

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA**

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Programa de Mestrado em Psicologia

**O MITO DA FRAGILIDADE:  
O OLHAR MÉDICO SOBRE O CORPO DA MULHER E  
SEUS DESDOBRAMENTOS PSÍQUICOS**

Carolina Gonçalves de Freitas

Brasília – DF

2006

CAROLINA GONÇALVES DE FREITAS

# **O MITO DA FRAGILIDADE: O OLHAR MÉDICO SOBRE O CORPO DA MULHER E SEUS DESDOBRAMENTOS PSÍQUICOS**

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.  
Área de concentração: Saúde e Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Mara Campos de Almeida

Brasília, DF

2006

## Banca Examinadora

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Tânia Mara Campos de Almeida.

Examinada e aprovada pela banca:

Profa. Dra. Tânia Mara Campos de Almeida  
Universidade Católica de Brasília – Membro (Orientadora)

Profa. Dra. Ondina Pena Pereira  
Universidade Católica de Brasília – Membro

Profa. Dra. Ana Lúcia Galinkin  
Universidade de Brasília – Membro externo

Prof. Dr. Roberto Menezes de Oliveira  
Universidade Católica de Brasília - Membro

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília, Mestrado em Psicologia, por me permitir avançar na formação acadêmica.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tânia Mara Campo de Almeida, pela disponibilidade e atenção. Por me trazer discernimento, estímulos importantes no processo da escrita e abrir meus olhos para outras perspectivas.

Ao meu pai, minha mãe e minhas irmãs, pelo amor e o companheirismo que experimento diariamente.

Ao Fabrício, meu parceiro de vida, pelas críticas, sugestões e revisões ao longo de minha formação intelectual. E principalmente, pelo motivo de sempre, o amor que aprendemos juntos.

Às mulheres que me permitiram ouvir suas histórias, as quais serviram de base para meu estudo e para minha compreensão do ser mulher.

Às amigas e colegas de mestrado, por me ajudarem a entender a complexidade da vida feminina.

## **Resumo**

Constata-se que o olhar da medicina moderna, especialmente o das especialidades voltadas para a saúde física e mental da mulher e de seus filhos/as, como a ginecologia/obstetrícia, pediatria e psiquiatria, vem participando ativamente da construção da identidade da mulher na sociedade contemporânea e, conseqüentemente, de seus desdobramentos subjetivos que, muitas vezes, se configuram em sofrimentos psíquicos. Dessa forma, a contribuição crítica a esse olhar médico, por parte dos estudos de gêneros, somados aos estudos da psicologia, que visam garantir a autonomia e valorização da mulher, está na apresentação de um novo olhar sobre a mulher que a considerem para além de seu corpo biológico. Para tanto, a presente proposta de trabalho visa reconstituir a história da formação do atual olhar médico sobre o corpo da mulher, a fim de colocar em discussão os mitos e os interesses ideológicos que o sustentam, bem como visa apontar para os sofrimentos que ele suscita. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e fenomenológica.

Palavras-chave: mulher, medicina, sofrimento psíquico, constrangimento médico.

## **Abstract**

It has been shown that modern medicine, especially specific branches regarding the physical and mental health of the woman, as well as her offspring, such as Obstetrics and Gynecology, Pediatrics and Psychiatry, has been contributing to the construction of the woman's identity in our contemporary society and, consequently, her subjective unfolding which, in many ways, results in psychological sufferings. In this way, the critical contribution to such medical perspective, on the part of gender studies and psychology studies which aim at guaranteeing women's individual autonomy and empowerment, is presented as part of a new perspective upon the woman, which understands and considers the woman beyond her biological body. This qualitative and phenomenological research aims at reconstituting the history of how the current medical approach to the feminine body was developed in order to bring to discussion the ideological myths and interests that support it, as well as point towards the suffering that it brings.

Key-words: woman, medicine, psychological suffering, medical embarrassment.

## **Lista de quadros**

<b>Quadro 1 - A identidade da mulher e sua relação com a medicina – Relatos extraídos das entrevistas reflexivas.....</b>	<b>84</b>
<b>Quadro 2 - A identidade da mulher e sua relação com a medicina – Relatos extraídos do grupo focal.....</b>	<b>95</b>

## **Lista de siglas**

- 1. GF: Grupo focal**
- 2. HUCB: Hospital da Universidade Católica de Brasília**
- 3. CEP: Comitê de ética em pesquisa**
- 4. FEPECS: Fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde do Distrito Federal**
- 5. UCB: Universidade Católica de Brasília**



## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. METODOLOGIA</b>	19
2.1 Sujeitos da pesquisa	19
2.2 Caminho qualitativo e fenomenológico	21
2.3 Procedimento de coleta de dados	24
2.4 Procedimento de análise de dados	28
<b>3. SER MULHER</b>	31
3.1 Processos identitários da mulher	35
3.2 Estudos e movimentos feministas	35
3.3 Alguns estudos de gênero	38
3.4 Críticas ao determinismo biológico	41
<b>4. OS SABERES MÉDICOS</b>	44
4.1 A <i>diferença</i> que respaldou o início da medicina	44
4.2 A natureza feminina	47
4.3 As <i>ciências da mulher</i> : a ciência da diferença e a ciência do parto	49
4.4 Outra especialidade da medicina: a pediatria	52
4.5 Discurso médico atual: as inovações de um projeto pedagógico	54
<b>5. A HISTERIA: QUESTÃO FEMININA</b>	57
5.1 Estudos sobre histeria	58
5.2 Discurso médico sobre a questão feminina na histeria	63
<b>6. A VOZ DAS MULHERES – apresentação e discussão dos resultados</b>	67
6.1 Narrativas individuais	68
6.2 Reflexões sobre Cristina, Júlia e Mariana	75
6.2.1 Ser mulher	76
6.2.2 A diferença entre se homem e ser mulher	78
6.2.3 Identidade de mulher	79
6.2.4 Ser mãe	80
6.2.5 O olhar médico sobre a mulher	81
6.2.6 Quadro Comparativo	83
6.3 Relatos extraídos do grupo focal	87
6.4 Reflexões sobre Cilene, Cristina, Lúcia e Telma	88
6.4.1 Ser mulher	88
6.4.2 A diferença entre se homem e ser mulher	90

6.4.3 Identidade de mulher	91
6.4.4 Ser mãe	92
6.4.5 O olhar médico sobre a mulher	93
6.5 Articulação entre Mulheres: da individualidade ao grupo	98
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	102
<b>REFERÊNCIAS</b>	107
<b>APÊNDICES</b>	112

# 1. INTRODUÇÃO

É importante relatar um pouco da minha história pessoal e profissional de forma a justificar meu interesse pelo tema *o olhar médico sobre o corpo feminino*. Por que o olhar médico? Por que o corpo feminino?

É notória a prevalência do universo feminino em minha vida por intermédio da presença constante de mulheres aí encontradas. Faço parte de uma família numerosa. Meus avós maternos tiveram dez filhos, sendo oito mulheres. Meus avós paternos tiveram seis filhos, sendo quatro mulheres. Nas gerações seguintes, houve também o predomínio de mulheres. E, em tal contexto familiar, venho ouvindo relatos, queixas, casos, ensinamentos e histórias de todas essas mulheres.

Ao longo da minha vida escolar, estudei em uma escola de freiras onde, até a quinta série do ensino fundamental, a escola era exclusivamente de meninas. Educação para meninas, brincadeiras de meninas, roupas de meninas, oração de meninas... Na graduação, ao optar por estudar psicologia, deparei-me com uma sala de aula predominantemente feminina.

Após o curso superior, tive a oportunidade de fazer formação na área de educação sexual e sexologia. Estudos que foram de suma importância para a compreensão do que é ser mulher nesta sociedade. Na formação em educação sexual, dentre outros temas, aprendi a olhar o ser humano como um ser pleno, além de ser requisito imprescindível para dar continuidade à minha formação em sexologia, que contribuiu para a percepção de que o sujeito deve ter respeitado o direito de viver com prazer a sua individualidade.

Por intermédio da experiência clínica, pude perceber que os atendimentos em psicologia e sexologia clínica exigem, do(a) profissional, um posicionamento multidisciplinar. Ou seja, a compreensão do(a) paciente em sua totalidade orgânica, emocional, comportamental, cognitiva, psíquica, sexual e social. Além de ser necessário o estabelecimento de uma relação entre o(a) psicólogo(a) e/ou sexólogo(a), o(a) médico(a) e demais profissionais da saúde, quando estes estão, paralelamente, cuidando de um(a) paciente em comum. Dessa forma, minha prática profissional vem sendo pautada nesse modelo de multidisciplinaridade.

Algum tempo depois, pude notar, durante meus atendimentos clínicos em psicologia e sexologia, que a visão médica em relação à mulher na condição de paciente é formulada, especificamente, pela dimensão biológica. Ou seja, enquanto é mais comum que outros profissionais da saúde busquem compreender a mulher em sua totalidade, a medicina hegemônica focaliza exclusivamente o plano orgânico.

Já na prática clínica, seja psicoterapia individual, de casal ou atendimento em terapia sexual, não raro, observo que mulheres procuram mais terapia que homens. Perguntava-me o porquê da maior busca de mulheres pela terapia. Necessidade de serem ouvidas? De encontrarem um lugar menos oprimido no mundo? Busca de uma identidade, de compreensão de si mesmas, de legitimação?

Sempre intrigada e curiosa com as questões femininas, fui procurar por revistas, livros, filmes, programas de tv dedicados à mulher e jornais, na tentativa de compreender as inúmeras histórias ouvidas de pacientes, colegas, amigas e familiares, que me mobilizaram a compreender o que vem a ser feminilidade. Encontrei, de modo geral, a associação da feminilidade a modelos de mulher ideal, ou seja, mulher equivalendo a ser mãe e esposa.

Por meio de algumas leituras, pude constatar transformações históricas e contemporâneas na condição da mulher na sociedade. A construção do conhecimento médico se ateve e se atém, fixa e essencialmente, no estudo das diferenças orgânicas e anatômicas há décadas. Trata-se de um conhecimento que se origina, se desenvolve e se finaliza, estritamente, sob a ótica biológica. Assim, constato uma medicina que se fundamenta num saber exclusivo sobre o corpo; um saber médico sobre o corpo feminino reduzido à reprodução, com a finalidade da procriação.

Na investigação da mulher como sujeito e não como um corpo reduzido ao exercício da reprodução biológica, é de suma importância levar em conta o discurso médico e o ato de medicalizar como participantes ativos da construção de gênero hegemônica e no sofrimento psíquico de muitas mulheres dessa sociedade. É necessário ter em mente que o ato de medicalizar é um processo sócio-histórico de uma forte relação de poder e que o atual modelo medicalizado de saúde da mulher reproduz esquemas de dominação, mantendo-as alienadas dos seus corpos e das suas necessidades como sujeito.

Essa desconexão entre as várias esferas que compõem a totalidade da mulher como sujeito e a constante biologização do olhar médico sobre o corpo feminino, que serão discutidas mais adiante, corroboram para a manutenção dos modelos de dominação sobre as mulheres. Estes, por sua vez, lançam as bases da construção da identidade da mulher contemporânea.

Por isso, levantar, identificar e discutir criticamente o processo sócio-histórico da formação do olhar médico sobre o corpo feminino, assim como sua influência na construção da identidade da mulher atual, constituem-se parte importante de minha proposta de dissertação de mestrado.

Registro aqui que, vez por outra, meu discurso associará mulher e feminino. Reconheço, porém, que os termos não são equivalentes. Estatisticamente é mais provável que os significantes do feminino estejam associados à mulher. Mas existem mulheres com perfil que quase sempre vão estar se inserindo no mundo de uma forma que poderia ser chamada de masculina. Outras, ditas mais femininas, podem, em determinadas situações, se colocar dentro, também, da inserção dita masculina. Assim, os estudos de gênero, como mostrarei mais diante, vêm exatamente discutindo que feminino está para além do que é mulher.

Ao longo desse caminho de descoberta sobre ser mulher, tanto pessoal quanto de meus atendimentos clínicos, as lembranças mais recorrentes que formam essa identidade são queixas, amores, dissabores, crenças, relações, anticoncepção, gestação e maternidade. Dentre esses assuntos, relato algumas narrativas que aguçaram ainda mais minha reflexão nessa temática. Trata-se de testemunhos obtidos em minha prática clínica e na pesquisa de minha dissertação do mestrado:

“Vi o médico falando na televisão que agora as mulheres podem tomar remédio para deixarem de menstruar. Não gosto quando estou menstruada, sinto muitas cólicas, mas isso não é da mulher? Se eu parar de menstruar, continuo sendo mulher?”.

“Tenho 35 anos e cinco de casada. Eu e meu marido não queremos ter filhos, mas todos nossos amigos têm e ficam nos cobrando a gravidez. Nas festas, sinto-me menos mulher por não ter filhos, mas não quero ter filhos. Você está entendendo?”.

“Não sei... Acho que o motivo de toda essa tristeza é que estou muito sozinha. Já tenho 38 anos e não tenho ninguém. Queria pelo menos uma filha para me sentir alguém”.

“Fui ao ginecologista, e ele me disse que minha cólica vai acabar depois que eu tiver um filho”.

“Preciso que você me ajude, meu bebê está com nove meses e eu não sei se o amo, não sei se serei uma boa mãe para ele, sou uma má pessoa?”.

“Eu não gosto mais dele, mas como vou me separar com dois filhos? Além de virar mulher separada. Não, não posso ser separada, como as pessoas vão me olhar? Vou virar ninguém”.

“Quando o médico fez o exame e viu que eu tinha feito um aborto, disse que eu não merecia ser mulher”.

“Chego do serviço, pode ser a hora que for e dou atenção. Nem que eu vá dormir onze horas, meia noite. Ser mãe acho que é maravilhoso. É dádiva de Deus mesmo na vida da gente. É muito importante, acho que é a coisa mais importante que eu tenho na vida assim de realização é ser mãe mesmo”.

“Mulher? Acho que sou mais mãe do que mulher porque dedico mais meu tempo pros meus filhos do que pra mim mesma”.

“Ser mulher é você trabalhar, estudar, dar mais valor no seu corpo, ser restrita assim a certos assuntos, por exemplo, a mulher hoje em dia está muito fácil, não dá mais valor no casamento”.

Além dessas falas, chamam minha atenção outras comuns de serem ouvidas em conversas familiares, rodas de amigos, programas de televisão e, até mesmo, ler em artigos publicados em jornais e revistas afirmações. Por exemplo: “as mulheres são menos capazes de raciocinar matematicamente que os homens”, “as mulheres são fisicamente mais frágeis que os homens”, “as mulheres são naturalmente mais compreensivas, dóceis e gentis que os homens”, dentre outras explicações espontâneas, chamadas de *senso comum*.

O senso comum é uma forma de produção de conhecimentos que nos ajuda a viver. É, porém, uma visão simplista e cômoda de conduzir a vida, geralmente pautada num repertório arcaico e ordenador do modo de vida dominante. Daí a suspeita das crenças e dos discursos do senso comum serem, com frequência, enganadores, ou seja, estarem

vinculados acriticamente a saberes e a ideologias conservadoras do *status quo* e da ordem patriarcal (Laville & Dione, 1999).

Um ponto que ajuda na manutenção dos saberes do senso comum é a tradição, que prega que “[...] esse saber é mantido por ser presumidamente verdadeiro hoje em dia, e o é hoje porque o era no passado e deveria assim permanecer”. (Laville & Dione, 1999, p.19). Vê-se, assim, que a tradição mantém as regras sociais, bem como os comportamentos e modos de viver. No caso da mulher, foco desta pesquisa, de geração em geração vem se transmitindo qual é o melhor momento para se casar, qual a melhor idade para ser mãe, a maneira mais adequada de se vestir, o que sentir e quem é o melhor *partido*.

Como mostrarei mais adiante, a medicina e a psicologia são também autoridades de saber que ajudam a manter e transmitir essa tradição. Do mesmo modo que instituições sociais, como a família e a escola, os saberes reificados repassam cientificamente idéias a respeito do que é ser mulher na sociedade moderna.

Em geral, a mulher contemporânea urbana lida diretamente com três autoridades do saber médico: ginecologia/obstetrícia, pediatria e psiquiatria, por serem clínicas médicas em que as mulheres transitam mais ativamente como responsáveis pelo seu corpo, seus/suas filhos(as) e sua sanidade mental. Assim, a presente pesquisa se volta para o olhar médico nessas três clínicas médicas. Dentro desse escopo, observo também a presença forte de abordagens da psicologia, que vinculam o ser mulher necessariamente à biologia e à maternidade, considerando outras formas de a mulher estar no mundo como psicopatológicas ou dignas de atenção.

Motivada por tais questões, esta dissertação tem o intuito de identificar a forma pela qual a visão da medicina moderna vem contribuindo para a construção da identidade da mulher e os seus desdobramentos subjetivos em termos de sofrimento psíquico. Proposta,



esta, de relevância, devido à necessidade de reconstituição e entendimento da linha histórica, por intermédio da qual chegamos ao atual olhar médico sobre o corpo feminino, bem como colocar em discussão as ditas *verdades* do campo médico-biológico. Busco, assim, encontrar não uma nova mulher, mas um novo olhar sobre a mulher, uma visão para além de seu corpo biológico, na linha de outros trabalhos realizados neste programa de pós-graduação (Costa, 2004).

Para desenvolver tal proposta, inicio pela metodologia de investigação. Neste segundo capítulo, após uma rápida introdução, encontra-se o caminho qualitativo e fenomenológico que desenhou a pesquisa, junto aos procedimentos de coleta e análise de dados. A presente pesquisa apresenta experiências de vida de mulheres que, ao reconstituírem suas trajetórias, relatam terem sofrido constrangimentos em atendimentos e cuidados médicos. Portanto, busco compreender como, nessas situações, a construção da identidade dessas mulheres está em jogo.

Apresento, em três capítulos, a discussão teórica. No primeiro deles, *Ser mulher*, articulo conteúdos sobre os processos identitários da mulher moderna, os movimentos feministas e as diferentes formas de se pensar a diferença entre os sexos e as críticas ao determinismo biológico, de forma a refletir criticamente sobre a construção da identidade da mulher.

