

Poder médico e seus limites...:

A MEDICALIZAÇÃO DO GÊNERO

A prática médica, tal como a conhecemos hoje em dia, tem suas origens no final do século XVIII, no bojo das intensas transformações que vinham se gestando desde o século XVI e que revolucionaram toda a vida social.

O controle da quantidade e qualidade das populações, tanto através de intervenções sobre o meio como também sobre os indivíduos, passa a ser uma questão do Estado emergente pela importância que adquire para as novas formas de produção, e está no núcleo do surgimento da medicina social.

A partir do século XIX, consolida-se uma nova forma de organização das práticas de saúde, consoante com o instrumentalismo e tecnicismo nascente dentro do projeto da razão tecnológica na modernidade (Ayres, 1995). O saber que instrui essa prática, de cunho positivista, considera a saúde e a doença como processos homogêneos do ponto de vista qualitativo e distinguíveis pelo aumento ou redução de regularidades objetivamente apreensíveis. A ciência médica moderna encontra essas regularidades no aspecto físico imediato dos corpos vivos, nas alterações de constantes anátomo-fisiológicas (Canguilhem, 1992). Transforma, assim, a normatividade social, ditada pela vida humana e valorativa por definição, em realidade natural, objetiva, inquestionável e neutra.

Superdimensionado e transdimensionado, o natural interditará (ou subordinará) a apreensão racional de outras dimensões do real (Ayres, 1995, p. 99).

Adaptado de uma parte do Cap. III da dissertação de mestrado *Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: Contribuição ao Estudo da Atenção Integral à Saúde da Mulher*, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.

Conforme esse autor, na mesma época consolida-se também a higiene moderna, saber de base científica que está na origem da atual ciência epidemiológica. A higiene tem, na normatização da dimensão pública do processo saúde-doença, seu objeto de conhecimento e intervenção. Esses dois campos de saber, que se distinguem aqui enquanto campos polares, têm entretanto convergências epistemológicas. A primeira delas diz respeito à subordinação que se estabelece do objeto da epidemiologia (*doentes* na população) à definição clínica de *doentes*. A outra se refere a ambos os saberes tratarem de sujeitos sociais, tanto tomados ao nível individual, como ao nível do coletivo (Cyrino, 1993).

Esses dois campos de saber geraram práticas interconexas, que correspondem às práticas de Saúde Pública e de Assistência Médica Individual, que tiveram grande sucesso histórico e consolidaram práticas médico-sanitárias com autoridade sobre os mais variados aspectos da vida social, e vêm conformando um progressivo processo de medicalização da sociedade (Donnangelo, 1979). Medicalização será tomada aqui em dois sentidos. O primeiro deles, e talvez o mais utilizado, diz respeito à extensão da intervenção técnica das ações médico-sanitárias no âmbito da normatividade sociovital. Corresponde à extensão de serviços, extensão de tecnologias saneadoras do meio, extensão de disciplinas e aconselhamentos como, por exemplo, acerca de dietética, exercí-

ANDRÉ MOTA
é doutorando na área de História Econômica do Departamento de História da FFLCH-USP.

ANA FLÁVIA PIRES LUCAS D'OLIVEIRA
é doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

o exercício do aborto no limiar do século XX

cios físicos, higiene individual, sexualidade, cuidado com os filhos, enfim, sobre o bem-viver, a definição do socialmente normal ou patológico. Essa extensão não correspondeu a um processo linear de aumento de algum consumo específico, mas “se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram os interesses e o poder de diferentes classes sociais” (Donnangelo, 1979, p. 33).

A segunda dimensão do processo medicalizador em sua “complexa dinâmica econômica e social” corresponde, a nosso ver, ao fundante dessa extensão. Ao explicar de certo modo e com certos referenciais a experiência socialmente vivida, o saber médico reivindica-se como a melhor explicação, porque ancora-se em um discurso de verdade: o discurso científico.

Paul Singer (1978) também chama atenção para essa dimensão da medicalização, quando argumenta que os serviços de saúde não são vilões que expropriam a população do direito à decisão sobre a própria vida. Para ele, o processo de medicalização decorre da convicção do público a respeito dos poderes ilimitados da ciência, que seria vista como capaz de vencer até quem sabe a morte, e estaria aí a razão para a extensão aqui já comentada.

