiva feminina.

A naturalização fica evidente num novo ciclo estabelecido menarca-concepção-gestação-parto-esterilização em lugar do ciclo menarca-concepção-gestação-parto-menopausa (Citeli *et al.*, 1998).

Com relação à gravidez e maternidade, o mesmo processo de naturalização impregna e perpassa a história das sociedades, chegando ao século XXI. Paim (1998), ao descrever as relações de gênero nas classes trabalhadoras urbanas, ressalta as atribuições distintas assumidas para manter a reprodução social. O espaço doméstico, interno, privado e natural como domínio feminino; ao homem, a exterioridade, o social e o público. Assim, de um lado, o marido provedor, de outro, as tarefas de cuidar (do marido, dos filhos, do lar), a contracepção, a gravidez e a amamentação como responsabilidades femininas.

Ser mulher, nos grupos populares, inclui a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito. [...] A gravidez e a maternidade são vividas não apenas como processo corporal, mas como a atribuição de um status superior à mulher - em relação às mulheres sem filhos [...]. (Paim, 1998, p.35)

Dados do Censo de 2000 (IBGE, 2003), acerca do perfil das mães brasileiras, corroboram o estudo de Paim. De 1991 a 2000, o crescimento do número de jovens entre dez e 14 anos que foi mãe pela primeira vez ilustra a desigualdade como marca social brasileira e deve ser interpretado com base em um conjunto de fatores - baixa escolaridade, baixa renda, despertar precoce da sexualidade. Das mães dessa faixa etária, mais de 80% engravidaram ainda no ensino fundamental (30,2% tinham de um a três anos de estudo; 53,19 de quatro a sete anos), 25,29% não possuíam nenhum rendimento e 52% viviam em famílias com renda de até três salários-mínimos.

A falta de informações sobre métodos anticoncepcionais nem sempre configura a principal causa da gravidez, mas a busca por auto-estima - *ser mãe é uma forma de encontrar seu lugar no mundo e ter relativa independência em relação aos pais* (Escóssia & Lins, 2005), num universo em que não há perspectiva de crescimento profissional ou intelectual (escola).

A importância da primeira gravidez e da maternidade como ritos de passagem em grupos populares já havia sido demonstrada (Paim, 1998). O *status* de adulto, valorizado nas classes trabalhadoras, permite a aceitação da gravidez das jovens logo após ficarem *mocinhas* (Duarte, 1986). Gravidez e maternidade, então, são elementos constitutivos da identidade feminina (Leal, 1995; Leal & Lewgoy, 1995), sendo a primeira percebida como manifestação de saúde (Paim, 1998). “Assim, nos grupos populares, a identidade feminina completa está muito vinculada ao desempenho do papel de mãe e de esposa” (Paim, 1998, p.36).

Scholze (2002), examinando representações sobre a mulher em romances de escritoras contemporâneas, salienta a recorrência das imagens femininas e de discursos historicamente construídos: o espaço doméstico, privado, das mulheres, a exaltação à maternidade (versus a frustração do *ventre seco*), a exclusão da sexualidade feminina pelo recato. Concluindo: a constatação de que “*mesmo contrárias às regras sociais vigentes, as mulheres se autopunem*” (Scholze, 2002, p.27), [...] “*num infinito sentimento de culpa, fracasso, culpa ...*” (Scholze, 2002, p.32).

Uma última questão acerca da naturalização da condição feminina deve ser acrescentada. Trata-se do papel do magistério da igreja, sobretudo católica, sobre a procriação humana, de grande importância num país predominantemente católico como o Brasil. O matrimônio é uma instituição divina, fundada na *lei natural* e, nesse sentido, os aspectos unitivos e procriativos do ato conjugal são inseparáveis.

Na Encíclica *Mulieris Dignitatem*, está explícita a expectativa do magistério quanto ao papel do gênero feminino na maternidade e na virgindade consagrada. Em contraste, na Instrução e no Comunicado Final, a representação da mulher centra-se em seu papel na gestação, como meio (útero) para desenvolvimento de outra pessoa. Nesse sentido, parece-me que o obscurecimento da dimensão de gênero nos textos está menos relacionado ao igualitarismo da doutrina do que à incorporação da linguagem da biomedicina que “consagra a autonomia do corpo e a indiferença do sujeito que o encarna”, representando a pessoa humana em termos de um “arquipélago de órgãos isolados metodologicamente uns dos outros. (Le Breton, 1995, p.187)

Entretanto, não é apenas no universo das escolas católicas que esses processos se dão. Segundo Louro (2003), a escola forma sujeitos num esquema binário rígido dicotomizado, supondo dois universos opostos: o masculino e o feminino. A constituição dos sujeitos atende a essa dicotomia e baseia-se no que é natural: sujeitos masculinos e femininos heterossexuais. Ao mesmo tempo, análises de livros didáticos e paradidáticos apontam para a concepção de dois mundos distintos: um público - masculino - e, outro, privado - feminino.