No segundo capítulo, *Os saberes médicos*, inicio descrevendo a diferença sexual que respaldou o início das ciências da saúde em geral e da psicanálise. Sigo expondo a consolidação dos saberes médicos como prática médica e sua consolidação no Brasil, além de retratar a ciência da mulher, a ciência do parto e a ciência da diferença. Trata-se de três saberes que estudam a natureza feminina, o corpo feminino e sua medicalização.

E, por fim, apresento o último capítulo teórico, *A histeria: uma questão feminina*, de forma a compreender outra importante construção discursiva e interventiva sobre o corpo feminino. Compreender o modo pelo qual a medicina psiquiátrica e a psicanálise olham a mulher e de investigar qual(is) lugar(es) esta(s) visões sobre a histeria têm dado às mulheres.

O capítulo VI, *A voz das mulheres – Apresentação e discussão dos resultados*, destina-se ao conteúdo das entrevistas reflexivas e do grupo focal realizados junto às mulheres. Para a exposição dos resultados empíricos das entrevistas reflexivas, apresento as narrativas na voz das mulheres, seguida por reflexões sobre as mesmas e um quadro comparativo, de forma a colocar em evidência os dados obtidos. Já, para o grupo focal, foi elaborado um quadro descritivo e explicativo, de forma a verificar os temas em que elas concordam ou discordam, na confluência da identidade da mulher, seguido, também, de uma reflexão sobre as vozes das mulheres.

Por último, teço as considerações finais e levanto as possibilidades que este trabalho oferece para a pesquisa sobre a construção da identidade da mulher, como, por exemplo, a ratificação de que a construção da identidade da mulher está impregnada do olhar médico.

As referências e os apêndices com os roteiros de perguntas e os termos de compromisso finalizam minha dissertação.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 Sujeitos da pesquisa

A primeira aproximação de mulheres que pudessem participar desta pesquisa foi pela Internet, por ser uma forma atual de verificar o interesse sobre o tema e perceber a sua recepção em grupos sociais variados. De início, explorei *sites* que agrupam mulheres simpatizantes com a questão de gênero numa perspectiva militante<sup>1</sup>, de forma a mobilizar pessoas comprometidas com a revisão da atual perspectiva dominante da medicina.

A primeira idéia consistiu em coletar relatos sobre constrangimento de gênero vivenciados na relação médico(a)-paciente e em situações de atendimentos clínicos e ambulatoriais, a fim de se identificar a existência dos discursos médicos hegemônicos e conservadores variados sobre a mulher, na perspectiva das(os) usuárias(os) e abrir um caminho para que essas mulheres pudessem espontaneamente relatar esses casos de uma forma mais particular.

Nesse primeiro percurso, pude perceber que esses casos de constrangimento não são tão explícitos e evidentes, nem tão pouco são falados publicamente. Dificilmente há denúncias, pois poucas são as mulheres que qualificam as falas médicas, aqui retratadas, como abusivas ou constrangedoras. Falas essas constituidoras da própria identidade do que é ser mulher, como será discutido nos capítulos seguintes.

Como foram poucas as mulheres que relataram a questão da construção da sua subjetividade sendo elaborada em confronto com esse discurso médico hegemônico e

---

<sup>1</sup> [www.mulher.org.br](http://www.mulher.org.br), [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br), [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br), [www.ipas.org.br](http://www.ipas.org.br), [www.sermulher.org.br](http://www.sermulher.org.br), [www.cfemea.org.br](http://www.cfemea.org.br), [www.clam.org.br](http://www.clam.org.br), [www.saude.gov.br/proesf](http://www.saude.gov.br/proesf), [www.ethos.org.br](http://www.ethos.org.br), [www.genus.org.br](http://www.genus.org.br).

conservador, foi-me bastante difícil chegar às participantes desta pesquisa. Tive dificuldades em encontrar mulheres que percebessem que, em determinada situação médica, existia alguma forma de imposição de um olhar, um pensamento e/ou uma ideologia em que elas se sentissem desrespeitadas, afrontadas ou, simplesmente, que não quisessem seguir.

Aproximei-me, então, de mulheres (amigas, conhecidas, pacientes) que já tinha ouvido falar que vivenciaram essas experiências de vida e questionavam, a partir de suas subjetividades, o que havia se passado com elas. Com muita dificuldade, consegui encontrar seis mulheres que pudessem me relatar suas vivências. Por coincidência ou sorte, cada duas delas com histórias de constrangimento nas especialidades por mim escolhidas.

Assim, compreendi que, para conhecer mais profundamente suas histórias, seria preciso acompanhar de perto as vivências dessas mulheres e mostrá-las, aqui, enquanto autoras de uma posição de vida que vai contra uma corrente ideológica muito forte e dominante. Esse movimento de oposição é penoso e traz-lhes ônus social e psíquico.

Por serem mulheres, tanto as que participaram das entrevistas quanto as integrantes do GF, que freqüentam consultórios médicos e psicológicos particulares e pelos seus estilos de vida, relatados nos encontros, identifiquei-as como pertencentes à classe social média. Elas estão na faixa etária entre 30 e 50 anos, têm nível superior completo e emprego estável. Apenas uma não tem filha/o, outra é viúva, uma solteira, uma separada e as demais, casadas.

De forma a garantir o anonimato das participantes, optei por usar nomes fictícios. É importante ressaltar que esses nomes nada têm de semelhante aos nomes verdadeiros das mulheres.

A seguir, mais algumas informações sobre as entrevistadas que participaram de entrevistas reflexivas e do grupo focal – procedimentos de coleta de dados que explicarei adiante.

	<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Profissão</b>	<b>Constrangimento</b>
<b>Entrevistas Reflexivas</b>	Cristina	35	Separada	Médica	Pediatra
	Júlia	29	Casada	Socióloga	Psiquiatra
	Mariana	32	Solteira	Advogada	Ginecologista

	<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Profissão</b>	<b>Constrangimento</b>
<b>Grupo Focal</b>	Cilene	46	Viúva	Pedagoga	Ginecologista
	Cristina	35	Separada	Médica	Psiquiatra
	Lúcia	40	Casada	Advogada	Pediatra
	Telma	34	Casada	Psicopedagoga	Ginecologista

## 2.2 Caminho qualitativo e fenomenológico

Dentre muitas possibilidades de se caracterizar a pesquisa qualitativa, do modo que é aqui apreendida, busco resgatar os elementos subjetivos que fazem do ser humano atores e autores de sua própria existência. É uma metodologia que possibilita investigar, mais a fundo, os significados atribuídos pelos sujeitos às suas ações, dentro de um contexto, ou seja, trata-se de uma grande possibilidade de se resgatar e se revalorizar o vivido (Turato, 2005).

Sendo assim, o viés qualitativo mostrou-se o mais adequado para atender as intenções desta pesquisa, cujo interesse é revelar a influência do discurso médico na construção da identidade da mulher moderna e seus desdobramentos subjetivos. Trata-se de um tema existencial que busca, a partir de relatos de experiências, compreender a importância dos fatos e como as pessoas organizam suas vidas a partir dos significados que a eles atribuem. Tem-se, então, a subjetividade como um ponto importante a ser investigado cientificamente pela psicologia.

Segundo Figueiredo e Santi (2003), a subjetividade é a responsabilidade individual, a própria consciência e o ponto de vista próprio. “Quem sou eu, como sinto, o que desejo, o que considero justo e adequado” (Figueiredo & Santi, 2003, p.20). E, se expressa na valorização de cada indivíduo, na construção de cada individualidade. Dessa forma, a presente pesquisa se identifica com a abordagem qualitativa.

Como na pesquisa qualitativa e fenomenológica as formas de entendimento dos processos de subjetivação são desejadas (Fini, 1997), pensar a pesquisa no modelo fenomenológico, como metodologia específica para estruturação dos dados, também se mostrou adequado no presente trabalho. Esta trajetória trata de desvendar o fenômeno (o que se mostra a si e em si da forma como é) para além da aparência, ou seja, põe em evidência a interpretação de mundo e enfatiza a experiência pura do sujeito; além de dar ênfase ao significado que as pessoas dão às experiências de vida. (Guarnica, 1997).

A interrogação é o ponto de partida da fenomenologia, pois é por meio dela que o fenômeno surge para a consciência. E a realidade aparece na intencionalidade desta consciência, que se volta para o fenômeno. Dessa forma, Bicudo (1997) relata que “[...] ir-às-coisas-mesmas” é pesquisar em fenomenologia. É, também, descrever o fenômeno e não explicá-lo. Ou seja, é buscar a essência do fenômeno. Essência, esta, que se mostra “[...]”

pela realização de uma pesquisa rigorosa que busca as raízes, os fundamentos primeiros do que é visto (compreendido) e o cuidado com cada passo dado na direção da verdade (‘mostração’ da essência)” (Bicudo, 1997, p.20).

A trajetória fenomenológica consiste de três momentos distintos: *Époche* (colocar o fenômeno em destaque): suspensão do juízo, pondo-o em evidência ao campo de percepção do pesquisador. Redução: ao descrever o vivido, seleciona o essencial ao fenômeno. Compreensão fenomenológica. Outro tema que aparece no discurso fenomenológico é o *a priori*, que, na visão de Edmund Husserl, é o conhecimento prévio, o histórico das experiências vividas pelo sujeito. Nessa busca da realidade enquanto vivida, as mulheres desta pesquisa são sujeitos que experienciam. A partir da interrogação *o que é ser mulher*, elas olhar para as *coisas mesmas* e, na tomada de consciência (intencionalidade), elas percebem seu modo de estar no mundo, ou, como diz Edmund Husserl, apreendem (compreendem) a essência do fenômeno, voltam ao mundo do vivido.

Apoiada nos pressupostos metodológicos da fenomenologia, a presente pesquisa caminha em busca de desvelar como se dá a construção dos processos identitários da mulher, sob a fala originária das próprias mulheres, da experiência consciente do sujeito participante e como o olhar da medicina participa dessa subjetivação. Para tanto, primeiro utilizei a técnica de entrevista, que a fenomenologia considera como um encontro com características de empatia e intersubjetividade, possibilitando se colocar no lugar do outro. Dessa forma, a entrevista reflexiva é uma proposta que visa promover o diálogo, a horizontalidade na relação. Seu objetivo é atingir a subjetividade, o vivido mais ainda.

Confirmam essa idéia as seguintes falas de Szymanski (2004, p.15): “[...] o entrevistado pode voltar para a questão discutida e articulá-la de uma outra maneira em uma nova narrativa, a partir da narrativa do pesquisador” e “[...] partimos da constatação de

que a entrevista face a face é fundamentalmente uma situação de interação humana, em que estão em jogo as percepções do outro e de si, expectativas, sentimentos, preconceitos e reinterpretções para os protagonistas: entrevistador e entrevistado” (Szymanski, 2004, p.13).

Assim, a possibilidade de perceber como o fenômeno, apreendido inicialmente pelo aspecto individual emergido nas entrevistas, surgiu em expressão coletiva, levou-me a realizar um grupo focal - GF. A importância desse procedimento, por proporcionar um lugar privilegiado de legitimação do ser mulher, (re)conhecer-se mulher e revelar o constrangimento médico sofrido, estava em fazer as mulheres falarem sobre seus vividos, a fala do sujeito coletivo e, assim, poder identificar o que está para além do sujeito em particular.

### 2.3 Procedimentos de coleta de dados

De forma a ter um primeiro contato com a idéia central da pesquisa, o olhar médico sobre o corpo feminino, e confirmar se havia, nessas questões, um objeto de estudo viável e interessante, realizei um estudo-piloto, além da sondagem prévia nos *sites*, a fim de medir a receptividade do tema em diversos grupos sociais, conforme mencionado.

Para realização do estudo-piloto, tive, como aluna do mestrado, a oportunidade de participar do grupo de pesquisa *As ciências humanas e a saúde: religião e ética*, que vem sendo desenvolvida pelas professoras Dra. Tânia Mara Campos de Almeida e Ondina Pena Pereira e por alunas da Universidade Católica de Brasília, na Unidade de Saúde Sagrada Família, hoje Hospital da Universidade Católica de Brasília - HUCB.



Optei por fazer minhas observações e entrevistas na área de ginecologia e obstetrícia desse hospital, por ser um local de fácil acesso a várias mulheres, de diferentes realidades. Foi lá onde ouvi relatos de algumas mulheres sobre suas vivências, seus relacionamentos, suas experiências de vida, que se apresentaram atuais e relevantes na compreensão da mulher moderna e sua relação com o discurso médico hegemônico e conservador.

As seguintes proposições eram utilizadas como questões norteadoras da conversa: o que é ser mulher, quais os papéis das mulheres na sociedade, como ocorria o atendimento ginecológico, como era a relação com o(a) médico(a) e de que modo se caracterizava. E as seguintes frases, evidências das nossas conversas, mostraram ser realmente um tema relevante de pesquisa:

“Fiquei muito envergonhada, mas não disse nada e nem o médico e o estudante de medicina perceberam, pois eles estavam focados no exame”.

“O médico disse que, se eu não fosse mãe, estaria condenada”.

“Quando estou grávida, me sinto mais mulher, mais bonita”.

“Eu já sou Amélia. Eu, por mim, acho que a mulher perdeu muito com essa história de ser independente, porque a mulher não cuida mais da casa, não cuida mais dos filhos, então, eu acho isso muito errado, isso que está acontecendo”.

“As(os) médicas(os) fazem perguntas assim que incomodam, não deixam à vontade, não conversam antes, já vão fazendo perguntas... acho que pra mim foi muito prático já na primeira consulta. Chegam perguntado quantas vezes por semana você transa, se tem só um parceiro, coisas assim, perguntas muito íntimas, já direto”.

Assim, com uma primeira idéia de roteiro, consegui coletar importantes contribuições e reflexões sobre o que é ser mãe, o que é ser mulher e como essas mulheres construíram sua identidade feminina, tendo como referência o hospital, o atendimento e o

discurso médico ali emanado sobre elas. E pude, então, elaborar o roteiro utilizado tanto nas entrevistas quanto no GF desta pesquisa. (Apêndices A e B).

Os relatos foram emanados por um roteiro orientador, flexível porém. Ou seja, tal instrumento organizou meu pensamento e permitiu abranger os temas por onde passa a questão da construção da identidade da mulher e a relação dela com as/os médicas/os.

De forma a investigar os fatos, as opiniões sobre os fatos, os sentimentos e os motivos conscientes para opiniões e sentimentos, iniciei a coleta de dados pela realização de entrevistas reflexivas. Com a ajuda desse instrumento, eu pude alcançar os processos de subjetivação aí em jogo, ou seja, encontrei esses sujeitos que são capazes de serem autoras de suas próprias histórias e que puderam me dizer sobre seus constrangimentos.

Foi de fundamental importância esse encontro interpessoal, de forma a verificar, face a face, as trocas de crenças e valores, além das emoções e sentimentos. Nesse contato, surgiram as possibilidades de os sujeitos fazerem a troca consigo próprios, pois, na entrevista reflexiva, o(a) pesquisador(a) pode voltar-se aos sujeitos e lhes proporcionar o questionamento da dinâmica do pensamento reflexivo que circula para, então, ser aprofundado. Assim, os sujeitos entrevistados tiveram a oportunidade de pensar e refletir sobre seus processos de autoconhecimento, trocaram-nos consigo mesmos, com suas próprias experiências, motivados por mim, enquanto pesquisadora. Interagiram, também, comigo a partir das motivações que elas traziam para a entrevista.

Em específico, foram realizadas três entrevistas reflexivas, cada qual aprofundando a questão de constrangimento de gênero numa das especialidades (ginecologia-obstetrícia, pediatria e psiquiatria) da presente pesquisa, com uma duração média de uma hora e meia.

Após as entrevistas, foi, também, realizado um GF, de forma a verificar se o fenômeno não está só inscrito em subjetividades particulares. O GF é uma técnica não

diretiva utilizada na pesquisa qualitativa que visa promover a interação entre os participantes, a fim de discutir um determinado tema. Sua vantagem é a condição de promover uma discussão descontraída que facilite, aos participantes, expressarem suas opiniões. Apesar da particularidade de ser um grupo de tamanho reduzido, nem sempre é fácil a adesão de sujeitos. A dificuldade em promover um GF na pesquisa retratou bem essa realidade (Gomes & Barbosa, 1999).

A reunião do GF ocorreu em meu consultório de psicologia e seguiu de acordo com as orientações de Gomes e Barbosa (1999). Ou seja, nos pequenos momentos de silêncio, as mulheres foram convidadas a refletirem sobre o motivo da pausa. Não foi permitido a nenhuma mulher específica dominar o debate. Seus tempos de fala eram determinados, e o tema central da pesquisa foi sempre mantido como a linha condutora das conversas e narrativas.

Para o GF, foram confirmadas seis mulheres, sendo duas pacientes de cada especialidade médica. Feita a escolha das mulheres, elas foram chamadas para o GF mediante convite prévio (Apêndice C), que apresentava, sucintamente, o tema, além de informar que o trabalho teria uma duração média de duas horas, o local e o horário do encontro e o respeito às normas do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, nos moldes do projeto-piloto. Compareceram, porém, ao GF apenas quatro mulheres das convidadas. Uma dessas mulheres havia participado da entrevista reflexiva. Ela possivelmente chegou ao GF motivada pelos questionamentos da entrevista, já refletindo sobre aquilo que foi anteriormente pensado. Assim, ela foi determinante para colocar algumas questões sobre as quais, de alguma forma, ela já estava refletindo e trazer para o GF pontos de diálogo que proporcionassem um momento de troca social.

O grupo foi orientado por um roteiro de perguntas (Apêndice B) que tinha por objetivo fomentar discussões a respeito da opinião de mulheres sobre a realidade feminina e a construção da identidade da mulher. E, por ser uma pesquisa que trabalha com seres humanos, antes de cada atividade, foi entregue às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). A intenção era explicitar o objetivo da pesquisa, informar o sigilo e o anonimato aos quais a pesquisa estaria vinculada, mas principalmente para obter o consentimento das mesmas.