“A medicalização decorre precisamente da convicção, que se generalizou nos países industrializados e se generaliza rapidamente nos países não-desenvolvidos, de que esse pleno bem-estar (físico, mental e social) pode ser alcançado no plano individual, desde que cada aspecto da vida seja cientificamente regulado, cabendo esta missão ao profissional especializado, ou seja, ao agente dos Serviços de Saúde (SS). A rápida diversificação dos SS tem aí sua causa. Os cuidados materno-infantis estavam antes a cargo de parteiras ‘curiosas’ e das mulheres de mais experiência, que instruíam as jovens mães no que se refere ao tratamento das crianças. Eram também os mais velhos que instruíam, algumas vezes com a assistência de religiosos, os moços no que tangia às relações sexuais e à reprodução humana. [...] Os pediatras, obstetras, ginecologistas e geriatrias

entraram em cena porque os conhecimentos tradicionais, transmitidos de geração em geração, perderam sua credibilidade e passou-se a admitir, com ou sem razão, que havia conhecimentos científicos superiores, cuja aplicação garantiria o ‘pleno bem-estar’” (Singer, 1978, p. 63).

Singer chama atenção para a incapacidade das práticas médico-sanitárias de responderem a essa demanda, e ao mesmo tempo demonstra como é justamente essa incapacidade que origina em parte a extensão progressiva da normatividade médica para toda a vida social, correspondendo a necessidades de saúde cada vez mais variadas e numerosas. Por exemplo: ao não dar conta de resolver o problema das doenças crônico-degenerativas, a prática médica desloca para o estilo de vida a origem dessas afecções, e a alimentação e os exercícios físicos entram assim para seu campo normativo (Singer, 1978).

A normatividade médica não impõe, portanto, um determinado padrão de comportamento ou normas desde fora da sociedade. Ao contrário, seu sucesso em instituir-se como modelo de trabalho hegemônico decorre também de sua adequação ao tecnicismo vigente, logrando converter a normatividade social em regularidades anátomo-fisiológicas:

“O sucesso da articulação entre normatividade médica e normatividade social vem da engenhosidade dos médicos em perceber de que modo o normal ‘anatomiza-se’ ou ‘fisiologiza-se’ e o seu empenho numa normalização anatômica e fisiológica cujos efeitos, como sabemos, vão muito além das estruturas e funções orgânicas” (Ayres, 1995, p. 97).

Como mostra Elliot Freidson (1978) e Paul Starr (1982), a profissão médica consolida seu monopólio sobre a saúde e a doença na segunda metade do século XIX e ganha enorme prestígio econômico, cultural e social. Em relação à ciência, a medicina teria um estatuto especial, por constituir-se em técnica, e técnica que implica

o contato direto com as pessoas e suas vidas diárias. Aqueles que praticam a medicina “servem como intermediários entre a ciência e a experiência privada, interpretando problemas pessoais em linguagem abstrata do conhecimento científico” (Starr, 1982). Assim, legitimadas pelo discurso científico, as práticas médico-sanitárias logram constituir-se como a melhor e mais correta interpretação do vivido, de experiências humanas no âmbito sociovital.

Essa característica da prática acaba por conferir ao médico uma autoridade não só técnica, mas também moral (Freidson, 1978; Starr, 1982; Schraiber, 1993). Segundo Starr (1982), a autoridade requer a obediência voluntária, e depende de aceitação, mas depende também de uma expectativa de sanção, ou persuasão, ainda que, paradoxalmente, o uso efetivo da força ou persuasão enfraqueça a autoridade. A autoridade estaria baseada tanto na legitimidade (aceitação pelo subordinado da pretensão de que deve obedecer) como na dependência (a previsão das conseqüências desagradáveis que ele terá se não obedecer), que seriam seus pilares gêmeos de sustentação. Quando a legitimidade está ameaçada, é a dependência que se torna o grande pilar de sustentação da autoridade. Quando a dependência é frouxa, a legitimidade dá a base de sustentação.

No Brasil, no final do século XIX, intensificam-se as incipientes práticas sanitárias dirigidas ao cuidado da saúde dos centros urbanos desordenados e insalubres da época. Especialmente nas cidades portuárias, a situação sanitária tornava-se uma questão de desenvolvimento socioeconômico. As descobertas bacteriológicas da época permitiam, por outro lado, o combate a diversas doenças infecciosas através do combate ao agente etiológico, desencadeando ações sanitárias realizadas sob a forma de campanhas, saneamento ambiental e polícia sanitária, que caracterizam o modelo tecnológico de trabalho da saúde pública dessa época (1890 a 1920). As ações, preferencialmente dirigidas ao meio ou autoritariamente impostas às pessoas, tiveram grande sucesso no

combate a doenças transmissíveis no período (Cyrino, 1993).