Além disso, a representação e indicação de atividades “características” de homens e de mulheres, bem como de profissões ou atribuições também “características” de brancos/as, negros/as e índios/as confirmam e aprofundam, na maioria das vezes, a hegemonia do homem branco. Aliadas a essas representações, a da “*família típica constituída de um pai e uma mãe e, usualmente, dois filhos, um menino e uma menina*” (Louro, 2003, p.70).

O poder, inscrito no currículo, estabelece e reforça desigualdades (de gênero, de raça, de classe). Assim, a escola colabora para a manutenção de uma sociedade dividida, fabricando sujeitos e produzindo, por meio da relação de desigualdade, identidades - de gênero, de classe, de raça - de acordo com as concepções que circulam nessa sociedade (Louro, 2003).

A escola, se por um lado apresenta e possibilita a discussão em torno de novas tecnologias, por outro, mantém e aprofunda uma estrutura sexista binária dicotomizada, na qual a discussão sobre o corpo - do homem e da mulher - deve enquadrar-se em padrões biológicos predeterminados e será cuidado pelo profissional que dele entende: o médico.

Voltando ao estudo do IBGE, observa-se, em contrapartida, para as mulheres com mais de quarenta anos, mães pela primeira vez, a estabilidade financeira e o alto nível de escolaridade, demonstrando a profunda desigualdade da realidade brasileira no tocante à saúde reprodutiva. A importância atribuída à maternidade, mesmo nesse grupo, evidencia a demarcação do papel da maternidade na configuração da identidade de gênero feminino, “[...] já que seu papel é tido como biologicamente definido e caracterizado pela

maternidade [...], ou seja, para ser uma mulher completa, ela deve ser mãe” (Borlot & Trindade, 2004, p.64).

É importante salientar que as novas tecnologias reprodutivas permitem que essas mulheres tenham o direito de definir quando querem ser mães. E a crescente busca por serviços de reprodução assistida compreende, mais uma vez, o processo de medicalização, já que a ausência de filhos configura patologia.

A estratégia biopolítica de dominação, mantida por meio da medicalização, provoca um nível de ambigüidade evidenciado no interior das práticas e dos discursos das pessoas, sobretudo das mulheres. Da mesma forma que o processo de naturalização “empurra” as mulheres para a maternidade, como condição e identidade natural, a estrutura tênue das famílias atuais e o modelo de economia capitalista as fazem questioná-la: “por que ter filhos se não tenho condições de criá-los e provê-los?” Este mesmo raciocínio mantém a estratégia biopolítica, pois a saída é a esterilização cirúrgica realizada, geralmente, durante o parto cesáreo, ou seja, atrelada à maternidade.

Contudo, o arrependimento pela LT, relatado na literatura (Osis et al., 1999; Osis, 1998; Ades, 1997; Cedenho et al., 1996; Barbosa et al., 1994, Prado & Venegas, 1993), expressa a força do desejo da maternidade (sobretudo no contexto de uma nova família constituída) e, mais uma vez, o recurso à medicalização (reversão cirúrgica).

De um lado, extremamente medicalizado. De outro, sem efetivo acesso universal aos cuidados médicos das sociedades concretas. É assim que se apresenta o corpo feminino, produto de uma medicalização que privilegia a reprodução ou sua negação. Esse é o prisma fundamental pelo qual o corpo feminino vem sendo tratado. (Vieira, 2003, p.68)

Considerações finais

O controle da reprodução, base da medicalização do corpo feminino, atravessa os séculos. Compreende uma forma de controle social, por meio do qual padrões de comportamento e diferenças de classe social, raça/etnia são ordenados/redescritos, mantendo a hegemonia e aprofundando desigualdades de gênero e de classe.