O registro das falas das mulheres entrevistadas foi gravado digitalmente em fita cassete, sempre autorizado pelas entrevistadas. A própria pesquisadora transcreveu os registros, para posterior análise de dados.

#### 2.4 Procedimentos de análise dos dados

Após a coleta de dados, o passo seguinte foi a análise das informações obtidas. O cuidado desta etapa segue, também, o viés qualitativo e fenomenológico, de forma a manter a coerência da pesquisa. Dessa forma, as leituras que foram feitas sobre as especificidades das entrevistas e do GF exigiram, de mim, um posicionamento inteiramente aberto, ou seja, livre de questões preconcebidas (*a priori*), de forma a compreender a leitura de vida das participantes.

Como a trajetória fenomenológica parte da compreensão do vivido, uma compreensão voltada para os significados do perceber, a análise dos dados por essa perspectiva foi orientada na escuta, compreensão e articulação entre pesquisas bibliográficas e relatos dos sujeitos. Os depoimentos de posições de vida e de compreensão de ser mulher, aprofundados nas entrevistas reflexivas e coletados no GF, serviram de base

para uma análise no sentido de constatar e avaliar de que forma ocorre a construção dos processos identitários da mulher e a maneira pela qual o discurso médico atual promove o fortalecimento do mito da fragilidade feminina, que tem como resultante os sofrimentos psíquicos, dúvidas e dificuldades de relacionamento da mulher com o outro e com seu corpo.

Os procedimentos de análise fenomenológica que fundamentam este trabalho se baseiam nas propostas de Giorgi (1989), AmatuZZi (1996) e Gomes (1998), cujas contribuições se desenvolvem na área da psicologia. Esses autores, baseados nas leituras de Husserl e Merleau-Ponty, apontam três momentos de análise: descrição fenomenológica, redução fenomenológica e interpretação fenomenológica.

Dessa forma, o primeiro passo é tomar conhecimento de todos os relatos para se ter uma visão geral e captar seu sentido diante do fenômeno da pesquisa. Aqui, as leituras foram feitas separadamente, pois cada procedimento de coleta de dados tinha diferentes intenções.

As entrevistas primavam pela profundidade e subjetividade do sujeito, e o GF, pela fala do coletivo de um grupo de mulheres. Após interagir com os relatos, seguiu-se a exploração do material, ou seja, discriminar as *unidades de significado*, o que aqui chamo de eixos temáticos, que têm o intuito de focalizar o fenômeno a ser pesquisado. Nesse momento, apareceram os pontos convergentes e divergentes expostos pelas mulheres pesquisadas.

Numa terceira etapa, após destacar as idéias-chave, busquei extrair relatos de forma a compreender o significado e acessar o vivido. Pôr a descoberto os significados mais velados do fenômeno.

Dessa forma, o método de análise buscou, por meio da linguagem, apreender das mulheres as expressões mais claras sobre as percepções que elas têm do que foi pesquisado. (Martins & Bicudo, 1989).

### 3. “SER MULHER”

Diferentes épocas e diferentes perspectivas têm elaborado estudos sobre a identidade feminina. De forma a compreender o que é ser mulher, busco, sobre essa complexa definição, concepções científicas e sociais, que foram incorporadas pelo senso comum. Tais concepções dirigem-se à legitimação da mulher no desempenho dos papéis de mãe, esposa e rainha do lar, o que limita sua condição de sujeito.

Para tanto, deter-me-ei aos movimentos feministas, como movimentos de contestação que recusam os estereótipos tradicionais femininos – atrelados, por exemplo, ao mito da fragilidade – em favor de novas identidades. Limitar-me-ei também aos estudos de gênero, que vêm rompendo as idéias biologizantes de naturalizar o corpo humano. Deparo-me, então, com um processo de construção identitário relacional, que elabora a identidade da mulher contemporânea pela desconstrução de antigos modelos impostos às mulheres.

É importante deixar claro que não é intenção deste trabalho fazer um levantamento exaustivo dos movimentos feministas, nem dos estudos de gênero. Busquei, em particular, estudos que revelam como se começou a construir a ruptura com o essencialismo, ou seja, com a naturalização da condição feminina muito difundida pela biologia. Os estudos de gênero aqui apresentados vieram, de alguma forma, influenciados pelos movimentos feministas, por tentarem romper com a idéia de que existe um determinismo biológico. Estrutura, esta, há tempos arraigada.

### 3.1 Processos identitários da mulher

No panorama atual, definir identidade tem sido interesse de várias áreas de estudo, como a antropologia, a sociologia e a psicologia. Assim, é um termo que vem sendo (re)construído sob várias perspectivas teóricas, no intuito de torná-lo mais fluido, mais relacional e instrumental atualmente.

Na perspectiva da psicologia social, Ciampa (2001) refere-se à identidade como um termo fundamental para a dissolução das dicotomias individual – social, biológico – social e para a integração entre o biológico – psicológico – social. Nas palavras do autor,

não podemos isolar, de um lado, todo um conjunto de elementos (biológicos, psicológicos, sociais, etc.) que podem caracterizar um indivíduo, identificando-o, e, de outro lado, a representação desse indivíduo, com uma espécie de duplicação mental ou simbólica, que expressaria a identidade do mesmo. (Ciampa, 2001, p.161).

O processo de construção da identidade é, na verdade, estruturado nas relações sociais, por meio da socialização. E, neste processo, o ser humano articula suas várias dimensões, criando a consciência de si mesmo e do outro e, assim, formando sua identidade na diferença. A identidade é, então, um processo de transformação constante, pois o indivíduo está sempre circulando entre contextos sociais.

Essa construção também é percebida no processo de formação da identidade feminina. As transformações das relações e das famílias, e ressignificação do lugar da mulher são exemplos de possibilidades de as mulheres reverem seu processo de transformação identitária e se tornarem, cada vez mais, autoras de suas histórias. (Ciampa, 2001).



Numa outra perspectiva, Carneiro (1993) afirma que esse processo de mudança da identidade da mulher contemporânea deve passar pela desconstrução de antigos modelos a ela impostos. Segundo a autora, identidade é um processo histórico-cultural constituído por diferenciações, baseadas em definições raciais e sexuais que são tratadas como inferioridade na cultura ocidental. Dessa forma, nas palavras da autora, “[...] a identidade feminina se explicitará em sua diferenciação em relação ao masculino” (Carneiro, 1993, p.187). Tal posição ratifica a idéia de que a identidade é algo que se constrói em oposição ao outro. O processo de construção da identidade se apresenta, então, na busca por reconhecimento das diferenças, e a alteridade se produz exatamente aí.

Estudos mais recentes, como os de Hall (2000, 2005) trazem, também, importantes contribuições na discussão sobre os processos identitários contemporâneos. Seus argumentos questionam as antigas formas de se ver a identidade como algo reificado. Sua dissolução baseia-se na fragmentação do sujeito moderno, irrompendo uma faceta múltipla dessa identidade. Essas afirmações remetem seu leitor, então, a pensar e questionar quais são as identidades modernas.

Na busca pela construção de identidades, Hall (2000) em seu texto *Quem precisa da identidade?*, entende que é pelo processo de subjetivação (experiências internas do sujeito) junto ao processo de identificação (experiências pautadas nas relações, efetivadas na diferença), ambos sempre em construção, que se articula a definição de identidade como conceito estratégico e posicional. Nessa perspectiva, as identidades são construídas dentro do discurso, nas e por meio das diferenças. A problemática emerge na diferença hierárquica, marcada por um poder masculino, pelo qual a vivência do feminino é percebida inferior. Essa questão justificou, por muito tempo, a proteção dos homens às

mulheres, além da sua subordinação destas a eles, o que aqui chamo de *o mito da fragilidade*.

Em seu livro *A identidade cultural na pós-modernidade*, Hall (2005) distingue três concepções de identidade: a identidade do sujeito do Iluminismo, a identidade do sujeito sociológico e a identidade do sujeito pós-moderno. De forma bem simples, pode-se definir o sujeito do Iluminismo enquanto um sujeito racional, de identidade fixa, estável e masculina. Segundo Hall, sabe-se que até a época da emersão dos estudos sobre as mulheres (décadas de 40 e 50), desenvolvidos a partir da primeira fase do movimento feminista, a visão do sujeito era Iluminista; sujeito cartesiano postulado por Descartes, ou seja, racional, pensante e consciente, situado no centro do conhecimento. Esse sujeito da razão passa, então, a ser inserido na Natureza pelo sujeito biologizado de Darwin, cuja razão tinha uma base na Natureza e a mente, um fundamento no desenvolvimento físico do cérebro.

Em paralelo, devido ao surgimento das novas ciências sociais, o sujeito passou, também, a ser inserido nas estruturas sociais. Tem-se assim o sujeito sociológico como um sujeito relacional, que forma sua identidade na sua interação com sua cultura. As transformações ocorreram de forma desigual, pois o sujeito cartesiano (mente e corpo) permaneceu na construção teórica da sociologia, enquanto o sujeito e seus processos mentais tornaram-se objetos de estudo da psicologia.

Por fim, o sujeito pós-moderno é um sujeito cuja identidade está em processo, ou seja, está sendo formada e transformada no que está no mundo e no que está mudando no mundo. Assim, na contemporaneidade, sua identidade é móvel, processual e inacabada. (Hall, 2005). O sujeito pós-moderno pode ser autor de sua história. Tem diversas

possibilidades de reconstruir sua identidade e mudar a própria vida. A rigidez foi quebrada, instituindo-se a fluidez.

A perspectiva apresentada por Hall de que a identidade é um processo que vai se produzindo frente a diferenças, ou seja, um processo de reconhecimento da alteridade, contribui para a presente pesquisa por possibilitar enxergar as diferentes dimensões da identidade da mulher. Isso vai ao encontro da perspectiva de gênero, que acaba exatamente por pluralizar a mulher. Já que uma de minhas buscas será a de compreender as facetas identitárias da mulher e dos papéis sociais relativos à dimensão do gênero, é interessante, então, entender o redimensionamento do conceito de processos identitários da mulher, que passaram a existir após os movimentos feministas na sociedade contemporânea.

### 3.2 Estudos e Movimentos Feministas

De modo geral, pode-se dizer que os movimentos feministas são resultados de um processo histórico proposto a denunciar as formas de opressão, romper silêncios de minorias e organizações tradicionais, tais como família e sociedade, na busca de superação das desigualdades entre homens e mulheres. Iniciado há décadas, trata-se de movimentos sociais de recuperação das mulheres na história da humanidade, que visa lhes dar voz, além de proporcionar o repensar sobre o feminino e o masculino, na busca de equanimidade entre os gêneros.

Boa parte da crença na inferioridade feminina está calcada em fatores biológicos e no modo como são vistos e valorizados. Assim, o movimento feminista luta, também, para mostrar que a hierarquia sexual não é fruto de uma fatalidade biológica, mas, sim, de processos históricos e ideológicos (Alves & Pitanguy, 2003).

Grosso modo, o movimento feminista desdobra-se em duas grandes *ondas*. Na primeira, início do século XIX, as mulheres lutavam pelo direito ao voto – sufragismo – e também pelo direito à educação. Alcançadas essas reivindicações, as mulheres começaram a votar e a fazer parte da academia científica. Passaram, então, a questionar a ciência, considerada misógina, ou seja, avessa às mulheres, e o porquê de as mulheres serem consideradas subalternas. Assim, a partir da década de 1960, temos a chamada segunda *onda*, que se caracteriza por ser um momento em que as mulheres se empenham, até hoje, em instaurar relações equânimes. (Louro, 1997).

Um dos livros clássicos e inauguradores dos questionamentos sobre a repressão da mulher é *O segundo sexo*, de Simone de Beauvoir (1980), em que o desenvolvimento psicológico da mulher e a educação recebida durante sua socialização foram analisados. A autora aborda aspectos ideológicos, biológicos, sociológicos, econômicos, antropológicos e psicológicos da condição da mulher no patriarcado, denunciando que a idéia da natureza como determinante da condição social e psíquica inferiores da mulher vem sendo construída por ideologias sexistas. A autora esclarece como a mulher foi socialmente se tornando mulher na nossa sociedade, pela biologia, pela psicanálise e pela história e pelas ideologias dominantes, além de revelar como essas vertentes do pensamento científico contribuem para o processo de subjetivação do feminino.

Beauvoir fez, então, críticas à forma de a biologia naturalizar o corpo humano. Discutiu a psicanálise freudiana do ponto de vista de se conceber a anatomia como destino, ou seja, como Freud determinou o sujeito sexualizado em suas vivências subjetivas e relacionamentos sociais. Além disso, questionou a maneira como Marx leu as relações econômicas e sociais, restabelecendo a hierarquia dos sexos e, assim, não rompendo com a subordinação feminina.

Dessa forma, *O segundo sexo* contribui para mostrar a correlação existente entre a subjetivação feminina e discursos científicos, ditos revolucionários, no Ocidente Moderno, sobre a natureza da mulher. Apesar de a realidade feminina de Beauvoir refletir os anos 40 e 50, não se está nada longe da atual realidade.

Hoje, existem, além da psicanálise, do marxismo e da biologia, também grandes braços ideológicos do patriarcado fortemente instalados na mídia, por exemplo, promotora do pensamento conservador e naturalizante sobre a mulher, que busca estar em consonância com a ciência dominante. Percebe-se isso pelas chamativas manchetes em jornais e revistas de grande circulação, como a matéria veiculada na revista *Veja* do dia 31 de agosto de 2005, *Eles vão ficar impossíveis*, que divulga um estudo feito por uma conceituada universidade britânica que *comprova* que o QI dos homens é, em média, cinco pontos mais altos do que o das mulheres e também em livros de auto-ajuda, de grande vendagem, tais como, *Por que os homens fazem sexo e as mulheres fazem amor?* (Pease, A. & Pease, B, 2000) e *Por que os homens mentem e as mulheres choram?* (Pease, A. & Pease, B, 2003), que apresentam áreas do cérebro como determinando o comportamento masculino e o feminino.

Dessa forma, o senso comum tem recebido reforço da idéia de que a mulher é mais frágil, seja pelos órgãos genitais, pelo tamanho do cérebro, pelo baixo nível de serotonina ou pela maior predisposição a doenças. Pensamentos estes que vêm sendo criticados pelos movimentos feministas em geral. São argumentos de fundo biológico que vêm sendo amplamente discutidos e desconstruídos, na tentativa de se fazer ver que as diferenças biológicas não são auto-evidentes e determinantes dos comportamentos sociais, mas são leituras com predisposições ideológicas que reforçam a inferioridade da mulher, conforme discutirei mais adiante.

### 3.3 Alguns estudos de gêneros

É de fundamental importância a redefinição da categoria mulher, elaborada pelos movimentos feministas, no que tange à percepção da transformação das identidades e dos papéis sociais relativos à dimensão de gênero. Tal fato contribui para a compreensão de como o processo de construção da identidade da mulher vai sendo repensado nas estruturas das relações de gênero. Dessa forma, na academia, ainda que atrelados aos movimentos feministas, alguns dos estudos de gênero se propuseram a rever as diversas formas de pensar a diferença entre os sexos.

Na década de 1930, a antropóloga Margaret Mead questionou o como e o porquê de as diferenças sexuais direcionarem as características dos povos. Na tentativa de compreender as diferenças sexuais impostas pela cultura e até onde a cultura realmente impõe essas diferenças, Mead (2000) estudou três sociedades das Ilhas do Pacífico, povos da Nova Guiné, dando origem a sua obra clássica *Sexo e temperamento*.

O estudo é a descrição de atitudes sociais de três sociedades ditas primitivas, em relação ao temperamento, baseado em evidentes diferenças sexuais. Relata, ainda, que cada ser humano pertence a um sexo, e cada cultura escolhe seus valores e o que irá valorizar. Logo, desde o nascimento, diferentes papéis e expectativas são atribuídos aos dois sexos, corroborando a idéia de que as construções sociais são fenômenos à parte dos fatos biológicos.

Dessa forma, Mead (2000) revela a mobilidade dos conceitos tradicionais sobre mulher e homem, sugerindo uma nova luz de entendimento sobre as diferenças sexuais nos diversos grupos observados. Tem-se, por exemplo, os Arapesh das montanhas, em que tanto o papel do homem quanto o da mulher é maternal. Os Mundugumor, outra tribo com

diferente conjunto de valores, na qual são as mulheres quem conduzem os trabalhos das tribos, trabalhos dos quais em outras tribos da Nova Guiné, as mulheres são isentas.

Pode-se considerar esse estudo de Mead como uma primeira introdução aos estudos de gênero nas ciências sociais. Com um olhar etnográfico e uma visão culturalista, a autora contribuiu para o avanço da discussão sobre a construção cultural de gênero, pelo seu estudo do que é ser mulher e ser homem nas sociedades melanésias. Ou seja, trata-se de uma importante contribuição para a retirada da biologia de seu lugar determinante. (Suárez, 2000).

Na trajetória do conceito de gênero, a década de 1970 surge com publicações mostrando a relação estabelecida entre o corpo feminino e sua função reprodutiva, evidenciando as desigualdades entre mulheres e homens marcadas pela natureza. Já na última década do século XX, a palavra gênero começa a descolar a mulher de sua natureza, de forma a viabilizar a equidade entre mulheres e homens. Como resposta, tem-se a desconstrução das desigualdades de sexo e a construção social de novas feminilidades e masculinidades (Suárez, 2000).