No caso das práticas de saúde relativas especificamente à mulher, coerentemente com as preocupações demográficas e eugênicas da época, os dois principais focos da medicalização do corpo feminino recaem sobre a *reprodução* e a *sexualidade*. As mulheres dessa época foram alvo de práticas médico-sanitárias coercitivas específicas.

A Higiene, a Psiquiatria, a Medicina Legal e a Obstetrícia e Ginecologia seriam, segundo Vieira (1990), as áreas onde mais se desenvolvem estes discursos disciplinadores sobre o corpo feminino. Estes discursos reduzem valores socialmente construídos relativos às mulheres em variáveis anátomo-fisiológicas “naturais”, “objetivas” e, portanto, “neutras”, por referência seja à ética do cotidiano, seja a projetos políticos do Estado ou sociais.

Foucault (1993) localiza na Europa, desde a segunda metade do século XVIII, uma profusão de discursos disciplinadores atuando sobre os corpos, transformando o corpo em uma realidade biopolítica e produzindo a sexualidade como questão para a identidade dos sujeitos que se constroem neste processo. Mais do que um efeito repressor, o poder para ele tem efeito produtor. A sexualidade, longe de estar sendo desvelada e liberta da imposição de um silêncio secular, estaria, isso sim, sendo construída como uma dimensão fundamental da subjetividade. A prática médica participa ativamente dessa construção. O corpo feminino é definido como saturado de sexualidade (Foucault, 1993), necessitando controle especial. As mulheres também são ponto de apoio para a estratégia de socialização das condutas de procriação, compondo a figura-alvo do casal malthusiano.

Sua vocação para a maternidade é estimulada e prescrita detalhadamente. A amamentação é insistentemente recomendada. A puericultura e seu discurso de incentivo ao aleitamento materno ilustram a maneira peculiar com que as normatizações médicas colaboraram na construção da

mulher-mãe. A elevada taxa de mortalidade infantil era a grande argumentação sanitária, e as diversas doenças infecciosas que grassavam à época (blenorragia, tuberculose, sífilis), o alvo da campanha contra o aleitamento mercenário, prática que parecia comum na época. Essa campanha era realizada através de diversas teses defendidas sobre o assunto, manuais de puericultura e artigos em jornais, nos quais a argumentação médica é fortemente moral.

A indulgência das mulheres ricas ou a ignorância das mulheres pobres são os principais argumentos utilizados pelos doutores da época em suas teses:

“Mulheres há que, gozando de boa saúde, em boas circunstâncias de aleitar, levadas por sentimento de vaidade, para não perderem a elegância do seu talhe, a formosura de seus seios, a frescura de suas faces, inebriadas pelos prazeres, com a única preocupação de se exibirem nos salões onde as sedas farfalham, onde as luzes derramadas pelos candelabros fazem brilhar as jóias de seus adornos [...] negam ao pequenino ser, [...] o alimento de que ele tanto necessita. O aleitamento não altera a beleza [...]” (Borba-Junior, 1913, apud Rago, 1985, p. 16).

“[...] Mas, em última análise, em que reside a causa de tão grande mortalidade? À ignorância das mães, ao analfabetismo que em nossa população domina numa proporção de 80%, são os vícios do regime, a falta de atenção para os preceitos hoje reconhecidos ótimos, no modo de criarem-se filhos, que incontestavelmente agravam o obituário infantil [...] São as chamadas moléstias evitáveis, porque a boa higiene e os conhecimentos de que hodiernamente se dispõe, no terreno da profilaxia, conseguem colocar as crianças ao abrigo do contágio, e, por conseqüência, do perigo desses morbos que dizimam em tão larga escala” (B. Fausto, 1976, apud Novaes, 1979, p. 56).

O aleitamento mercenário, entretanto, a despeito do horror médico, seguia sendo uma prática comum para aquelas mulheres que podiam pagar por isso, e portanto dei-

xavam seus filhos para serem amamentados por amas-de-leite, ou para aquelas que tinham aí sua fonte de renda.

Todas as possíveis transgressões ao papel de mãe são detalhadamente mapeadas e analisadas. A masturbação, a homossexualidade e qualquer comportamento tido como excesso ou falta de um desejo sexual normalizado e dirigido à reprodução no interior do casamento são definidos como patológicos. A teoria ovular da menstruação surge no início da segunda metade do século XIX, e o útero e os ovários passam a ser considerados como tendo relações cada vez mais estreitas com o psiquismo, as capacidades intelectuais e o comportamento feminino. A loucura, assim, poderia ser curada com a extirpação dos ovários ou útero; o onanismo, pela clitorectomia (Vieira, 1990; Osis, 1994; Ehrenreich, English, 1984).