Ao longo do tempo, pode ser identificada a manutenção e perpetuação da representação de gravidez e maternidade como algo inerente à natureza feminina, requeridas à constituição da identidade feminina e à sua plena realização como sujeito. Essa naturalização perpetua e aprofunda desigualdades de gênero e, sobretudo, de classe, uma vez que, especialmente nas camadas populares, o desejo de ser mãe usualmente configura-se como projeto da vida, perceptível no aumento de gravidez na adolescência, enquanto em grupos sociais mais abastados, a maternidade pode ser programada e dotada de recursos tecnológicos específicos para este fim.

Do ponto de vista da saúde reprodutiva, as diferenças entre classes, raças/etnias expressam claramente os processos de exclusão (e eugenia). As mulheres negras são as mais afetadas, inclusive, por um processo de esterilização cirúrgica naturalizado como fim da vida reprodutiva.

Os problemas apontados ilustram também as dificuldades de acesso a serviços de saúde na vida das mulheres desde cedo (Carreno et al., 2006). Ampliar o acesso aos meios para a regulação da fecundidade, e a informações sobre métodos disponíveis (Lei 9263/97 - Planejamento Familiar) seria o caminho para assegurar um dos elementos fundamentais do conceito de saúde reprodutiva: que as pessoas possam, de fato, decidir sobre quando e quantos filhos ter e regular sua fecundidade por meio de métodos anticoncepcionais em vez de esterilização.

A *visibilização* do gênero (Giffin, 2002) é parte integrante de políticas macroeconômicas hegemônicas e encobre o aprofundamento das desigualdades sociais e os conflitos entre mulheres de diversas classes sociais. O estado neoliberal, no desmonte de si mesmo, suprime a noção de justiça e bem-estar social, e a noção de equidade restringe-se apenas aos mais necessitados.

Rifkin (2005) alerta acerca da inadequação, ao século XXI, do velho sonho americano de realização individual, num ambiente que conjuga igualdade de oportunidades ao máximo de liberdade e ao Estado mínimo. Caminhar em direção a bem-estar social, tolerância, cooperação e multiculturalismo talvez seja um dos caminhos possíveis para a instalação de um direito reprodutivo real, em que a noção de equidade se refira à inclusão e vislumbre a dimensão transversal de gêneros.

Referências

- ADES, A. Identificação de fatores associados ao arrependimento após laqueadura tubária. **Rev. Ginecol. Obstet.**, v.8, n.1, p.30-6, 1997.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.
- BARBOSA, C. P.; PELLINI, E. A. J.; REIS, A. V.; SATO, M.; LESSER, R.; MARQUES, R. S.; ANTI, S. M. A. Avaliação do grau de insatisfação pós laqueadura tubária em São Bernardo do Campo. **Reprodução**, v.9, n.2, p.159-62, 1994.
- BARROSO, C. **Mulher, sociedade e estado no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saúde Pública**, v.18, n.2, p.170-80, 1984.
- BASTOS, F. I. Entre a concertação perversa e o varejo político: a complexa trajetória reprodutiva das mulheres negras e pardas. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.249-56.
- BEMFAM. SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro Internacional Inc., 1997.
- BORLOT, A. M. M.; TRINDADE, Z. A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.1, p.63-70, 2004.
- BERQUÓ, E. Os corpos silenciados. **Novos estudos - Cebrap**, v.1, n.3, p.46-9, 1982.
- BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, v.15, suppl, p.11-6, 2005.
- CAETANO, A. J. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde – 1996. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.229-48.