Sigo minha exposição sobre estudos do gênero, apoiada nos pensamentos da antropóloga Rita Segato, por ajudarem na investigação da quebra da condição natural da mulher e na compreensão dos processos de construção da identidade da mulher nas relações socioculturais. A autora postula, em seu texto *El género en la antropología y más allá de ella*<sup>2</sup>, a estruturação de gênero por níveis interrelacionados, que se sobrepõem, de forma a demonstrar como cada sujeito se inscreve nos diversos gêneros. Nível zero, *anatomia*, ou seja, o dado da natureza, o *macho* e a *fêmea* investidos de afetos, valores e cognição,

---

<sup>2</sup> Capítulo 2 do livro *Las estructuras elementales de la violencia – Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*.

elementos que constituem a cultura acrescido do olhar do outro. Nível um, introjeção do ser *homem* ou ser *mulher* a partir da percepção que o sujeito tem de seu próprio corpo. Nível dois, *a personalidade do gênero*, ou seja, o *masculino* e o *feminino*, que são as maneiras de vivenciar o sexo. Nível três, *orientação sexual*, que é a orientação preferencial do objeto libidinoso. Nível quatro, *comportamento sexual*, que é a postura passiva ou ativa nas interações sexuais e, no nível cinco, *papéis sociais*, que são as funções sociais, psíquicas e eróticas do homem e da mulher na sociedade, pautadas por uma ideologia dominante. Vale ressaltar, ainda, que Segato afirma que há a possibilidade de circulação nos registros afetivos no masculino e no feminino, apesar de ser uma circulação marcada pela ideologia que, muitas vezes, reduz o ser humano a lugares marcados por anatomias prescritas (Segato, 2003).

Logo, estudos como os de Segato reafirmam que o masculino e o feminino são definidos e representados de acordo com os componentes envolvidos nas relações sociais. Homem e mulher podem ser definidos enquanto papéis sociais, ou seja, na forma em que atuam na sociedade. Nessa perspectiva, a construção do gênero deriva, então, dos traços únicos de uma dada sociedade em que vivem, do ciclo de vida e das vivências subjetivas, de acordo com o pertencimento a uma raça, etnia e classe social. Os sujeitos recebem, então, significados diferentes sobre suas condições, por meio do(s) grupo(s) social(is) a que pertencem.

Segato (2003) relata que gênero é uma forma de organizar o mundo, incluindo o universo biológico. É por intermédio do que a autora chama de *primeira cena*, ou seja, do primeiro registro dos papéis, das características e expectativas de ser homem e mulher, passadas, geralmente, pela família, que cada um de nós começa a participar das relações de gênero, em qualquer estrutura social, incluindo a patriarcal. É por meio dessas relações que



o sujeito passa a se compreender e a se revelar na relação com o Outro. Ou seja, é na alteridade que a identidade individual emerge.

Cada sociedade explica as diferenças de seus integrantes à sua maneira. O Ocidente dá conta da alteridade por explicações científicas, que normatizam os comportamentos sociais e sexuais, pelo controle e pela medicalização, inclusive, do corpo feminino, como será detalhado no capítulo seguinte. Dessa forma, o discurso médico, baseado em argumentos biológicos, vem descrevendo as diferenças masculinas e femininas pelas características biológicas, limitando os papéis sociais e sexuais e não levando em conta os estudos de gênero.

### 3.4 Críticas ao determinismo biológico

Diferente dos olhares dos movimentos feministas e dos estudos de gênero sobre o determinismo biológico, a crítica feita por Lewontin, Rose e Kamin (1984) é realizada a partir de um olhar de *dentro* dos saberes científicos, pois trata-se de uma análise feita por um geneticista evolucionista, um neurobiólogo e um psicólogo, que atuam em grandes e renomados centros de produção de conhecimento do Ocidente. Os estudiosos criticam, de modo bem definido, o modelo biológico enquanto determinante dos modelos sociais. Seus argumentos são feitos numa perspectiva sistêmica, considerando o ser humano como um todo biopsicossocial.

Lewontin e cols. (1984) relatam que, por muito tempo, a ciência masculina, branca e europeia, esteve nas mãos dos homens. Uma ciência que não era neutra nem objetiva. Por trás dela, havia uma ideologia patriarcal, que mantinha uma posição conservadora do mundo. Logo, conservava-se a hierarquia, que era a maior justificativa da diferença e da

inferioridade pelos aparelhos anatômicos distintos pela genética e pelos hormônios. Em contraposição, os referidos estudiosos desenvolveram argumentos que lhes possibilitaram afirmar que a diferenciação hormonal não determina o comportamento social, nem a hierarquia sexual e nem a desigualdade. Mostram como as médias de generalização dos estudos necessitam de ajustes, por serem definidas por uma perspectiva ideológica.

Dessa forma, revelaram o modo como outros cientistas, respaldados por uma ciência que se diz neutra, reduziram os processos biológicos à esfera do imutável. Relataram, ainda, que, por meio de um olhar pautado pela ideologia, a qual promove as diferenças sexuais como inferioridade feminina, difundiram que somos determinados biologicamente e que nada poderá modificar nossa história. Afinal, a herança genética era por eles considerada a-histórica e imutável, isto é, já vem pronta e definida, não havendo espaço para discussão, apenas a engenharia genética teria o poder de modificá-la.

Ao analisar e expor a relação entre natureza humana e sociedade, Lewontin e cols. buscam discutir as formas com que as desigualdades em nossa sociedade vêm sendo explicadas e justificadas por argumentos de fundo biológico. A proposta desses cientistas é romper com a atual estrutura tecno-biologista, ir além das questões das diferenças anatômicas apontadas pela biologia e pela medicina, percebendo o organismo em relação com o outro e em relação à sociedade na qual está inserido. Sob essa perspectiva, tem-se a medicina para qual esse determinismo se apresenta como base para os saberes e as práticas médicas.

Logo, o reducionismo e o determinismo biológicos têm sido poderosos meios para explicar e manter diversas desigualdades observadas nas sociedades capitalistas, como a inferioridade genética, o domínio dos homens sobre as mulheres por intermédio da diferença sexual, a tendência feminina à fragilidade e docilidade, o papel social natural e o

desvio social. Essas são formas de preservar as desigualdades sociais que se encontram bastante entranhadas no discurso médico hegemônico. (Lewontin e cols., 1984).

## 4. OS SABERES MÉDICOS

Os médicos, além de estudarem as particularidades biológicas da mulher, definiram, a partir do corpo feminino, as suas funções sociais, respaldadas na natureza. Assim, relato aqui as formas pelas quais o olhar da medicina enxerga a mulher, no singular, como modelo único e universal, biologicamente essencializado. Abordo, também, o surgimento da medicina marcado na e pela diferença e um breve histórico sobre a ciência da mulher, a ciência do parto e da pediatria.

### 4.1 A *diferença* que respaldou o início da medicina

A leitura do livro *A invenção do sexo – corpo e gênero dos gregos a Freud*, de Laqueur (2001), se mostrou interessante para o presente estudo por relatar uma importante pesquisa histórica sobre o desenvolvimento do modelo de sexo único - um dos modelos históricos de como a biologia mantém os comportamentos sociais. O autor expõe que o modelo de sexo único manteve, por muito tempo, a genitália feminina como correspondente à masculina, porém invertida.

Após suas leituras de textos pré-iluministas, Laqueur identificou que, naquela época,

o *sexo*, ou o corpo, deviam ser compreendidos como o epifenômeno, enquanto que o *gênero*, que nós consideraríamos uma categoria cultural, era primário ou “real”. O gênero, homem e mulher, era muito importante e fazia parte da ordem das coisas; o sexo era convencional, embora a terminologia moderna torne essa reordenação sem sentido. Pelo menos, o que nós chamamos de sexo e gênero existiam em um “modelo de sexo único” explicitamente ligado em um círculo de significados. (Laqueur, 2001, p.19).

O autor afirma que, antes do século XVIII, sexo era uma categoria sociológica. Dessa forma, o lugar de ser homem e ser mulher na sociedade era garantido pela posição social.

Para retratar a concepção da mulher como ser imperfeito, Laqueur relata a metáfora dos olhos da toupeira, propagada por Galeno (século II d.C.). Expõe que os olhos da toupeira são estruturalmente iguais aos olhos dos outros animais, porém não abrem e, assim, a toupeira não enxerga. Os olhos estão ali, mas são imperfeitos. O mesmo aconteceria com a genitália feminina. Ela existe, como nos homens, porém é imperfeita, não se desenvolveu para pleno funcionamento.

Na Renascença, a dissecação de cadáveres manteve a hipótese vigente da supremacia masculina, sob o olhar do cientista cujo padrão ideológico era, e ainda é, o masculino. Foi apenas em 1759 que foi reproduzido o primeiro esqueleto feminino detalhado, em um livro de anatomia. Antes de tal data, era retratada, em livros de anatomia, uma única estrutura básica do corpo humano: o esqueleto masculino. Essas representações já nasceram marcadas pela política de poder do gênero. A crença era ver um corpo feminino inverso ao masculino, ou seja, o que atualmente chamamos de sexo feminino era visto como sexo masculino *frio* e *invertido*. Por essa perspectiva, a mulher não apresentava o mesmo *calor vital* do homem e, por isso, seu sexo não se desenvolvia para fora, mas, sim, para o interior do corpo. Assim, o útero era o escroto, os ovários, os testículos, a vulva, o prepúcio e a vagina, o pênis. (Laqueur, 2001).

Interessante é a afirmação de Laqueur sobre o modelo de sexo único que, segundo o autor, em verdade não foi testado, apesar de textos e imagens, por ter “[...] um conjunto de interpretações, prática clínica e experiência diária que o protegia de uma exposição ao que nós interpretaríamos como evidência contrária” (Laqueur, 2001, p.122). De certa forma,

havia uma insistência em fazer perdurar o modelo de sexo único, mantendo sempre o homem como referência universal.

Dessa forma, na Antiguidade, era a natureza que definia os papéis sociais. Essa natureza feminina continuou sendo justificada pela biologia, pela qual comportamentos vêm sendo determinados pela anatomia. Haja vista que, mesmo Colombo tendo descrito o clitóris em 1559, ele ainda era considerado análogo ao pênis, outro fator que manteve a teoria do sexo único.

Segundo Laqueur, o sexo que conhecemos foi inventado a partir do século XVIII, época em que a nova política cultural criou novas formas de interpretar o corpo feminino em relação ao masculino. Teve-se, então, a representação do sexo único em um mundo de dois sexos. Antes mesmo de Laqueur, Foucault (1988) relatou, em seus estudos sobre a história da sexualidade, a forma como, no século XVIII, o sexo tornou-se uma questão política, passando a ser regulado pelo discurso. Uma estratégia de regulação se deu pela problematização do corpo feminino, que foi assumida cientificamente pela medicina e demais saberes modernos.

Fundamentada na pesquisa histórica de Laqueur, Aleixo (2005) analisa os discursos acerca da mulher, da construção do seu corpo, sua sexualidade e seu sofrimento psíquico, apresentados em diversas áreas de estudo, incluindo a psicanálise freudiana. A autora se questiona até que ponto a psicanálise freudiana se libertou da concepção essencialista do feminino. Em resposta, tem-se que, apesar de o discurso de Freud inovar novas formas de compreensão acerca da mulher, sua criação permanece colada à visão de sua época sobre o feminino, com a qual não foi capaz de romper completamente.

## 4.2 A natureza feminina

Para resgatar o discurso médico sobre a *natureza feminina*, no século XIX, Vieira (2002) analisou documentos da época, as chamadas *theses inauguraes*, que eram teses de doutoramento obrigatório para obtenção do título de médico nas faculdades tanto do Rio de Janeiro quanto da Bahia. Era o discurso oficial da época. Assim, a autora faz um estudo das idéias médicas sobre a *natureza feminina* por meio dos temas educação sexual, natureza reprodutora, menstruação e sexualidade.

Como exemplo, têm-se as teses defendidas na década de 1880, cujo objetivo eram consolidar a educação de mulheres, enquanto fator importante para formar boas mães e boas reprodutoras. Outras teses inaugurais mostravam, também, o interesse na prevenção da saúde da mulher, precaução determinada por normas médicas rígidas. Trata-se de um discurso médico voltado para a medicalização do corpo feminino. (Vieira, 2002).

É, então, a partir das características do papel da medicina na estrutura social capitalista, responsáveis pela transformação do corpo feminino em objeto de saber e prática, que Vieira (2002) utiliza o termo *medicalização*. A autora relata que um dos fatores de grande influência no processo de medicalização é a constituição de uma medicina social, que tem por objetivo a higienização de espaços públicos e privados, além do controle social da sexualidade e da reprodução.

É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolve a reprodução humana, ao elaborar idéias que,

através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e conseqüente intervenção nesse corpo como estratégia social. (Vieira, 2002, p.24).

Outra maneira de tentar entender a *natureza feminina* se deu por intermédio de investigações dos fenômenos biológicos femininos. Assim, a menstruação, característica marcante da naturalização, é estudada numa tentativa de entender o corpo feminino. Teses inaugurais retrataram a menstruação como moléstia fisiológica, que poderia alterar inclusive o estado psíquico da mulher.

Os temas sexualidade e reprodução, também presentes no discurso médico do século XIX, subordinaram o corpo feminino ao controle médico. A sexualidade feminina – sexualidade procriadora – estava atrelada à reprodução e à função materna. Caso a mulher fugisse a essas qualificações naturais, ela estaria fora da norma, sendo, então, classificada como doente, degenerada e/ou mãe desnaturada. (Foucault, 1988).

De forma a controlar o exercício da sexualidade, à ciência do século XX ficou o encargo de dizer o que é permitido e o que é proibido na vivência sexual. A criação de regras e valores contribuiu para o aumento da repressão sexual. As interdições e proibições foram apropriadas pela sexologia, psicologia e medicina. (Chauí, 1991).

Chauí (1991) reconhece a ciência como repressora, além do pecado e da imoralidade. Dentro desse discurso científico, repressor e aceito verdadeiro, pode-se questionar se o discurso médico normatizador do sexo já não constituiu a mulher num lugar de fragilidade e inferioridade, pois os médicos definiam as mulheres pela sexualidade. A mulher *normal* deveria canalizar sua sexualidade para reprodução, mantendo-se passiva no ato sexual, já que não precisava ter ereção nem ejacular. As doenças femininas estavam associadas à sexualidade feminina, diretamente relacionadas aos órgãos sexuais femininos,



principalmente ao útero. Dessa forma, feminilidade e patologia se associaram no discurso médico.

#### 4.3 *As ciências da mulher*: a ciência da diferença e a ciência do parto

Em seu livro *A medicalização do corpo feminino*, Vieira (2002) investiga como o corpo feminino vem sendo historicamente construído como objeto da medicina e verifica de que forma o discurso médico se apropria de determinados temas e os reduz à sua condição biológica. Vieira afirma não ser possível versar sobre a questão do corpo feminino como objeto da medicina sem articular a condição biológica e a condição social de gênero.

O estudo dessa autora nos mostra de que modo a emergência do capitalismo no século XVIII deu início à redefinição da prática médica e de que forma a reconstrução da medicina ocorreu no final do século XVIII, época em que o saber médico se estruturou num novo modo de olhar e de falar sobre os corpos e seu funcionamento. Foi, então, no século XIX que se consolidou a nova prática médica, ou seja, “[...] a medicina como saber científico, que surge no contexto historicamente determinado da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos” (Vieira, 2002, p.20).

O século XIX no Brasil refletiu um cenário de grandes mudanças políticas e sociais, em que a sociedade vivia um processo de transição social para o capitalismo, criando a burguesia urbana e industrial. O abarrotamento das cidades requereu organização social, e a urbanização precisava de ordem. Esse novo contexto social foi responsável pela definição do papel do médico e de seu discurso. Com a concepção de integração das determinações biológicas às determinações sociais, a biologia passou a influir na organização da sociedade

pelas suas leis. A partir do século XIX, o médico assumiu um novo e amplo papel social, ao se transformar no educador da moral e dos costumes (Vieira, 2002).

Já Rohden (2001), ao analisar artigos, livros e teses de medicina no Brasil, percebe um esforço médico em diferenciar homens e mulheres, condizente com as qualidades intrínsecas a cada sexo, principalmente, as características socialmente atribuídas. Em grande parte de sua pesquisa, a autora encontrou nas teses argumentos de caráter biológico, esclarecedores da existência da diferença e das intervenções adequadas a cada um. O corpo definido por características físicas de homem e mulher é detentor, também, de características morais e psicológicas. Depara-se, por conseguinte, com a construção de uma ciência da diferença.

Para justificar as práticas de dominação existentes, os discursos médicos tiveram de formular teorias sobre as diferenças sexuais, transformando o corpo da mulher em objeto analisável e mensurável. Tal fato aprisionou a mulher ao seu corpo de forma a justificar uma nova ciência que ratificasse a verdadeira alteridade feminina e, assim, mantivesse a naturalização das diferenças sexuais, que vinha sendo produzida desde o século XVIII. Vê-se a intensificação de estudos médicos sobre o corpo da mulher, na intenção de entender a natureza feminina e compreender quem é a mulher. Esse interesse gestou, no século XX, uma medicina especializada na mulher: a ginecologia. (Martins, 2004).

Em paralelo, a partir do século XIX, as escolas médicas começaram a tratar da condição da mulher na sociedade. Com o desenvolvimento da disciplina obstetrícia, as parteiras perderam espaço para os médicos que, como os novos detentores do conhecimento do corpo feminino, passaram a medicalizar a gestação e hospitalizar o parto. Foram os avanços teóricos e práticos da medicina, bem como a criação e utilização de hospitais-clínicas que exaltaram o prestígio da obstetrícia. Assim, no final do século XIX, a

obstetrícia torna-se especialidade legítima da medicina, sob o poder dos homens. (Spink, 2003).

Com a legitimação da obstetrícia e a aprovação da Lei das Parteiras, no ano de 1902, a parteira passou a cuidar dos casos simples, ou seja, de processos ditos naturais, como o parto vaginal. Já o médico obstetra era responsável pelas intervenções de maiores riscos: as complicações no parto, que necessitavam de cesárea e intervenções instrumentais (fórceps). Tal situação se desenhou até a medicalização do parto, na qual o parto se tornou um verdadeiro risco em potencial, tanto para mãe quanto para o bebê. E, por serem as mulheres consideradas naturalmente frágeis, elas necessitavam de total cuidado e atenção qualificada. Dessa forma, o parto acabou efetivando-se, exclusivamente, enquanto prática médica e o hospital o local mais seguro para a sua realização. (Spink, 2003).