A prostituição também é detalhadamente normatizada, e as prostitutas são descritas pelo discurso médico em sua aparência física, temperamento, gostos e vícios (Rago, 1985).

A construção da sexualidade e reprodução feminina como questão médico-sanitária não se deu entretanto sem conflitos. As amas-de-leite e prostitutas resistiam ao controle e fugiam dos exames médicos quando doentes, atuando clandestinamente. A obstetrícia teve grande dificuldade de implantar-se como hegemônica na área da assistência ao parto, sendo obrigada a competir com as parteiras, em uma luta mundial que foi bastante acirrada (Ehrenreich; English, 1984). As enfermarias dos hospitais-escola não tinham pacientes para ensinar aos alunos, e as mulheres resistiam a recorrer aos hospitais. Na segunda metade do século XIX, no Brasil, a tônica do discurso médico é de que é necessário a hospitalização do parto, e o combate à assistência “leiga”, que era realizada por parteiras e curiosas. Se atentarmos para a realidade da época – cesárea sem anestesia, anti-sepsia ou antibióticos, e para os padrões morais vigentes em relação à exposição do corpo – fica fácil compreender a resistência das mulheres em recorrer à rudimentar e perigosa prática da obstetrícia.

Somente mulheres ricas, com partos perigosos ou “por ostentação”, procuravam a prática iniciante, justificando o insistente apelo por mais pacientes dos doutores da época (Vieira, 1990).

A obstetrícia era considerada, a esse tempo, e consoante com o valor de seu objeto de intervenção (as mulheres), uma prática desqualificada, uma especialidade menor internamente à prática médica. Apesar de sua inferioridade técnica, a obstetrícia vence os obstáculos e logra implantar-se como saber hegemônico na assistência ao parto. Sua vitória histórica, anterior à sua superioridade técnica sobre as parteiras, colocaria os assuntos ligados à reprodução e sexualidade sob a autoridade médica. A partir de então, a assistência médica passa a ser a melhor alternativa para o acesso ao controle do próprio corpo e o saber científico dita normas a cada dia mais detalhadas, que fazem do cuidado de si uma disciplina interminável e sempre dependente do conselho, aval ou receita médicos.

No limiar do século XX, entretanto, a gineco-obstetrícia ainda buscava legitimar-se, suas técnicas eram rudimentares e poucas as pessoas que a ela podiam recorrer.

MULHERES E MATERNIDADE

“Ao iniciarmos, hoje, a publicação desta revista, a primeira no gênero, contamos com a boa vontade e o auxílio dos colegas especialistas. Sem embargo das três Faculdades médicas... não ha em todo Brasil, ao que nos conste, qualquer jornal medico destinado exclusivamente ás questões de obstetrícia gynecologia” (*Revista de G.O.*, 1, 1907, p. 1).

Com estas palavras era lançada a primeira revista brasileira interessada em discutir questões relativas à mulher e seu corpo.

O objetivo da revista era apresentar “todas as materias attinentes á obstetrícia, á gynecologia, como os assumptos correlatos de medicina e pediatria”. Trazia em suas páginas artigos específicos da área técnica

como do prof. A. Brandão sobre a operação da fístula vesicovaginal, trabalhos que tratavam da proteção à mulher durante a gravidez e após o parto, já que no Brasil os serviços de atendimento às parturientes “traduzem no confronto com os outros paizes da America e da Europa, uma negligencia criminosa” (*Revista de G.O.*, 1, 1907, p. 2), debates da Academia Nacional de Medicina e ainda um espaço, *petit revue*, para artigos em francês objetivando o leitor estrangeiro. Com tais pressupostos de discussão a revista desdobrará, em suas linhas de estudo, o arcabouço da ciência médica que se estruturava junto a um projeto modernizador atrelado à urbanização da cidade do Rio de Janeiro, pautado na lógica do capital e de novas estruturas no campo social.

Dentro de uma racionalidade, que se construía a cada dia sob o escopo da neutralidade e da verdade científicas, a medicina encontrará legitimidade estatal para, em seus discursos e intervenções no *corpus* social, indicar espaços, tabular normas e biologizar o corpo e naturalizar as relações entre os homens. À mulher dedicará estudos exclusivos sobre o seu corpo biológico, sua sexualidade e mudanças orgânicas, traduzindo em seus gestos e práticas os reflexos de um ser humano normal ou patológico.