- CARRENO, I.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; MENEGHEL, S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.5, p.1101-9, 2006.
- CEDENHO, A. P.; LIMA, F. B.; PEREIRA, M. A.; MORI, M. M. Microcirurgia e recanalização tubária: resultados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.18, n.2, p.157-60, 1996.
- CITELI, M. T.; SOUZA, C. M. ; PORTELLA, A. P. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.57-77.
- CORRÊA, M. V. **Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- CORRÊA, M. V.; LOYOLA, M. A. Novas tecnologias reprodutivas: novas estratégias de reprodução? **Physis**, v.9, n.1, p.209-34, 1999.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A. Ligadura tubária: uma representação da iniquidade do acesso ao sistema de saúde em Pelotas, RS. **Rev. Ginecol. Obstet**, v.10, n.3, p.130-4, 1999.
- COSTA, N. R. **Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana**. São Paulo: Cortez, 1987. (Cadernos Cedes, 4).
- ESCÓSSIA, F.; LINS, L. Mãe aos 14 e aos 40, fenômeno da desigualdade. **O Globo**, Rio de Janeiro, 7 de maio de 2005. Sec. O País, p.12.
- FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, suppl., p.103-112, 2002.
- HERZOG, R. A percepção de si como sujeito-da-doença. **Physis**, v.1, n.2, p.143-55, 1991.
- ILLICH, I. **Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. v.23. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- IPEA (Coord.) **Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil – 1996**. Disponível em: <www.undp.org.br/HDR/Hdr96/rdhb1.htm>. Acesso em: 10 abr. 2006.
- JEJEEBHOY, S. J. Famplan: the great debate abates. **Int. Fam. Plan. Perspect.**, v.16, p.139 -42, 1990.
- KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.19-27.
- LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: LEAL, O. F. (Org.). **Corpo e significados: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: UFRGS, 1995. p.13-35.
- LEAL, O. F.; LEWGOY, B. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, O. F. (Org.). **Corpo e significados: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: UFRGS, 1995. p.57-76.
- LE BRETON, D. **Antropologia del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1995.
- LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Rev. Estud. Fem.**, v.13, n.3, p.645-6, 2005.
- MOSCUCCI, O. **The science of woman: gynecology and gender in England 1800-1929**. London: Cambridge University Press, 1993.
- NAKAMURA, M.; FONSECA, J. B. **Pesquisa estadual de saúde materno-infantil**. Campinas: PESMI/PJCC, 1978.

- NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.7, n.12, p.185-90, 2003.
- OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.4, p.1137-42, 2000.
- OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, supl.1, p.25-32, 1998.
- OSIS, M. J. M. D.; FAÚNDES, A.; SOUZA, M. H.; BAILEY, P. Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.3, p.521-32, 1999.
- PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.31-48.
- PETER, J. P. Les médecins et les femmes. In: ARON, J. P. (Org.). **Misérable et glorieuse: la femme du XIX siècle**. Paris: Fayard, 1980. p.78-97.
- PRADO, J. G.; VENEGAS J. S. A. Aplicación de principios microquirúrgicos a la reversión de la esterilización tubária. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol**, v.58, n.4, p.298-303, 1993.
- RAGO, E. J. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. **Cad. Pagu**, v.15, p.199-225, 2000.
- RIFKIN, J. **O sonho europeu: como a visão européia do futuro vem eclipsando silenciosamente o sonho americano**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.
- RODRIGUES, W.; ARRUDA, J. M.; JANOWITZ, B.; MORRIS, L. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar**. Piauí: BEMFAM, 1979.
- RODRIGUES, W.; ARRUDA, J. M.; JANOWITZ, B.; MORRIS, L. **Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar**: Rio Grande do Norte/Rio de Janeiro: BEMFAM, 1980.
- ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- SAFFIOTI, H. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.; BRUSCHINI, C. (Orgs.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p.183-215.
- SANSONE, L. Raça, etnicidade e saúde reprodutiva: o caso afro-latino-americano. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.57-93.
- SCHOLZE, L. A mulher na literatura: gênero e representação. **Gênero**, v.3, n.1, p.27-33, 2002.
- SINGER, P.; CAMPOS, O; OLIVEIRA, E.M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- SILVEIRA, A. J. T. Saber médico e ciências sociais no Brasil. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v.8, n.2, p.469-71, 2001.
- VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- WELLS, H. G.; HUXLEY; WELLS, G. P. **Saúde, doença e destino do Homem**. 3.ed. São Paulo: José Olympio, 1950.

COSTA, T. ET AL. Naturalización y medicalización del cuerpo femenino: El control social por medio de la reproducción. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006.

El presente estudio pretende discutir, por medio de investigación bibliográfica, la recurrencia del proceso de naturalización como fundamento de la medicalización del cuerpo femenino. Este proceso instituye una forma de control social con base en la reproducción biológica, en que patrones de comportamiento y diferencias de clase social, de raza/ etnia son ordenados/ re-descriptos. Así se mantiene la hegemonía masculina, patriarcal y de clase y se aumentan las desigualdades sociales y de género. Se destaca la importancia del desarrollo y de la complejidad de la tecnología - que distancian a las clases populares de las tomas de decisión sobre el propio cuerpo y la salud reproductiva - y de la escuela - sobre todo en las clases de ciencias y educación física - para mantener y perpetuar la hegemonía burguesa.

PALABRAS CLAVE: reproducción humana. medicalización. naturalización. control social.

Recebido em 28/11/05. Aprovado em 16/08/06.