A ciência do parto foi de fundamental importância para a criação da obstetrícia. Numa linguagem científica, os médicos passaram a dominar esse campo por meio de minuciosos estudos sobre o corpo da mulher, os movimentos do feto, o mecanismo do parto, o mapeamento do corpo feminino e o desenvolvimento de tecnologias específicas. Como as mulheres não tinham acesso aos estudos, esse conhecimento científico tornou-se inacessível às parteiras, o que limitou o poder do parto aos médicos. Além dessa questão, a tradição do conhecimento popular também provocou aumento nos conflitos entre médicos e parteiras, já que as parteiras tinham a visão do parto como um fato social, psicológico e biológico. Elas ofereciam apoio além da intervenção no corpo, a visão da parturiente como pessoa; enquanto os obstetras focavam a atenção somente ao processo de nascimento. (Spink, 2003).

Na busca de um exclusivo campo profissional, os médicos investiram em estudos anatômicos para desbancar as parteiras. As intensas pesquisas resultaram em grandes

tratados, nos quais o corpo da mulher era analisado em todo seu processo de transformação, assim como a introdução de instrumentos com a finalidade de dominar o campo. Dessa forma, o parto, que antes era marginalizado dentro do campo médico, passou a ser valorizado e controlado, na medida em que os médicos passaram a se especializar no corpo feminino.

#### 4.4 Outra especialidade da medicina: a pediatria

A consolidação da medicina no Brasil, no século XIX, apresentou dois momentos importantes: o primeiro vai até 1870, época em que os discursos médicos apontaram a higiene pública como saída para ordenação social e questões de saúde e doença. O segundo momento seria a partir de 1870 até 1910, época em que o discurso médico higienista organizou e iniciou o controle do social, incluindo o papel da mulher. (Nunes, 1982, Em: Vieira, 2002).

A higiene pública é uma estratégia de nacionalização, sentimentos e condutas que passaram a ser manipuladas pelo médico e pelo Estado. Costa (1983, p.36) atribui o termo higienista “[...] aos profissionais de medicina que funcionaram como teóricos ou executores da política de higienização das cidades, da população e da família”. No início do século XIX, os meios jurídicos legais não dispunham de gente suficiente para vigiar e controlar e eram incompetentes para introduzir-se no convívio familiar, além de que a administração portuguesa era deficiente. Tais fatores contribuíram para a inserção do dispositivo médico no seio familiar. Assim, o movimento higienista foi o responsável pela imposição da figura do médico à família, surgindo, o médico de família (Costa, 1983).

Costa (1983) mostra, também, de que forma a educação e o cuidado das crianças ganhou a importância que tem hoje, como os pais modificaram suas relações com os filhos e de que forma a família passou a ser vista como local exclusivo de proteção e cuidados da infância. O ideal de família higiênica visava ter um pai materialmente protetor e uma mãe educadora. Dessa forma, o discurso médico criou argumentos para provar sua crença na condição maternal da mulher e a tornou sua aliada. A partir de então, a mulher torna-se também educadora e cuidadora do lar e, como tal, também responsável pela saúde dos(as) filhos(as).

O estudo histórico de Ariès (1981) sobre a infância aponta para o fato de que, por muitos séculos, a criança foi considerada adulto em miniatura. De um sentimento inicial de indiferença, a criança começou a ser vista de forma única, surgindo vestuários e brinquedos infantis, creches e leis de proteção à criança. Esse reconhecimento da singularidade do tempo de infância fez possível o nascimento da pediatria dentro da medicina.

Dessa forma, no século XIX, com o avanço dos estudos científicos sobre a criança, sua anatomia, sua fisiologia, suas enfermidades e sua terapêutica, surgiu um novo ramo da medicina: a pediatria. Especialidade médica, esta, em que o relacionamento pediatra – criança é mediado pela mãe. (Orlandi, 1985).

Ainda hoje a criança tem sido alvo de normas traçadas pela família e pelos médicos. Ao se apropriar de modelos médicos, pedagógicos e psicológicos, inúmeros são os manuais de orientação a pais e educadores que vêm sendo redigidos. Repletos de dados como tabelas de medidas, de peso e de estatura para cada idade prescrevem como tratar e educar as crianças.

Há autores com grande aceitação junto ao público de pais e educadores leitores, como, por exemplo, De Lamare. O médico é autor do livro *A vida do bebê*, cuja primeira

edição foi publicada em 1941 e até os dias atuais é muito vendida. Durante a leitura, pode-se perceber discursos psicológicos, pedagógicos, médicos e mesmo teológicos, defendendo argumentos morais sobre a responsabilidade de ser mãe.

Alguns excertos do livro pesquisado permitem uma melhor compreensão de como os discursos são tecidos em favor do papel de mulher, equivalendo ao de mãe e esposa, de forma ideológica e baseada em saberes ditos científicos: “[...] o casamento é a solução que a Igreja e a Sociedade encontraram para a conservação da espécie”. “Os filhos devem nascer, porque esta é a lei suprema da vida [...]”. “[...] surpreendentemente, esta capacidade vai aparecendo aos poucos, e a tarefa de criar seu filho irá se tornando cada dia mais fácil e mais feliz”. “[...] o pai deve ser um bom marido; a mãe tranqüila, sem problemas emotivos, tem boa produção de leite [...]”. “Conselhos para a mãe ter um bom relacionamento com o seu recém-nascido, facilitando a sua educação e conquistando o seu amor”. “Naturalmente, não é possível ensinar à mãe como proceder nas mais variadas ocasiões porque a solução e as medidas a serem tomadas dependem do grau de inteligência, educação, estado emocional de sua mãe e de seu pai”. (De Lamare, 2000, p.11-310 passim).

#### 4.5 Discurso médico atual: as inovações de um projeto pedagógico

A pesquisa *As ciências humanas e a saúde: implicações teórico-metodológicas na formação médica*<sup>3</sup> (2002-2004) buscou, dentre outros objetivos, investigar se as atuais práticas educativas relativas à saúde permanecem com a visão fragmentária do ser humano. Ao observar os estudantes de medicina da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da

---

<sup>3</sup> Projeto de pesquisa coordenado pelas Professoras Doutoradas Tânia Mara Campos de Almeida e Ondina Pena Pereira, na Universidade Católica de Brasília.

Saúde – FEPECS - do Distrito Federal, encontrou-se uma manutenção da excessiva biologização na educação médica. Ou seja, a relação de ensino-aprendizagem não tem levado em conta o ser humano em sua totalidade na formação médica atual.

O projeto pedagógico da referida faculdade é considerado inovador, por ter em sua proposta olhar o ser humano em sua globalidade. Nos dois anos de observações etnográficas, porém, o grupo se deparou com a construção da identidade feminina colada em suas características biológicas, amarrada à heterossexualidade, à maternidade e à monogamia. Ou seja, às(aos) alunas(os) de medicina foi apresentada uma mulher reduzida a suas características biológicas e no desempenho de um único papel social: ser mãe.

De acordo com as idéias higienistas do passado, a medicina continua a ter a mulher como a responsável no cuidado com a família. Seja no papel de mãe, seja no papel de esposa, a ela fica a responsabilidade para com a medicação da sua família e com o contato com o médico em relação a todos os membros dessa família.

A pesquisa encontrou um discurso médico biologizante e androcêntrico no modelo de ensino-aprendizagem da referida faculdade de medicina. Deparou-se, também, com a dificuldade das mulheres comuns em se perceberem fora do modelo biomédico. Nas observações etnográficas, foram reunidas as seguintes reflexões: “[...] ficava ainda evidente a falta de autonomia da mulher sobre seu corpo, falta de espaço para o desejo de não ter filhos(as) e a falta de enunciações de suas próprias percepções e representações de si mesmas fora do modelo biomédico e do modelo tradicional de ensino-aprendizagem” (Almeida, Silva, Pinto, Batista e Freitas, no prelo).

Dessa forma, mesmo existindo algumas iniciativas assim inovadoras, percebo, junto às outras pesquisadoras, que apesar de essa ser uma perspectiva de aproximação das

ciências sociais, ainda não deu conta de desnaturalizar a mulher. Isso evidencia quão forte e poderoso ainda é o discurso biologizante.



## 5. HISTERIA: UMA QUESTÃO FEMININA

“Depois dessa crise nervosa que tive, meu marido e minha mãe me levaram imediatamente ao psiquiatra. Segundo o médico, toda a crise que tive foi por eu estar na TPM (tensão pré-menstrual). Mas eu disse a ele que não era possível, pois meu período menstrual acabara anteontem e a crise foi ontem. Segundo ele, são resquícios da TPM e toda mulher está sujeita a essas crises nervosas. Receitou, então, dois remédios, um para controlar a TPM e o outro para dormir”. (Relato clínico de uma paciente de 27 anos que teve uma reação nervosa durante uma discussão com o marido).

Recentemente, num programa feminino de grande audiência na televisão a cabo, ouvi uma das apresentadoras afirmar ser da mulher o que ela chamou de *bipolaridade feminina universal*, o que Freud já havia chamado anteriormente de histeria. Segundo o programa, cólicas menstruais, alterações hormonais, síndrome pré-menstrual, depressão e ansiedade são naturais na mulher. São questões femininas que podem gerar conseqüências comportamentais capazes de fazer com que a mulher tome atitudes diversas ao seu estilo de vida. Foi, também, afirmado que é naturalmente da mulher perder o controle dos impulsos, ter dificuldade em se comunicar, ter problemas de relacionamento por conta das alterações físicas, psicológicas e comportamentais a que toda mulher está sujeita, simplesmente por ser mulher. Fala que foi ratificada por um psiquiatra presente no programa.

Quem mostrou um saber sobre a mulher fundamentado num corpo, numa *natureza* imutável, portanto, passível de controle, foi Freud, no final século XIX. Assim, o eixo de discussão ora aqui apresentada será a compreensão do que o discurso da histeria, em alguns textos de Sigmund Freud e na psiquiatria, provoca na construção identitária da mulher.

## 5.1 Estudos sobre histeria

A primeira publicação de Freud sobre histeria foi *Estudos sobre a histeria*, em 1895, junto com Josef Breuer. Esse estudo foi considerado um dos pontos de partida da psicanálise por tratar da hipnose, da associação livre, do método catártico, além do descobrimento do até então desconhecido *inconsciente*. Os médicos Sigmund Freud e Josef Breuer começaram a estudar a histeria, mas, por *divergências científicas*, mudaram seus rumos. Freud queria transitar os estudos sobre a histeria entre o fisiológico e o psicológico e Breuer desejava tratar a histeria puramente pelo psicológico, sendo o ponto crucial da discórdia a questão sexual na origem da histeria. Freud afirmou, então, que o leito conjugal é o disparador da maioria das neuroses graves nas mulheres. (Freud, 1895).

A neurose é uma expressão do indivíduo de sua incapacidade em manter um equilíbrio da vida interior e um bom grau de adaptação à realidade do mundo. A/O neurótica/o sofre, literalmente, o transtorno, pois ela/e sabe que tem algo errado e, por ter consciência da doença, o próprio sujeito procura tratamento, como as analisandas de Freud o fizeram. Para a psicanálise, há cinco tipos de estrutura neurótica: de angústia, histeria, obsessivo-compulsivo, fobia e depressão. No presente estudo, vou me ater apenas à histeria, pois o estudo desta coloca em discussão a constituição feminina, tanto na psicanálise quanto no discurso médico em geral.

Os casos estudados por Freud se explicam no relato de questões sexuais (abuso, abstinência, ninfomania) como fatores causais e mantenedores da histeria, mais pelo excesso de excitação do que pela falta. Ele afirma que “[...] o estado histérico é um efeito tardio e duradouro de uma emoção vivida no passado” (Freud, 1896). Dessa forma, acredita que as lembranças determinantes dos sintomas da histeria persistem por muito tempo,

inclusive a questão do afeto, importante na etiologia da histeria, se mantém vívida. Freud não acredita na histeria como fraqueza psíquica nata. Ele crê que a capacidade de adquirir a histeria está ligada a idiossincrasias (*excitabilidade anormal do sistema nervoso*) da pessoa em questão. O excesso de excitação se desloca para alguma parte do corpo, geralmente, a parte ligada à história de afeto da pessoa em questão.

Nesta perspectiva, a histeria é um sintoma de ser mulher, um caráter feminino por meio do qual qualquer mulher pode, a qualquer momento, descompensar. Ou seja, está presente no organismo feminino uma incapacidade de o organismo restabelecer equilíbrio físico ou mental. A mulher pode, a qualquer tempo, apresentar um comportamento inusitado. Essa descompensação se apresentaria por intermédio da falta de cuidado da mulher com o lar, do não desejo da mulher em se tornar mãe e esposa, da falta ou excesso de desejo sexual. É interessante notar que a histérica não era considerada louca, pois se acreditava que ela tinha consciência de seus atos, o que a tornava, sim, mais perigosa.

Em seus estudos, Freud seguiu o pensamento burguês dominante da época. Os olhos desse período se voltavam para a condição feminina, via olhares político, educacional, social e sexual. Gay (1988) relata que as mulheres burguesas eram, ao menos se esperava que fossem, tímidas, obedientes, esposas, sexualmente anestesiadas, direcionadas para os afazeres domésticos e para a educação dos filhos. Era gritante o cerceamento dos impulsos sexuais. A herança dessa época é a da mulher enquadrada no papel da mãe, da esposa e da rainha do lar, fragilizada e sempre dependente de um homem (pai, irmão, marido).

Sob esse pensamento, Freud acreditava no modelo pelo qual a sexualidade era constituída por um princípio único, ou seja, existiria a primazia do órgão sexual masculino sobre o feminino, e a sexualidade dos homens deveria ser pensada como o modelo da

sexualidade humana. Assim, acreditava que o processo de sexuação se dava na diferença anatômica, reforçando, desse modo, o naturalismo.

Em seu livro *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), Freud já afirmava que a primeira distinção que fazemos do ser humano é física, se ele é homem ou mulher, definindo, assim, sua identidade sexual. Acreditava-se que, a partir da puberdade, os caracteres femininos e masculinos são nitidamente diferenciados e que a pulsão sexual encontra seu objeto sexual. Então, começa a diferenciação do desenvolvimento no menino e na menina. Ambos apresentam tendência a atividades auto-eróticas, sendo que, nas meninas, há inclinação ao recalçamento e à passividade e, nos meninos, há o avanço da libido. Nessa perspectiva da diferença da anatomia dos órgãos genitais, ou seja, a presença ou ausência do pênis, Freud teorizou o desenvolvimento psicosexual infantil.

Freud (1905) acreditava que a vida sexual infantil era essencialmente auto-erótica e de pulsões parciais. Dividiu o desenvolvimento infantil em fases, nas quais observava a supremacia de uma zona erógena, a região do corpo que, sob determinados tipos de estimulação, provoca uma sensação prazerosa. Ao estudar o desenvolvimento sexual infantil, Freud mostrou grande interesse pelos genitais e em sua atividade. Segundo o psicanalista, a descoberta e preocupação na diferença entre meninos e meninas ocorrem por volta dos três anos. Essa fase, denominada fase fálica, promoverá as organizações psicológicas de masculino e feminino e criará modelos relacionais entre homens e mulheres. É a fase em que ocorrem o *Complexo de Édipo* e o *Complexo de Castração*. (Freud, 1923).

Após a resolução desses complexos, temos o período de latência, que é o período de sublimação, ou seja, da canalização da libido para o desenvolvimento social. Esta é seguida pela fase genital, na qual a zona sexual principal do homem é o pênis (falo), e na mulher

duas zonas sexuais principais, a vagina e o clitóris. A mulher atingiria sua maturidade quando direcionasse sua sexualidade exclusivamente para a vagina. Em tal período, o indivíduo atinge o pleno desenvolvimento do adulto normal, pois já ocorreram as adaptações biológicas e psicológicas, as discriminações do papel sexual e do desenvolvimento intelectual e social.

Freud deu, então, ênfase aos seis primeiros anos de vida da pessoa por acreditar que os adultos são determinados pelas experiências da infância. O *Complexo de Édipo* é fator básico da personalidade humana, promovendo a estruturação da identidade sexual. É um conflito que envolve três personagens: o pai, a mãe e a criança. No menino, seu primeiro objeto de amor é a mãe, que dele cuida e o ama, e continua sendo o objeto de luta pelo amor em rivalidade com o pai. Nesse conflito, há um superinvestimento da posse do pênis e a angústia da castração. O fim do *Complexo de Édipo* no menino se dá pela idéia de castração, pois a ausência de pênis no outro, ou seja, na mulher, se dá por algo errado que se fez. Na menina, seu primeiro objeto de amor é, também, a mãe, mas ela tem de fazer a troca da mãe pelo pai, tem de desligar-se da mãe. A percepção de não ter um pênis dá início ao *Complexo de Édipo feminino*. A vagina é ignorada, sendo atividade sexual (masturbação) clitoridiana, ou seja, estimulação do pênis diminuído. A angústia de castração da menina se dá pela inveja do pênis, aquele que foi perdido. Assim, o desenvolvimento da menina é marcado pela descoberta de ser castrada. Nesse caso, o complexo de castração é preparador para o complexo de Édipo feminino. Sendo a mãe a agente da perda, a menina busca pelo pai enquanto objeto de amor, substituindo o desejo de ter um pênis pelo desejo de ser mãe. Segundo Freud, a mulher se dá conta da superioridade masculina e de sua própria inferioridade quando, na menina, ocorre a descoberta da possibilidade de castração, o complexo de castração (Freud, 1924a).

Ao continuar seus estudos, Freud, em seu texto *Dissolução do Complexo de Édipo* (1924b), nos relata que o complexo de Édipo oferece à criança a possibilidade de satisfação ativa ou de satisfação passiva. Em outras palavras, a criança pode se portar à maneira masculina ou feminina. Com o complexo de castração, porém, a mulher fica predefinida à condição feminina, de maneira a preparar a menina para seus papéis posteriores de mãe e esposa, os desejos de ter um pênis e, posteriormente, um filho ajudam, também, nessa preparação de menina para mulher.

A partir das articulações de Freud sobre o que é ser mulher, pode-se perceber que, para ele, tornar-se mulher é uma experiência marcada pelo sentimento de inferioridade oriundo da anatomia, que será determinante no processo de subjetivação feminina. O masculino, o falo, é o modelo de perfeição, restando para as mulheres a imperfeição, a incompletude. (Freud, 1931).