Porém é importante ressaltar que “a afirmação da Higiene como ideologia das transformações urbanas da virada do século esteve longe de ser um processo linear e sem conflitos. Pelo contrário, a leitura dos documentos produzidos pelos funcionários e autoridades da cidade do Rio no período revela o debate intenso que agitava os bastidores da administração pública [...]” (Chaloub, 1996, p. 36).

O discurso da normalidade que recairá sobre este grupo “procurava persuadir as mulheres de que o amor materno é um sentimento inato, puro e sagrado e de que a maternidade e a educação da criança realizam sua ‘colocação natural’” (Rago, 1985, p. 79). O espírito materno será um dos pilares fundamentais de sustentação destes discursos e práticas, que procuravam dei-

xar, no corpo da mulher, as “peculiaridades” de sua normalidade e de seus desígnios no mundo que se erigia.

O papel da mulher estava ligado à organização e ao cuidado da família e do lar. Neste sentido a revista destinava grande parte de seus artigos para apontar a importância de ser mãe, a necessidade de uma proteção à mulher grávida e o acompanhamento das parturientes pobres e trabalhadoras não só durante a gravidez mas também após a concepção.

Na publicação de setembro de 1909 a revista trará em suas primeiras páginas um relatório do professor Erico Marinho Gama Coelho, intitulado “Assistência e Proteção à Mulher Grávida”. Nele é observada a necessidade de um acompanhamento por parte do Estado das parturientes trabalhadoras, principalmente, e do reordenamento das relações de trabalho que norteiam o cotidiano da mulher grávida, como, por exemplo, “medidas de horas da lida cotidiana e os intervallos de descanso, obrigações de seguro de subsistência, enquanto esperam na inatividade o termo doloroso da gestação e durante o puerperio da convalescença” (Coelho, 1909, p. 65). A presença estatal nas definições destas medidas são de extrema importância já que, por um lado, ela é a grande organizadora e possibilitadora das relações de trabalho no mundo urbano e, por outro, pelo fato de as novas regras esbarrarem nas relações de produção e na própria visibilidade que passa a ganhar a trabalhadora parturiente, escondida atrás das máquinas e dos horários de trabalho. O relatório será concluído neste sentido: “num país, como o Brasil, de organização política complexa, aos Estados incumbe legislar a respeito da proteção [...] à mulher prolífica e aos municípios liberalizar os socorros, antes, durante e depois do parto, seja a proletária natural do país ou estrangeira” (Coelho, 1909, p. 66).

A mulher incumbida deste novo “ofício” de gerar e parir uma prole saudável para a república brasileira precisava ser protegida dos percalços que a impediam de ser boa mãe, principalmente as mais pobres e desamparadas, já que a condição social de cada

uma se refletia nas possibilidades de gestação e mesmo dos cuidados com o próximo descendente. Sobre esse assunto a dra. Antonieta Morpurgo denunciaria:

“[...] para a mulher, cercada de bem estar, da família, que ansiosa espera para dar os parabéns [...] é esse um momento doloroso [...] mas longamente compensador e regado pelas lágrimas de alegria da progenitora feliz [...] no lar pobre, porém, que diversa é a scena, como é difícil o nosso papel! Ahi tudo falta: o alimento, as roupas do leito, da mulher, as pequenas e lindas roupinhas que envolverão o corpinho debil do ente ao nascer; e nós, dedicados profissionaes [...] contemplamos, de braços cruzados, um desenlace ás vezes cruel pela carencia de meios materiais [...]” (Morpurgo, 1913, p. 76).

Nesse espaço onde a moral e a filantropia aparecem como os articuladores de melhorias das condições de vida das mulheres pobres, algo começa a ser detectado pelos médicos e que precisa ser cuidado: a índole materna que toda a mulher deve ter.

Nesse momento é importante frisar que toda a rede de intenções na proteção e na assistência da futura mãe proletária escapa da maioria das progenitoras pobres, que não estarão inseridas no mundo do trabalho legitimado pelo Estado como as indústrias, sendo no mundo da informalidade que as encontraremos como lavadeiras, quituteiras, cartomantes, prostitutas e outras atividades que atravessavam o mundo das proletárias. A pobreza como ponto de aglutinação desta gente será diferenciada pelos médicos e pelos interesses que a sociedade do momento estabelecia.