Sabe-se que Freud formulou todas as suas hipóteses sobre a sexualidade feminina ao longo de sua obra, que ficou inacabada. Muitas vezes, ele nos mostra nitidamente a ambivalência de sua teoria, que circulava entre a educação feminina e a natureza feminina. Pois, apesar de as funções das mulheres serem naturalmente designadas, elas eram educadas para tal papel, passando então a questionar sua visão naturalizadora de ser mulher para a visão de vir a ser mulher. (Freud, 1932).

Dessa forma, na leitura dos textos de Freud sobre sexualidade, é observado que ele parte do desenvolvimento da sexualidade infantil, acabando por repensar a sexualidade feminina a partir da masculina, chegando ao pensamento da mulher e suas especificidades. Sabe-se, então, que, ao se deparar com uma pessoa, a primeira distinção simplista que fazemos é se é homem ou mulher, a anatomia é o primeiro referencial. A masculinidade e a

feminilidade vão, porém, além da questão anatômica. A pessoa, sendo homem ou mulher, pode se comportar, em variadas situações, de modo mais masculino e/ou mais feminino.

## 5.2 Discurso médico sobre a questão feminina na Histeria

Os estudos do século XIX apresentam a histeria como uma patologia presente na mulher. Era uma época na qual o sexo feminino estava exposto à submissão e à opressão. Qualquer negação à dominação, que caracterizava a existência de uma feminilidade rebelde e perigosa, era um motivo para diagnosticar a mulher como histérica. Assim, a questão era: quem era a histérica? A histérica era a mulher que negava sua posição passiva de renúncia e submissão, além de protestar contra a dominação masculina vigente. (Nunes, 2000).

Entendo, assim, que estudar a histeria era estudar a mulher, pois o estudo da histeria foi um modo de desvendar a natureza feminina, considerada como incompreensível. Esse esforço resgatou uma mulher marcada pela natureza, por aquilo que o corpo a ela determina, já que o útero, considerado no discurso médico o principal órgão feminino, era considerado a sede da histeria.

O discurso médico, regulador da sexualidade e do corpo femininos, dividiu as causas da histeria em dois tópicos. Em um, a gênese se daria por intermédio da sexualidade: pela recusa ao casamento, recusa à procriação (tanto a voluntária quanto a infertilidade), ausência de relação sexual sem fins procriativos, excesso de desejo sexual (ninfomania) e adultério. No outro, a origem seria não sexual: fanatismo religioso e não seguir o modelo de dona de casa. Em suma, não corresponder ao ideal burguês de feminilidade, de ser boa mãe e boa esposa.

Assim, uma questão a ser pensada é como reconhecer ou negar o prazer feminino já que a mulher, essencialmente mãe, não deveria sentir desejo sexual, pois seu instinto materno deveria anular o prazer sexual. O que se sabe é que a mulher deveria submeter-se ao ato sexual a fim de procriar e satisfazer o desejo sexual do seu marido. Destaca-se, então, outra terapêutica relatada pelos discursos médicos: o casamento. Aparece aí, porém, outro paradoxo, pois o casamento poderia tanto melhorar quanto agravar o caso de histeria. Dependeria se a mulher seguiria, ou não, sua suposta natureza feminina.

Na metade do século XIX, nasceu a psiquiatria como especialidade médica. A partir desse momento, o comportamento anormal passou a ser tratado e explicado de diversas maneiras em diferentes momentos.

O primeiro estudo realizado no Brasil sobre histeria foi no ano de 1838, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pelo Dr. Rodrigo José Maurício Júnior. Ele definiu a histeria como uma disfunção sediada no útero, sede dos males da mulher. Para esse autor, a histeria se apresentava intimamente relacionada à sexualidade, já que suas causas provinham da masturbação e do excesso de prazer. (Engel, 2004). Dr. Rodrigo acreditava também que os ataques histéricos apareciam entre o início e o fim da vida sexual da mulher (menarca e menopausa). A partir desses estudos, ele estabeleceu a relação: histeria – útero – mulher.

Citando Franco da Rocha (1904), Engel (2004, p.346) aponta a seguinte definição de histeria: “[...] a histeria nada mais é que a exacerbação de traços tradicionalmente atribuídos à mulher normal: fraqueza de vontade, hipersensibilidade, emotividade, imaginação ‘desregrada’, ‘incapacidade de esforços acurados do pensamento’, predomínio dos reflexos sobre a reflexão e o juízo, vaidade, leviandade, sugestibilidade”. Dessa forma,



Franco da Rocha, ainda citado por Engel, relatou características consideradas femininas, por médicos, como características essenciais das histéricas.

Outros estudiosos do século XIX e XX, por exemplo, Dr. José Celestino Soares e Manoel Francisco de Oliveira, dentre outros, afirmavam, cientificamente, que a origem da histeria era o cérebro, não o útero. Tal afirmação, porém, não rompia a relação: histeria – útero – mulher, pois se acreditava que o cérebro feminino era controlado pelo útero, pensamento que mantinha a relação com o feminino.

Assim, no século XIX, considerava-se que o próprio corpo feminino, no qual ocorrem a gravidez, a menstruação e o parto abrigava, devido a essas mudanças orgânicas, predisposições à doença mental; o que coloca a mulher próxima à loucura. Portanto, as situações que consideram a mulher como doente mental estão diretamente ligadas à sexualidade, já que seu corpo era um “[...] lugar de ambigüidades e espaço por excelência da loucura, o corpo e a sexualidade femininos inspirariam grande temor aos médicos e aos alienistas, constituindo-se em alvo prioritário das intervenções normalizadoras da medicina e da psiquiatria”. (Engel, 2004, p. 333).

Considerou, então, a menstruação como um fator importante no diagnóstico médico psiquiátrico, sendo a menarca e a menopausa tidas como momentos altamente convenientes para o surgimento de distúrbios mentais, além da preocupação se o sangramento apresentava-se de forma abundante, ausente ou escassa, o que caracterizava *anormalidade*.

Quanto à maternidade, há um paradoxo na perspectiva médica: se a maternidade é capaz de prevenir e curar distúrbios psicológicos, que de alguma forma tem relação com a sexualidade feminina, como os momentos de gravidez, parto e pós-parto podem ser vistos como momentos propícios para o aparecimento de tais distúrbios?. Portanto, se a mulher, por algum motivo, não cumprisse os papéis a que estava naturalmente destinada, era

considerada doente, histérica; ou seja, a *cura* se efetivaria por meio da incorporação do papel de mãe-esposa. Sem saída, a mulher se via diante da maternidade que era naturalmente destinada a ela e, recusá-la, seria sua maior loucura.

Vê-se, assim, uma psiquiatria organicista no século XIX e início do século XX que associou os distúrbios mentais à fisiologia feminina, ao aparelho genital. Sob tal perspectiva, os procedimentos terapêuticos, que hoje podem ser considerados torturantes, eram a extirpação do clitóris, introdução do gelo na vagina e a intervenção cirúrgica ginecológica, de modo a controlar o excesso de sexualidade feminina. (Engel, 2004).

## **6. A VOZ DAS MULHERES: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo é resultado dos dados obtidos a partir das experiências de mulheres que participaram das entrevistas reflexivas e do GF, bem como da elaboração de uma reflexão a seu respeito. Elas narraram suas vidas, em especial, fatos que foram marcantes para elas ao longo de suas trajetórias, no que se refere às suas percepções e constatações sobre o que é ser mulher. Aqui, apresento suas vozes, discutindo-as de modo organizado e sistematizado, tendo como referência eixos temáticos que emergiram na leitura dos dados coletados e nas suposições e proposições teóricas orientadoras deste trabalho.

De maneira a ficar mais clara a reflexão e apresentar algumas entrevistadas, exponho as falas coletadas nas entrevistas reflexivas em forma de narrativas dos próprios sujeitos e resumidamente por mim em pequenos textos. Em seguida, analiso suas vozes, levando em conta as frases dos seus discursos mais significativas em relação aos eixos temáticos que emergiram durante o contato com o material coletado. Temas, estes, relevantes na busca da compreensão dos processos identitários da mulher, tendo como referência o olhar da medicina em tais processos. Após a discussão dessas entrevistas, segue um quadro comparativo (Quadro 1) dos dados, a fim de colocá-los em evidência em suas aproximações e distinções marcantes, enquanto núcleos de sentido de todo o material coletado.

Para expor o relato coletivo do grupo focal, também utilizo um quadro comparativo em moldes semelhantes ao anterior (Quadro 2), de forma a facilitar a visualização das convergências e divergências entre os sujeitos, bem como a apreensão de um pensamento

mais coletivo sobre o assunto. Já que sua elaboração ocorreu dentro dos mesmos moldes que a análise das entrevistas, ou seja, ele também foi estruturado a partir de eixos temáticos com as falas mais expressivas das participantes do GF. Em seguida a esse segundo quadro, desenvolvo um pouco mais a reflexão acerca desses pontos de aproximação e de diferenças dos discursos como um todo, tanto os individuais como em conjunto, das mulheres pesquisadas.

### 6.1 Narrativas individuais

Na condição de narrativas individuais, são três as entrevistadas. Em cada caso apresentado aqui, busco mostrar peculiaridades do sujeito e como sua relação com o discurso médico foi fundamental para a constituição de seu processo identitário de mulher ao longo de sua vida. Enquanto característica central de cada entrevistada, segue ao seu nome fictício uma frase. Tal frase foi retirada de seus próprios discursos, por serem vistas como a mais marcante e reveladora, de modo condensado, dos processos individuais.

#### ***Cristina - Ainda busco me conhecer como mulher***

Cristina tem 35 anos e um filho de três anos. Hoje, ela encontra-se recém-separada de uma relação conjugal que durou 10 anos, e com a carreira médica no auge de suas oportunidades e de seu reconhecimento profissional.

Nesse momento, seu filho adoeceu e ela precisou levá-lo ao pediatra. Durante a consulta dele com o médico, ela foi além do objetivo da visita e acabou desabafando

algumas dificuldades pessoais que tem passado recentemente. Após seu relato, o pediatra esclareceu prontamente a ela o que poderia estar ocorrendo.

“O retorno do médico foi que a maioria das mulheres é depressiva, já que devido ao nosso corpo sofrer mudanças hormonais, estamos todas predispostas à depressão, seria uma característica da mulher”.

Ao ouvir isso do pediatra, Cristina ficou extremamente incomodada, por não concordar exatamente com o que o médico disse e com a autoridade emitida ao falar-lhe como se declarasse seu diagnóstico, tanto que ela comentou: “... eu estava só desabafando e não me consultando”. Contudo, mesmo que esta fala médica não fosse por ela totalmente aceita, ela lhe levou a refletir seriamente sobre o que é ser mulher.

Ao pensar sobre ser mulher, Cristina costurou suas crenças e idéias com sua formação médica: “por tudo que já estudei na vida, é ser fêmea da espécie humana”. Logo, o homem é o outro: “é o macho da espécie humana”. Dentro de sua perspectiva biomédica, ela acredita que sempre foi mulher: “não foi uma descoberta”, apesar de ainda entender e sentir que precisa se conhecer melhor. Este parece ser o centro de seu relato, ou seja, Cristina se pensa como um ser já definido pela natureza, mas complexo e profundo o suficiente para ser apreendido de uma só vez. Pensa-se, então, em constante processo de auto-desvelação.

Nesse processo, sua mãe aparece como uma pessoa sempre presente em sua vida, estando a seu lado inclusive agora, na criação e nos cuidados com seu filho pequeno. Além disso, ela aparece enquanto referência central para seu autoconhecimento, tanto que ela assim afirma: “A identificação com o modelo da minha mãe deve ter influenciado no sentir-me mulher”.

Filha mais velha, Cristina tem apenas uma irmã cinco anos mais nova que ela. “Eu sou uma mulher forte e questionadora, minha irmã já é acomodada e fraca”. Ao se diferenciar da irmã, ela relatou acreditar que existem vários padrões de mulheres. “Acredito na existência de mulheres de diferentes padrões, cada um tendo sido construído de acordo com a história de vida de cada mulher”.

Cristina percebeu-se mulher por intermédio de fatores biopsicossociais. “A anatomia da minha genitália me identifica como fêmea humana”, “das mudanças orgânicas e psíquicas ocorridas no meu organismo”, [bem como] “a maneira feminina de me vestir e de cuidar da minha aparência”.

Em seu percurso profissional, sua especialidade médica é a dermatologia. Cristina se lembrou de alguns momentos em que tenha abordado, com suas pacientes, sobre a questão *ser mulher*. Suas observações a esse respeito são mais focadas na aparência. “Abordo, sobretudo, os cuidados com os cabelos, a pele, as unhas e o corpo”. Mas não se lembrou de ter conversado direta e especificamente sobre essa questão com nenhum(a) outro(a) colega na medicina. “Nunca tive uma consulta com algum médico que tenha abordado algum significado de ser mulher”.

Apesar de Cristina não ter se lembrado de nenhuma fala direta e explícita de médicos sobre ser mulher, seu relato de constrangimento na consulta com o pediatra mostra que existem várias formas de dizer sobre o que é ser mulher.

**Júlia – *A questão da maternidade é crucial no que diferencia o homem da mulher***

Júlia está com 29 anos. Casou-se há dois. Tem uma filhinha de cinco meses de idade e está vivenciando, pela primeira vez, a maternidade. A gravidez foi inesperada, mas bem-vinda. “Para mim foi uma coisa que assustou nas primeiras 24 horas, depois foi só alegria”.

Já a reação do marido não foi a mesma. “Ele nunca quis ser pai. Então, para ele, foi difícil de aceitar”. Ela imaginou que assim que a neném nascesse, o pai amoleceria o coração e a receberia bem e feliz, mas não foi bem assim. “Para ele, tudo relacionado a ela irrita”. Desde então, a relação do casal não está harmoniosa, “para ele, foi muito difícil se adaptar a todo o processo de gravidez”. “Ele deixou de ser o centro das atenções”.

A questão da maternidade se apresenta como um ponto crucial na vida de Júlia e, concomitantemente, no seu núcleo central de subjetivação do que vem a ser mulher. Ela acredita que este é o fator que diferencia a mulher do homem. “Como estou vivendo agora a questão da maternidade, isso é crucial no que diferencia o homem da mulher”. Abordou, também, que essa diferença é basicamente social. “É um papel social, tem as expectativas que são relacionadas ao homem e à mulher, que são diferentes”.

Apesar da gestação ter sido um período marcante para Júlia, não foi a primeira vez que ela se sentiu mulher. “Definitivamente não foi quando fiquei grávida”. “Descobrir-se mulher aos 28 anos seria drástico”. Na sua percepção de ser mulher, ela trouxe, novamente, a relação com o outro como ponto de descoberta. “Então o fato de você se perceber mulher significa que você percebeu o homem”. Júlia voltou à infância e relembrou um fato que a marcou no sentir-se mulher. “Acho que, com uns quatro anos de idade”, “eu lembro que eu dava de mamar para as minhas bonecas”. “Então, eu acho que isso é perceber o papel que eu ia ter na vida como mulher”.

Júlia é a filha do meio de três irmãs. “Eu sempre fui muito calma. Já minhas irmãs eram danadas”. A mãe sempre foi, e ainda é, muito presente em sua vida. “Admiro muito a minha mãe, acho que, como mãe e como mulher, ela sempre foi um exemplo... ela foi a pessoa que mais me influenciou, com certeza”.

Aos 13 anos, descobriu-se epilética. “O que me deixava com mais raiva de ser epilética era ver que eu não podia ser tão forte, tão tranqüila, tão serena quanto minha mãe”. Levou um tempo para Júlia ajustar sua medicação. “Tomei mais de 15 remédios diferentes”. A doença é uma característica que fez com que ela realizasse mudanças em seus hábitos e começasse a se enxergar de outras formas. “São marcas que vão ficando”. “Eu aprendi, quando era adolescente, a explicar o que eu tinha para as pessoas saberem como lidar”. Os pais de Júlia são, até hoje, mais cautelosos com ela. “Tornei-me muito dependente... existia uma proteção maior comigo”, “acabei criando uma relação de dependência maior”.

Natural de Fortaleza (CE), Júlia veio há quatro anos para Brasília fazer mestrado. Ela é socióloga. Esse período coincidiu com o processo de retirada da medicação. “Dois anos e meio a quatro anos você começa a tirar devagarzinho. Por duas vezes, entrei nesse processo. Você sente sono, irritação e enxaqueca”. Esses fatos a fizeram buscar uma psiquiatra e também a se deparar com vários sentimentos. Ou seja, “junto à questão da auto-estima, da insegurança”.

Com hábito de virar noites seguidas trabalhando, ficar horas no computador e ainda esquecer, algumas vezes, de tomar seu remédio, Júlia ainda tem crises epiléticas frequentes. Na verdade, tais crises, ela não as teve durante a gestação, mas reapareceu ao amamentar. Ao relatar isso para sua psiquiatra, a mesma a diagnosticou imediatamente como histérica. “Ela afirmou que, se eu não tinha tido nenhuma crise durante a gravidez,



trabalhando, virando a noite estudando, então eu era simplesmente histérica. É só histeria, porque tudo o que eu queria na vida era ser mãe”.

A posição de Júlia diante do diagnóstico da psiquiatra foi de revolta, pois ela não se reconheceu nesse lugar da fala da médica: “É absolutamente revoltante... não voltei mais nela”.

### **Mariana - *As pessoas me enxergam como mulher***

Mariana nasceu na Bahia. Caçula de três filhos, sempre teve uma ligação afetiva estreita com a mãe e a irmã. “Minha mãe e minha irmã foram as pessoas que ajudaram a construir minha identidade de mulher”. Ela não tem muitas afinidades com o irmão. Teve pouco contato com o pai, que faleceu quando ela tinha três anos de idade. Veio morar em Brasília ainda bebê. Aqui, estudou em colégio de freiras da educação infantil ao segundo grau.

Sua infância foi marcada pelo que ela chama de *padrão Cinderela*. “Somos levadas a acreditar que aparecerá um príncipe encantado na nossa vida, que nos casaremos, teremos filhos e seremos felizes para sempre”. No entanto, suas brincadeiras não eram apenas aquelas consideradas de meninas, pois se alternavam entre bonecas e carrinhos.

Aos 13 anos, Mariana menstruou. Foi a primeira vez que ela se percebeu mulher. “Nada de especial. Foi no momento que menstruei que percebi que meu corpo, de mulher, estava preparado para gerar uma criança”. Ela relembrou que, nesse mesmo período, foi presenteada pela mãe com um livro sobre sexo para adolescentes, o qual ela percebeu como um meio importante para aceitar-se mulher.

Na época da faculdade, por volta dos 20 anos, Mariana foi pela primeira vez a uma ginecologista. “Achei que já tinha passado da hora de ir e precisava ver se estava tudo bem”. Optou por uma médica, para ficar “menos constrangida”. “Não gosto de expor minha intimidade pra qualquer um, mesmo que seja um profissional. Hoje ainda dou preferência a médicas”. A conversa versou apenas sobre o motivo da consulta, “não houve conversa sobre ser mulher”. A posição de Mariana foi que as(os) médicas(os) nunca abordaram o que é ser mulher em consultas. “Nunca, não acho que os médicos falem sobre isso”. Apesar de incomodar-se com o constrangimento das consultas com profissionais homens, ela não percebe esse fato como uma forma de falar sobre ser mulher e de *ouvir* de qualquer um(a) dos(as) médicos(as) algo sobre este assunto.

A visão de Mariana em relação a ser mulher está atrelada a componentes tanto físicos quanto psicológicos. “Pode ter características femininas, tais como gestos, comportamentos e ideais, reconhecidas ou exigidas socialmente”. Afirmou sentir-se mulher. “Tenho interesse no sexo oposto e as pessoas me enxergam como mulher”. Lugar, este, onde se encontra um ponto relevante do processo de subjetivação do ser mulher de Mariana.

Aos 30 anos, esteve novamente em uma consulta ginecológica. Era seu primeiro contato com tal médica. Durante a anamnese, a profissional perguntou a idade de Mariana e se ela já havia tido filhas(os). Ela respondeu não ter vontade de tê-las(os). “Não tenho vontade de ter filhos”. A posição da médica era que ela precisava providenciá-los(as) logo, já que ela estava em idade *avançada* e poderia, então, complicar a gravidez. Mariana ratificou sua posição de não querer engravidar. “Isso não é minha preocupação neste momento”. A ginecologista, porém, continuou indagando o porquê dessa decisão. “Ter filhos era bom, além de ser uma forma da pessoa se realizar como mulher, de se sentir

completa”. Mariana encerrou sua consulta, nem um pouco confortável com a intromissão da ginecologista em sua vida pessoal. “Sinto-me bem do jeito que estou, não havia perguntado a opinião dela sobre a melhor forma de me sentir mulher. Sobre ter filhos ou não, acho que já basta a pressão natural das pessoas com quem lido diariamente”.

Hoje, aos 32 anos, Mariana está solteira. Após alguns relacionamentos, vem tentando quebrar o dito modelo Cinderela. “Não existe padrão ideal de mulher”. “Abandonei o padrão Cinderela e incorporei um modelo mais independente, de ficar satisfeita comigo mesma, sem a intervenção dos contos de fada”.

## 6.2 Reflexões sobre Cristina, Júlia e Mariana

O material coletado nas entrevistas permitiu a organização de um texto dividido em cinco grandes eixos temáticos, que se articulam entre si e que nos levam ao maior conhecimento dos processos de subjetivação em jogo, a partir da perspectiva do olhar médico sobre essas três mulheres. Os eixos temáticos são: ser mulher, diferença entre ser homem e ser mulher, a identidade de mulher, ser mãe, o olhar médico sobre a mulher.

A narrativa descritiva foi ilustrada com breves enxertos extraídos das entrevistas individuais, de forma a mostrar mais diretamente os três processos de subjetividade bem característicos quando apresento cada uma delas. O modo pelo qual o *ser mulher* parece subjetivar-se em Cristina foi marcado pelo processo interno de autoconhecimento de um dado biológico. Já o da Júlia foi marcado pela questão da maternidade e, o da Mariana, pelo fato de ser vista como mulher por outras pessoas de sua convivência e relacionamentos.

Nas reflexões a seguir, busco pontuar elementos comuns dos seus processos de subjetivação, que os perpassam quase como um denominador comum, aproximando-os

entre si. No caso, tais elementos, são identificados e aqui realçados, a partir da presença marcante do discurso médico na constituição da identidade de gênero dessas mulheres.

### 6.2.1 Ser mulher

A sensação de espanto e angústia mostrou-se presente em todas as mulheres entrevistadas, ao serem perguntadas sobre o que é ser mulher. De início, o silêncio imperou, depois risos nervosos e sem-graça emergiram espontaneamente e de modo descontrolado para, então, dizerem: “nossa, que pergunta difícil” (Júlia), “sei lá” (Cristina), “ah, mas isso é muito complicado” (Mariana). Provavelmente, esses sentimentos e comportamentos das mulheres ao tentarem se definir de imediato enquanto tal retrate a dificuldade, exposta por Hall (2000, 2005), em se perceber e entender identidade como algo não-evidente ou absolutamente natural. Ou seja, serem indagadas por algo que lhes parece tão estático, essencializado e pontual pode ter apresentado algum pequeno ruído nesse modo de pensar e notar-se.

Num segundo momento, depois que refletiram alguns minutos a respeito da questão, vieram as seguintes respostas: “ter características femininas tais como gestos, comportamentos e ideais, reconhecidas ou exigidas socialmente” (Mariana), “é ser a fêmea da espécie humana” (Cristina), “significa ter dois x” (Júlia). Relatos que apresentaram maior tendência em definir a mulher por aspectos sociais e biológicos.

No sentido social, recorri aos estudos de Mead (2000), que esclarecem a variedade de papéis e expectativas socialmente atribuídas à mulher (e também ao homem), de acordo com os distintos grupos e culturas. Essa questão, que será retomada no eixo temático

seguinte ao discutir aqui sobre a diferença entre ser homem e ser mulher, para elas, é ratificada na fala de Júlia. “É social, é o espaço que cada um ocupa”.

Em sua dissertação *Para além da maternidade: outras formas de subjetivação do feminino*, Costa (2004) notou, também, apreensão na fala das mulheres ao ser emanada a pergunta *o que é ser mulher*. A tendência das mulheres de sua pesquisa foi definir a mulher pela maternidade e pelas funções de esposa, ou seja, também por intermédio da supervalorização da função social e biológica. A pesquisadora constatou o fato de que mulheres, que não conseguem ser mães, sentem sua feminilidade altamente ameaçada.

Outro questionamento que causou apreensão nas três mulheres entrevistadas por mim foi sobre a descoberta de ser mulher. O silêncio mais uma vez, aí imperou. Seguido a esse desconforto expresso pelo silêncio, pude ver que as descobertas foram também marcadas pelos universos biológico e social.

A descoberta de Mariana foi especificamente pela menarca. “Quando eu menstruei”. Ela retomou o universo biológico ao afirmar que “foi somente no momento que menstruei que percebi que meu corpo estava preparado para gerar uma criança, o que implicaria maior responsabilidade”. Nesse sentido, voltou à estrutura anátomo-fisiológica do corpo feminino, à possibilidade de tornar-se mãe, como referência à feminilidade. Isto me remeteu à opressão do discurso biológico dominante desvelado por Beauvoir (1980). Um discurso que relaciona diretamente a subjetivação feminina ao corpo da mulher, um corpo que seria naturalmente frágil em relação ao corpo do homem. Além do olhar médico, tal afirmação encontra-se na perspectiva psicanalítica, a qual também justificaria a submissão feminina. (Freud, 1931).

Apareceu nas entrevistas, ainda, o papel social da mulher, ensinado e transmitido para as meninas em suas brincadeiras, conforme indica a fala da Júlia. “Quando eu era

criança e dava de mamar para minhas bonecas. Acho que isso me fez perceber o papel que eu ia ter na vida como mulher”.

Em outra entrevista, evidenciei que as múltiplas facetas do ser mulher está realmente em constante processo de construção sócio-cultural, como relatado nos estudos de Hall (2000,2005). A fala de Cristina ratificou isso ao dizer que se sabe mulher. “Desde a consciência da minha existência”, [porém] “ainda busco me conhecer como mulher”.

### 6.2.2 A diferença entre ser homem e ser mulher

Júlia, que se tornou mãe há pouco tempo, considera que “a questão da maternidade é crucial no que diferencia o homem da mulher”. Ela justificou, pelo discurso da biologia e pela categorização social, que se tornar mãe é o ponto crucial na diferença entre os sexos. Tal diferenciação foi também evidenciada no trabalho de Costa (2004, p.85), pela fala de uma de suas entrevistadas com diagnóstico de infertilidade. “[...] em termos sociais, eu não faço parte do grupo das mulheres, porque não dou conta de me tornar mãe. A mulher dá a vida, eu sou incapaz de ser mãe”.

Os estudos de gênero realizados por Segato (2003), consoantes com toda a perspectiva teoria dos estudos de gênero e feministas, retratam que é nas e pelas relações sociais que se define o ser homem e o ser mulher, assim como a forma de cada um deles atuar na sociedade. Essa questão também aparece explícita em falas de Mariana. Para ela, as diferenças são “derivadas de convenções sociais”. Soma-se a isso a constatação de que é na relação com o outro que o sujeito se organiza e se insere no mundo, inclusive a percepção das diferenças consideradas do universo biológico. Este outro aparece, ainda, na

fala da Cristina, como contraponto e referência para a mulher. “Ser homem é ser de outro sexo biológico, é ser o macho da espécie humana”.

Quanto ao relacionamento amoroso, como um tema do processo de construção das facetas identitárias do ser mulher ao longo de suas vidas, apareceu nas falas de Júlia e Mariana, sem ter sido por mim previamente questionado. Os relatos ilustraram as formas como o casamento é apresentado para as mulheres como meio de atingir a sua verdadeira felicidade. Como observou Júlia, “Tinha a idéia: vou casar, vou ser muito feliz, eu vou ter um marido que vai me ajudar muito”. Já Mariana relatou, “Somos levadas a acreditar que aparecerá um príncipe encantado na nossa vida, que nos casaremos, teremos filhos e seremos felizes para sempre”.

### 6.2.3 Identidade de mulher

As entrevistadas relataram que a construção da identidade da mulher é determinada por fatores biológicos e sociais. Ora um dos fatores se acentua em detrimento do outro, sendo notadamente realçado. Quase sempre o viés biológico é o de maior peso.

O depoimento de Cristina segue mais diretamente o viés biológico. “A anatomia da minha genitália me identifica como fêmea humana” [seguida] “das mudanças orgânicas e psíquicas ocorridas no meu organismo” [o que acarretou] “a maneira feminina de me vestir e de cuidar da minha aparência”. A mesma tendência se repetiu na fala da Mariana. “Tenho útero, dois cromossomos x e predominância natural de hormônio feminino. Sinto-me como mulher”. Essas narrativas reforçam a máxima de Freud, *anatomia como destino*, que é questionada por Laqueur (2001), ao remontar historicamente a interpretação do corpo feminino dos gregos à psicanálise freudiana.

Contudo, Júlia, na sua fala, indica o viés social, mais especificamente pela educação transmitida pela forte presença de sua mãe em sua trajetória pessoal e constituição enquanto mulher. “Todos os fatores passam pela presença da minha mãe”.

Quando questionadas sobre quais foram as pessoas que as ajudaram a construir a sua identidade de mulher e de que forma lhes apareceu a relação com a mãe nesses processos, as entrevistadas afirmaram que aprenderam com a mãe e com a irmã, que, muitas vezes, exercia o papel de mãe, a serem mulher. Por conseguinte, a questão da educação interna à família mostrou-se fundamental na construção dos processos identitários da mulher.

#### 6.2.4 Ser mãe

A célebre frase *ser mãe é padecer no paraíso* apareceu reformulada na entrevista de Júlia. “Eu não tenho o direito de me cansar, tenho de ficar sempre bem”. Tal questão retratou o sofrimento normalmente que aflora na maternidade, que não pode ser explicitado. Na dissertação de Costa (2004, p.94), uma mulher que não queria ter filhos ilustrou esta questão com a seguinte frase: “eu não quero padecer”.

Cristina fez uma leitura da maternidade pela prévia determinação do seu corpo. “Capacidade de poder conceber”. É esse discurso que acaba por submeter a mulher à maternidade por sua anatomia e biologia, desvelados nas leituras tanto de Beauvoir (1980) quanto de Laqueur (2001). No entanto, de modo radical, Mariana, a única participante da pesquisa que não tem filho(a), afirmou que “ter filhos não é condição imprescindível para você se sentir realizada como mulher”.



Apesar do fato de tornar-se mãe aparecer quase como um padrão ideal entre as três entrevistadas, em resposta à questão sobre um possível papel ideal de mulher, teve-se unanimidade em se afirmar que “não existe padrão ideal de mulher”. E, como que num resumo aos estudos de Hall (2000, 2005) sobre identidade, as seguintes falas de Cristina e Júlia, respectivamente, retratam o reconhecimento da alteridade diante do *ser mulher*, pluralizando-o. “Acredito na existência de mulheres de diferentes padrões, cada um tendo sido construído de acordo com a história de vida de cada mulher”. “Acho que cada um tem uma história diferente, cada um sente e vive de um jeito diferente, cada um tem a sua história”.

#### 6.2.5 O olhar médico sobre a mulher

Entre as entrevistadas não houve nenhum registro do relato de algum(a) médico(a) falar explícita e diretamente sobre o que é ser mulher. Mariana, por exemplo, nem acredita que médicos(as) falem sobre essa questão, conforme foi mostrado. Contudo, as próprias entrevistadas relatam os constrangimentos de gênero sofridos em contato por consultas nas três especialidades citadas no presente trabalho. Constrangimentos, estes, que são formas variadas de dizerem-lhes sobre o que é ser mulher.

Tem-se, então, no relato mais completo de Mariana, o constrangimento por ela sofrido com uma ginecologista.

“Em uma oportunidade, na minha primeira consulta com a profissional, ela perguntou a minha idade. Respondi que tinha 30. Ela perguntou quantos filhos eu tinha. Disse que não, nunca tinha gerado crianças. Ela comentou que era para providenciar logo, uma vez que minha idade estava avançada e poderia ficar mais complicada a gravidez. Respondi que não

“... tinha vontade de ter filhos e que isso não era minha preocupação naquele momento. Ela indagou o porquê dessa decisão, já que ter filhos era bom, além de ser uma forma de a pessoa se realizar como mulher, de se sentir completa”.

A partir desse relato, pude reafirmar as idéias sobre como a médica associa maternidade como um único e seguro o caminho para a feminilidade. O mesmo aconteceu na pesquisa de Costa (2004). Na sua investigação, porém, eram exatamente as mulheres ditas inférteis que sentiam sua feminilidade ameaçada por não conseguirem se tornar mães.

Já Cristina contou sobre uma de suas idas ao pediatra do filho, em que relatou seu cansaço. Retomo aqui sua fala.

“O retorno do pediatra do meu filho foi que a maioria das mulheres é depressiva, já que devido ao nosso corpo sofrer mudanças hormonais, estamos todas predispostas à depressão, seria como uma característica da mulher”.

Por fim, há ainda a fala de Júlia, que retratou uma de suas consultas com uma psiquiatra.

“Ela afirmou que, se eu não tinha tido nenhuma crise durante a gravidez, estudando, virando a noite estudando, então, eu era simplesmente histérica. É só histeria porque tudo o que eu queria na vida era ser mãe”.

Nesses dois últimos relatos, os médicos reforçaram a tão antiga e propagada ideologia da natureza feminina. Ou seja, ser mulher significa ser essencialmente frágil, instintiva, sensível e emotiva.

### 6.2.6 Quadro comparativo

Enfim, noto as entrevistadas se apoiando no aspecto sócio-cultural do perceber, pensar e sentir-se mulher, ou seja, conhecendo e reconhecendo-se mulher pela indicação e ensinamento de outras mulheres, como, por exemplo, a mãe, bem como pelo processo de educação em geral. Em outros momentos, noto-as tomando as referências do campo biológico, como pela presença da menstruação e pela efetivação da maternidade. No entanto, como a força do discurso médico está pautada no universo biológico, pude perceber, por intermédio desses cinco eixos temáticos, que o(a) médico(a) de fato toca na percepção, no entendimento e na forma como elas vão se identificando mulheres, além de se tornarem bases significativas de seus processos de subjetivação.

Com o intuito de apresentar um resumo esquemático e comparativo dos relatos extraídos das entrevistas semi-estruturadas e o modo como foram sistematizados e organizados na constituição dos referidos eixos temáticos, trago a seguir um quadro. Este caracteriza a construção da identidade dos sujeitos e sua relação com o discurso médico já descrito, em várias falas importantes das entrevistadas.