A Roda dos Expostos era uma dessas paradas obrigatórias para muitas das mães, que durante todo o século XIX e começo do século XX buscarão, como saída para sua sobrevivência, uma instituição de guarda e posse de seu filho. Uma viajante ao passar pela Roda surpreende-se com o número de entradas: “pedi o mapa e vi que em treze anos tinham entrado perto de 12.000 e apenas tinham vingado 1.000, não sabendo a

Misericórdia verdadeiramente onde eles se achavam [...] (Graham, 1821, apud Leite (org.), pp. 48-50). Se a mãe sem condições de abrigar e dar o sustento necessário ao recém-nascido recorria a este tipo de saída, as Casas de Misericórdia também tinham imensas dificuldades de suprir tais carências, já que o número de abandonos era elevado para o espaço destinado a este serviço. As crianças, depois de passarem pelas amas-de-leite e serem devolvidas à Misericórdia, eram praticamente abandonadas, jogadas no espaço público e “[...] acabavam perambulando pelas ruas, prostituindo-se ou vivendo de esmolas ou pequenos furtos [...]” (Marcílio, 1997, p. 73). Realidade dura para os que nasciam dentro deste quadro.

Numa cidade em que as relações de trabalho feminino eram tabuladas, em sua maioria, pela informalidade do ganha-pão, a questão “ter filhos” ganhava outros significados e práticas, “pois as relações que se estabelecem no dia-a-dia da população são complexas e nem sempre estão inseridas em sistemas ideológicos e de moral que servem de controle da ordem social estabelecida” (Samara, 1989, p. 169). Obrigadas a encontrar uma saída para este imenso problema, já que a própria revista denunciava o abandono à gestante, mãe e sua futura prole construirão outras formas de relações pessoais que quebravam e invertiam o discurso do materno e do recato familiar.

A pluralidade destas relações será recebida pelos médicos como fatalidade e anormalidade já que o conjunto de regras que permeiam o seu discurso vai tentar debelar este universo, através de técnicas regidas pelo mundo científico, pelos discursos de caráter moral e classista e pelas intervenções no sentido de focar esta mulher, traduzindo em seu corpo, gestos e palavras as definições de quem de “fato” ela é. Assim, “inscrevia-se no campo sombrio da anormalidade, do pecado e do crime” (Rago, 1985, p. 79).

Se a proteção à grávida deve ser feita pelo Estado e pela igreja, será pelas intervenções da ciência médica que a mãe deverá receber a educação necessária: “As mães devem zelar pelo filho com todo o amor,

mas também com os conhecimentos indispensáveis das leis da hygiene moderna” (Rago, 1985, p.78), isso porque “são as verdadeiras operárias da colméia nacional, e estas operárias [...] serão tanto mais robustas e mais corajosas quanto mais se lhe dispensem attentamente os cuidados que necessitam seu estado” (Coelho, 1913, p. 37). Toda essa investida aparentemente clara de realização de um projeto que buscasse definições novas sobre a maternidade esbarrará num assunto muito discutido na *Revista de Gynecologia e d’Obstetricia*, pouco acordado entre os próprios esculápios envolvidos: o chamado aborto criminoso.

As definições apresentadas a respeito deste tema colocavam o aborto dentro da legalidade jurídica, como forma de discutir na área médica: “Quem diz em linguagem forense aborto voluntário, diz provocado criminosamente; quem diz aborto espontâneo, diz aborto a que assiste causa comum, conhecida, dependente de progenitores, fetos ou outras” (Silva, 1918, p. 168).

Será sobre o aborto voluntário que deitarão suas atenções, tentando criar dentro da própria corporação médica meios de impedir essa ação que rompia de forma definitiva com os novos meios de se compreender a mulher, seu corpo e os limites de ação sobre ele.

As discussões partem de vários pólos de identificação do “mal”, e talvez o primeiro percalço sejam as propagandas e anúncios que proliferam, principalmente, nos meios jornalísticos. Em 1913 já se denunciava “os jornaes cheios de anuncios pomposos de profissionaes menos dignos, que abrem a porta aos crimes de provocação do aborto” (Morpurgo, 1913, p. 75). Anos depois trechos de jornais são lidos na sessão da Academia Nacional de Medicina: “attentai, srs. academicos, para algumas amostras dessa industria especial: ‘... tratamento do utero e suspensões...’; ‘evita a gravidez nos casos indicados, fazendo apparecer o incommodo sem provocar hemorrhagia...’; ‘faz apparecer o incommodo por processo scientifico e sem dôr, sem o menor perigo para a saude...’ [...] Taes annuncijs, das 3a. e 4a. folhas dos jornaes

diários...vem a ser: – o convite, o incentivo, o engodo, em summa o reclamo indecoroso” (Silva, 1918, p.150).

Mas se a propaganda veiculada era um dos pólos de denúncia, um problema maior se faz presente, mesmo que menos apontado: quem realizaria tal ato? Quem possuía os conhecimentos, mínimos que fossem, do corpo da mulher, capaz de tal ação? Num primeiro momento parece ser, apenas, uma atividade do parteiro e da parteira que nas sombras da ilegalidade e da credence popular “se arma para a pratica desse crime” (Fonseca, 1918, p. 277).

Mas não será esta a verdadeira realidade cotidiana da capital. A classe médica sabe disso e assume esta “[...] tão sombria e dolorosa revelação [...] e do maior desgosto para a nossa classe, consequentes e repetidos casos de abortos provocados por alguns de seus representantes, mais uma vez confirmando-se ser o aborto, também um crime profissional [...]” (Silva, 1918, p. 149). Propagandas e médicos envolvidos numa trama que se passava nos pontos escondidos da cidade em que o abortar não era um ato que se dava entre poucas mulheres. As cifras apresentadas tentam dar uma dimensão do problema sublinhando a face catastrófica dos números: “Quanto nos aterra e intimida a terrível e esmagadora ameaça! Em Paris, no anno... são perpetrados de 50 a 60.000 abortos, pelo menos, dos quaes 25 a 30.000 são provocados criminosamente! Atingimos, então, uma cifra que faz a nossa Capital rivalizar com Paris, no número de vidas sacrificadas por esse cruel e torpe flagelo” (Silva, 1918, p. 149).

Mesmo sendo esses números baseados em dados nem sempre confiáveis, como a simples palavra de parteiros, os médicos discutirão propostas de se reprimir essa prática. Para isso deverão discutir seus argumentos e é nesse momento que irá emergir um fato interessante.

O professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, dr. Ernesto Nascimento Silva, propõe, apoiado nos estudos franceses, uma rearticulação das ações contra o aborto criminoso e das formas de repressão sobre sua prática. Segundo ele há a neces-

aborto
aborto
aborto
aborto
aborto
aborto
aborto
aborto

orto
orto
orto
orto
aborto
aborto
aborto
aborto

sidade de breçar tão torpe crime, já que “milhares de vidas são aniquiladas, centenas das mulheres abortadas ficam lesadas com maior ou menor gravidade: mutiladas, invalidadas umas, estereis outras, quando não mortas” (Silva, 1918, p. 156). Assim foi apresentado na Academia Nacional de Medicina um projeto de lei para ser enviado ao Parlamento com nove pontos fundamentais na repressão ao aborto criminoso. Entre eles a repressão à propaganda e anúncios, vigilância das casas de parto, notificação dos casos de mortinatalidade e de aborto, absolvição da penalidade à abortada caso ela revele o abortador, etc.

O que parece ir ao encontro das esferas que traduzem o ideal das práticas e da ciência médicas encontraria entraves entre seus próprios propugnadores. Na sessão da Academia do dia 5 de setembro de 1918 o professor Nascimento Silva fez suas ponderações sobre o projeto proposto, ressaltando a necessidade de se notificar em qualquer circunstância os casos de aborto, entretanto, não esquecendo o fato de muitas vezes as crianças depois de nascidas ficarem desamparadas e entregues para outras pessoas criarem. Pede a palavra o dr. Olympio da Fonseca, que parecia estar absolutamente contra tais propostas e procurava mostrar o porquê. A sua primeira crítica é contra a idéia de absolvição da abortada que revelar o nome do abortador. Ora, “o médico, até agora confiante das famílias, teria de revelar a existencia de abortos em mulheres solteiras, em mulheres casadas, mas separadas de seus maridos, em viúvas, tornando-se assim um perigoso instrumento de escandalo!” (Fonseca, 1918, p. 276).

Contra a idéia da divulgação do ato abortivo, dr. Olympio usará da própria realidade feminina para obstar contra. A importância da não divulgação de tal ato é a de abrir a possibilidade de uma intervenção rápida em casos complicados relativos ao aborto provocado. Ao se obrigar a denúncia, muitas mulheres não procurariam uma ajuda especializada e é por isso que “sem receio de erro, poderemos afirmar que muitas e muitas mulheres que se pode-

riam salvar com intervenção precoce, succumbirão por omissão de cuidados” (Fonseca, 1918, p. 277). Nesse mesmo raciocínio, acaba por indicar, novamente, quais são as mulheres que mais recorrem a esse tipo de intervenção, necessitando do socorro médico na maioria das vezes:

“[...] ella que recebia todas as mostras de deferencia na sociedade que a considerava honesta e virtuosa, ella cuja mão era apertada, senão beijada nas ruas, nos salões, porque o aborto criminoso é mais próprio das classes elevadas, essa mulher[...] vai ser talvez condenada á morte pela omissão de cuidados, por não querer defrontar o verdadeiro médico, o único capaz de salvá-la...” (Fonseca, 1918, p. 278).

A articulação dos discursos proferidos em torno desta problemática dirige-se para reflexões que são fundamentais ao se pensar a condição feminina diante de questões que lhe são pertinentes.

A cidade-esconderijo dos escravos no final do século XIX (Chalhoub, 1990) continuará sendo esconderijo, no limiar do século XX, de um conjunto de práticas que a moral e o sigilo não deixarão sair das salas das parteiras, dos quartos dos médicos, dos banheiros da própria casa. As mulheres que provocavam o aborto e buscavam ajuda médica eram aquelas que liam os anúncios, procuravam e pagavam doutores e parteiras, tudo no decoro da decência, do nome a zelar e do patrimônio a se manter, já que quebravam os pés de barro de um conjunto de regras e valores morais a que estavam submetidas, porém, não de forma absoluta. A legitimidade dos filhos será uma preocupação não incorporada ao universo de muitas mulheres pobres, que terão sua prole mesmo não tendo ao seu lado o progenitor ou meios de proporcionar-lhe as mínimas condições de sobrevivência. As maneiras e os valores atribuídos ao amor, casamento e família sugeriam comportamentos que desprezavam este conjunto de atribuições que a sociedade higiênica estipulava como sendo o ideal. Para muitos, “a relação sexual não vinha precedida de

maiores formalidades ‘morais’, como um namoro cheio de regras. Não passava, necessariamente, na prática e no discurso, pela noção de casamento difundida pela Higiene[...]” (Esteves, 1989, p. 164). Não podemos esquecer da medicina popular dos ervanários, os unguentos e poções que es-

tarão sempre presentes no dia-a-dia dessa gente, servindo para todos os problemas e todos os impasses, talvez, o de não ter filhos também. Observações se escondem nas entrelinhas dos fatos e dúvidas aparecem como pontas de *icebergs* de uma história que se tenta aproximar.

BIBLIOGRAFIA

- AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1995.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1992.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.
- _____. *Visões de Liberdade: uma História das Últimas Décadas de Escravidão na Corte*. São Paulo, Companhia das Letras, 1990.
- CYRINO, A. P. P. *Organização Tecnológica do Trabalho nas Reformas das Práticas e dos Serviços de Saúde: Estudo de um Serviço de Atenção Primária*. São Paulo, 1993 (Dissertação de mestrado — Faculdade de Medicina da USP).
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. 2ª ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. *Dolencias y Transtornos. Política Sexual de la Enfermedad*. Barcelona, Ediciones de les Dones, 1984.
- ESTEVES, Martha de Abreu. *Meninas Perdidas: os Populares e o Cotidiano do Amor no Rio de Janeiro da Belle Époque*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.
- FOUCAULT, M. *Apêndice: História da Sexualidade I*. 11ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1993.
- FREIDSON, E. *La Profesión Médica. Um Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado*. Barcelona, Edicions 62, 1978.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. “A Roda dos Expostos e a Criança Abandonada na História do Brasil (1726-1950)”, in Marcos Cezar de Freitas (org.), *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo, Cortez/USF-IFAN, 1997.
- NOVAES, H. M. D. *A Puericultura em Questão*. São Paulo, 1979 (Dissertação de Mestrado — Faculdade de Medicina da USP).
- OSIS, M. J. D. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção*. São Paulo, 1994. (Dissertação de Mestrado — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp).
- RAGO, Margareth. *Do Cabaré ao Lar: a Utopia da Cidade Disciplinar, Brasil: 1890-1930*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- REVISTA de *Gynecologia e d’Obstetria do Rio de Janeiro*. Anos 1907-1918.
- SAMARA, Eni de Mesquita. *As Mulheres, o Poder e a Família*. São Paulo, Séc. XIX. São Paulo, Marco Zero/Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo, 1989.
- SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo, Hucitec, 1993.
- SINGER, P.; CAMPOS, C.; OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e Curar — o Controle Social Através dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.
- STARR, P. *A Sovereign Profession*, in P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. Cambridge, BasicBooks, 1982.
- VIEIRA, E. M. *Prática Médica e o Corpo Feminino*. São Paulo, 1990 (Dissertação