## Quadro 1 - A identidade da mulher e sua relação com a medicina

### Relatos extraídos das entrevistas semi-estruturadas

Eixos Temáticos	Cristina	Júlia	Mariana
<b>1) Ser mulher</b>	<p>“É ser fêmea da espécie humana”            “Desde a consciência da minha existência”            “Ainda busco me conhecer como mulher”</p>	<p>“É ter dois x”            “Quando eu era criança e dava de mamar para minhas bonecas. Acho que isso me fez perceber o papel que eu ia ter na vida como mulher”            “O fato de você se perceber mulher significa que você percebeu o homem”</p>	<p>“Ter características femininas tais como gestos, comportamentos e ideais, reconhecidas ou exigidas socialmente”            “Foi somente no momento que menstruei que percebi que meu corpo estava preparado para gerar uma criança, o que implicaria em maior responsabilidade”</p>
<b>2) Diferença entre ser homem e ser mulher</b>	<p>“Ser homem é ser de outro sexo biológico, é ser o macho da espécie humana”</p>	<p>“A questão da maternidade é crucial no que diferencia o homem da mulher”            “É social, é o espaço que cada um ocupa”            “Tinha a idéia: vou casar, vou ser muito feliz, eu vou ter um marido que vai me ajudar muito”</p>	<p>“São diferenças biológicas”            “Derivadas de convenções sociais”            “Somos levadas a acreditar que aparecerá um príncipe encantado na nossa vida, que nos casaremos, teremos filhos e seremos felizes para sempre”</p>

Quadro 1 – A identidade da mulher e sua relação com a medicina – Relatos extraídos das entrevistas semi-estruturadas (continua)

## Quadro 1 - A identidade da mulher e sua relação com a medicina

### Relatos extraídos das entrevistas semi-estruturadas

Eixos Temáticos	Cristina	Júlia	Mariana
<b>3) Identidade de mulher</b>	<p>“A identificação com o modelo da minha mãe deve ter influenciado no sentir-me mulher”</p> <p>“A anatomia da minha genitália me identifica como fêmea humana”</p> <p>“Das mudanças orgânicas e psíquicas ocorridas no meu organismo”</p> <p>“A maneira feminina de me vestir e de cuidar da minha aparência”</p>	<p>“Minha mãe, como mãe e como mulher ela sempre foi um exemplo”</p> <p>“Todos os fatores passam pela presença da minha mãe”</p>	<p>“Minha mãe e minha irmã, na convivência diária”</p> <p>“Tenho útero, dois cromossomos x e predominância natural de hormônio feminino. Sinto-me como mulher”</p>
<b>4) Ser mãe</b>	<p>“Capacidade de poder conceber”</p> <p>“Acredito na existência de mulheres de diferentes padrões, cada um tendo sido construído de acordo com a história de vida de cada mulher”</p>	<p>“Eu não tenho o direito de me cansar, tenho de ficar sempre bem”</p> <p>“Acho que cada um tem uma história diferente, cada um sente e vive de um jeito diferente, cada um tem a sua história”</p>	<p>“Ter filhos não é condição imprescindível para você se sentir realizada como mulher”</p> <p>“Não existe padrão ideal de mulher”</p>

Quadro 1 – A identidade da mulher e sua relação com a medicina – Relatos extraídos das entrevistas semi-estruturadas (continua)

## Quadro 1 - A identidade da mulher e sua relação com a medicina

### Relatos extraídos das entrevistas semi-estruturadas

Eixos Temáticos	Cristina	Júlia	Mariana
<p><b>5) O olhar médico sobre a mulher</b></p>	<p>“Nunca tive uma consulta com algum médico que tenha abordado algum significado de ser mulher”  “O retorno do médico foi que a maioria das mulheres é depressiva, já que devido ao nosso corpo sofrer mudanças hormonais, estamos todas predispostas à depressão, seria como uma característica da mulher”</p>	<p>“Não sei, nunca me disseram nada”  “Ela afirmou que se eu não tinha tido nenhuma crise durante a gravidez, estudando, virando a noite estudando, então eu era simplesmente histérica. É só histeria porque tudo o que eu queria na vida era ser mãe”</p>	<p>“Nunca, não acho que os médicos falem sobre isso”  “ Ainda que eu não pensasse dessa forma e quisesse gerar filhos, acredito que uma médica não poderia colocar uma paciente contra a parede dessa forma, até porque a medicina está adiantada, sendo possível ter filhos em idade avançada”</p>

Quadro 1 – A identidade da mulher e sua relação com a medicina – Relatos extraídos das entrevistas semi-estruturadas (conclusão)

### 6.3 Relatos extraídos do grupo focal

A partir da escuta do material do GF, de sua transcrição e várias de suas leituras, foram identificados os mesmos cinco eixos temáticos encontrados nos relatos individuais, que possibilitaram a apreensão do objeto desta investigação de modo mais ampliado coletivamente e a montagem do quadro 2, ao final do item seguinte. Os eixos temáticos *Ser mulher* e *O olhar médico sobre a mulher* destacaram-se como organizadores centrais dos outros três eixos. Ou seja, apresentaram-se essencialmente como um núcleo central de todo o material coletado, como se fossem orquestradores dos outros temas e falas, mostrando-se articuladores e até mesmo emissores de sentido.

Assim, foi por intermédio dessas escutas temáticas que as mulheres foram revelando, nas suas falas, a importância e a recorrência de significação do que me interessava apreender. Forneceram-me, então, acesso à dinâmica e ao conteúdo das suas percepções e de seus pensamentos em relação ao descobrirem-se mulher e aos seus entendimentos do que vem a ser mulher, tendo como referência notória a medicina. Trata-se, agora, de uma dimensão mais social do fenômeno ora estudado: o lugar do discurso médico no processo de elaboração identitária dessas mulheres e, possivelmente, de muitas outras com perfil sócio-econômico e subjetivo semelhante ao delas.

## 6.4 Reflexões sobre Cilene, Cristina, Lúcia e Telma

### 6.4.1 Ser mulher

Passada a angústia inicial também apresentada no GF, desencadeada pela pergunta *o que é ser mulher*, as participantes foram, pausadamente, encontrando suas respostas: “significa essência” (Cristina), “ser feminina” (Lúcia), “ser realizada profissionalmente” (Telma), “ser mãe” (Cilene).

Tais falas foram sendo, aos poucos, melhor exploradas por elas mesmas, como indica a seguinte narrativa de Cilene. “Além da gente ser a mulher feminina, a mulher mãe, a mulher amante, a gente tem de ser a mulher trabalhadora, a mulher guerreira, a mulher que sustenta a casa”. Essa narrativa de valorização da mulher, muitas vezes ratificada por elas próprias, retratou a carga de trabalho, obrigações e responsabilidades a que a mulher é submetida e tem de dar conta, além de ser feminina e cuidadora. Isto é, ser mulher agrega em si uma multiplicidade de papéis sociais por ser forte e também encompassadora.

As seguintes afirmativas de Telma validaram tal questão dando destaque para o modo *feminino* de lidar com essa condição, que seria social, biológica e existencial para a mulher. “É a gente que segura melhor, é a gente que organiza a família, que controla o ambiente onde trabalha, sem perder a feminilidade”. [Além de que] “na maioria das casas, quem está mantendo a família são as mulheres”.

Em contraposição, outro tema discorrido pelas mulheres, a fragilidade, foi emanado pela seguinte questão que surgiu na conversa do GF. “Onde a mulher é sexo frágil?” (Telma). Seguida pelas afirmativas: “Acho que, muitas vezes, o sexo frágil não somos nós, não é o feminino” (Telma) e “A mulher, além de ela ser, conseguir assumir todos os papéis,



ela tem de continuar demonstrando aquele lado de beleza, muitas vezes, até uma certa fragilidade que nem existe” (Cilene). Assim, parece emergir um conflito dessas falas, ou seja, as mulheres ora falando da força que possuem naturalmente, ora da fragilidade feminina que lhes seria inerente.

Mais uma vez, encontra-se aqui a idéia da natureza como determinante da condição inferior da mulher, unindo os dois pólos, que superficial e aparentemente mostram-se contraditórios. Ou seja, o fato da mulher ser entendida mais próxima à natureza, seja em seus atributos de força ou de fraqueza, aponta para o pouco reconhecimento social e econômico de suas atividades ditas vocacionais (cuidar de filhos, responsabilizar-se pela casa, etc), para a sua submissão a um plano não-histórico, imutável, que não é resultado de sua conquista e esforço, bem como trata-se de um plano distante dos feitos e das elaborações culturais, conforme bem mostra Ortner (1974), no seu estudo clássico sobre as diferenças e desigualdades entre os gêneros, *Is Female to Male as Nature is to Culture?*.

Os dados obtidos pelo GF afirmaram, também, em uma frase que ganhou a unanimidade das participantes que “até hoje, a gente busca ainda se conhecer como mulher”. Pode-se dizer que esta frase reforça os estudos de Hall (2000, 2005), relativos à identidade ser um fenômeno *não fixo* nem cristalizado. Afirma, o autor, sobre um fenômeno do status de uma descoberta que está sempre se renovando e se constituindo enquanto tal. Ou seja, renova-se e constitui-se na constante busca das mulheres por encontrarem-se em seus novos papéis sociais no mundo contemporâneo, lugares de subjetivação e referências identitárias. Assim, do mesmo modo que a construção social de Hall se mostrou importante para os processos individuais, também se aplica aqui a esses processos vistos de modo conjunto.

#### 6.4.2 A diferença entre ser homem e ser mulher

Ao se falar sobre ser mulher, imediatamente veio à tona a comparação com o homem. O GF, por essa perspectiva comparativa, não problematizou a ideologia da natureza da mulher, tão partilhada pelo senso comum: ser frágil, instintiva, sensível e emotiva. Pelo contrário, ela a reforçou. “Se você aparenta muito forte, poderosa, daqui a pouco as pessoas começam a encarar como se você não fosse mulher” (Cilene). Ou seja, essa característica do ser mulher é essencialmente definida em contraposição ao homem, forte e racional.

Em meio à conversa no GF, as mulheres discursaram sobre a expectativa de suas vidas amorosas e conjugais, depositando em seus parceiros, heterossexuais, e no relacionamento com eles a esperança da felicidade. “Eu fui preparada para casar, casei com meu primeiro namorado para ser feliz para sempre” (Cilene). “Ideal para mim seria ter um companheiro. Ter criado meu filho com o pai dele” (Telma). “Toda mulher, pelo menos a maioria, sempre busca aquele padrão de companheiro do lado para fazer as coisas, ninguém quer viver sozinho” (Cristina). Por esses depoimentos, pude verificar a presença dessa dimensão conservadora nos pontos de vista comparativos entre homens e mulheres e que a questão de identidade dessas mulheres se situa, também, na relação amorosa: a busca do amor e da realização matrimonial como dimensões importantes de construção do ser mulher.

### 6.4.3 Identidade de mulher

O GF restringiu a conversa sobre a identidade de mulher exclusivamente ao viés biológico. “A gente já nasce com ele” (Lúcia). Dessa forma, retomo aqui o trabalho de Laqueur (2001) para ampliar o entendimento a respeito da atualidade de concepções e representações absolutamente antigas sobre o fato do ser mulher estar predeterminado biologicamente, inclusive suas imperfeições e sua posição socialmente inferior. Ou seja, desde a Grécia Antiga até hoje, o corpo feminino vem sendo construído em oposição e inferioridade ao masculino. Questão, esta, também amplamente discutida por Lewontin, Rose e Kamin (1984), em sua análise crítica ao determinismo biológico, bem como por toda tradição de estudos em gênero.

A discussão de quem ajudou a essas mulheres a construir suas identidades teve, por unanimidade, a mãe de cada uma das participantes como base central na construção das dimensões individuais e identitárias do ser mulher. O seguinte depoimento de Cilene ilustra esta questão: “Minha mãe, acho que ela foi minha inspiração”.

Assim, o GF registrou mais de uma vez que a mãe é referência super relevante de educação no processo de construção do ser mulher. Como indica a seguinte afirmativa de Cristina: “Eu acho que minha mãe reforçava a mulher submissa e ela cobrava e exigia a perpetuação disso”. Esta frase remete-nos à descrição e reflexão sobre a mãe que passou a ser super valorizada no papel de educadora das(os) filhas(os), a partir do movimento higienista no Brasil, como nos ensina Costa (1979).

#### 6.4.4 Ser mãe

A mesma tendência em associar a maternidade à feminilidade nas entrevistas individuais se repetiu no GF, como indica a fala de Telma. “Era uma coisa que me faltava para eu me sentir mulher”. Como, portanto já foi exposto, tal fato acabou por ser constatado na pesquisa de campo de Costa (2004). A maioria das mulheres inférteis por ela entrevistadas sentia suas feminilidades ameaçadas exatamente por não conseguirem se tornarem mães. O depoimento seguinte ilustra tal constatação. “Sou uma mulher, mas não me sinto mulher. Só vou me sentir uma mulher quando tiver meu filho. Daí me realizarei como mulher e como mãe, a realização de uma depende da outra.” (Costa, 2004,p.85).

A descoberta de *ser mulher* passa necessariamente pela vivência da maternidade, para o GF. O seguinte depoimento de Lúcia ilustra tal questão. “Enfrentando a realidade de ser mãe”. Encontra-se aqui, então, abrindo a maternidade abrindo caminho à feminilidade, apontando para a consolidação e confirmação do processo de identidade iniciado em tenra idade.

Quando questionadas especificamente sobre o padrão ideal de ser mulher, destaca-se a seguinte narrativa de Telma: “Acho legal a diversidade de padrões, o que elimina o padrão em si”. Porém, apesar das mulheres relatarem não acreditar na existência de um único padrão de mulher a ser seguido, afirmaram ter dificuldade de se desvencilharem do modelo tradicional apresentado: ser mãe.

#### 6.4.5 O olhar médico sobre a mulher

Quando perguntadas especialmente sobre o que os médicos vêm conversando com elas ou expondo-lhes sobre o que é ser mulher, relataram que a primeira pergunta feita pelo(a) médico(a) a elas é sempre e exclusivamente o motivo da consulta. Em seguida, tratam “só a questão de higiene, de saúde mesmo” (Lúcia). Uma única mulher da pesquisa, Telma, afirmou que uma única vez tentou argumentar questões sobre ser mulher com um médico, mas “ele não ouvia o que eu tinha para falar”, o que não deixa de ser uma indicação sobre o que ele pensa a respeito do que vem a ser a mulher. Contudo, essas outras expressões sutis e indiretas de comunicação são pouco qualificadas e notadas conscientemente por elas.

As participantes do GF levantaram, também, a questão do exame clínico. Disseram se sentirem subjugadas pela forma como o exame ginecológico é realizado. O depoimento seguinte ilustra tal fato: “Eu, naquela posição constrangedora, com aquela concha dentro de mim, podia perfurar meu colo de útero” (Cilene).

Ainda que os conhecimentos e os procedimentos da medicina venham sofrendo avanços científicos, a mentalidade das(os) médicas(os) em geral parece não estar acompanhando tal processo. O depoimento de Cilene confirma esse conservadorismo. “Respondi que não tinha vontade de ter filhos. Ela indagou o porquê dessa decisão, já que ter filhos era bom, além de ser uma forma da pessoa se realizar como mulher, de se sentir completa”. Soma-se a esta afirmação o depoimento de Lúcia, o qual é bastante revelador. “Eu fui ao pediatra e ele perguntou se eu era avó da criança. Ele perguntou se eu não tinha vergonha de, naquela idade, ter um bebê tão novo”.

O fato de ser imputada às mulheres, em nosso meio sócio-econômico, muita responsabilidade em diferentes atividades e papéis foi retomado pelo psiquiatra por meio da seguinte fala de Cristina. “E por eu não estar dando conta de tudo, ser mãe, esposa, trabalhar fora, estudar, eu estava com depressão”. Tal narrativa revelou que a medicina, no caso, a psiquiatria, continua descrevendo o normal e o patológico em bases ditas científicas, mas que na verdade estão impregnadas de ideologia sexista e antiga, muito pouco discutida pelos seus oficiantes e usuários.

A fala de Telma retomou a questão da responsabilização das mulheres, no que tange a seus corpos, em especial no que diz respeito à gestação. “No meio da cirurgia da gravidez tubária, estou deitada, o médico pega na minha mão e diz: se você sabia que estava grávida por que não me avisou. Toda mulher tem obrigação de saber que está grávida”.

Tais depoimentos revelam um discurso médico biologizante, muito forte e poderoso na constituição dos processos subjetivos e identitários das mulheres participantes deste GF, enquanto sujeitos individuais e uma coletividade. Esse olhar médico contribui, sim, na percepção das mulheres de sua identidade, conforme retrata a importância deste eixo temático no conjunto do material coletado. Afinal, trata-se de um eixo constituidor dos núcleos de significação central de todos os relatos.

## Quadro 2 - A identidade da mulher e sua relação com a medicina

### Relatos extraídos do grupo focal

Eixos Temáticos	Frases
<p style="text-align: center;"><b>Ser mulher</b></p>	<p>“Significa essência”, “Ser feminina”, “Ser mãe”. “... na maioria das casas quem está mantendo a família são as mulheres”</p> <p>“Além de a gente ser a mulher feminina, a mulher mãe, a mulher amante, a gente tem de ser a mulher trabalhadora, a mulher guerreira, a mulher que sustenta a casa”</p> <p>“É a gente que segura melhor, é a gente que organiza a família, que controla o ambiente onde trabalha (...) sem perder a feminilidade”.</p> <p>“Acho que até hoje a gente busca ainda se conhecer como mulher”</p> <p>“Enfrentando a realidade de ser mãe”</p> <p>“Acho que muitas vezes o sexo frágil não somos nós, não é o feminino”</p> <p>“Onde a mulher é sexo frágil?”</p> <p>“A mulher, além de ela ser, conseguir assumir todos os papéis, ela tem de continuar demonstrando aquele lado de beleza, muitas vezes até uma certa fragilidade que nem existe”</p>
<p style="text-align: center;"><b>Diferença entre ser homem e ser mulher</b></p>	<p>“Se você aparenta muito forte, poderosa, daqui a pouco as pessoas começam a encarar como se você não fosse mulher”</p> <p>“Eu fui preparada para casar, casei com meu primeiro namorado para ser feliz para sempre”.</p> <p>“Ideal para mim seria ter um companheiro. Ter criado meu filho com o pai dele”</p> <p>“Toda mulher, pelo menos a maioria, sempre busca aquele padrão de companheiro do lado para fazer as coisas, ninguém quer viver sozinho”</p>

Quadro 2 – A identidade da mulher e sua relação com a medicina – Relatos extraídos do grupo focal (continua)

## Quadro 2 - A identidade da mulher e sua relação com a medicina

### Relatos extraídos do grupo focal

Eixos Temáticos	Frases
<p><b>Identidade de mulher</b></p>	<p>“Biológico, a gente já nasce com ele”            “Minha mãe, acho que ela foi minha inspiração”            “Eu acho que a gente foi preparada para repetir o papel de mariazinha”            “Eu acho que minha mãe reforçava a mulher submissa e ela cobrava e exigia a perpetuação disso”            “Eu fui criada para ser filha de fulano de tal e depois esposa de beltrano de tal”            “Quando eu me senti mulher, foi a primeira vez que eu tive contato com meu primeiro homem”            “Quando outro homem começou a se interessar por mim, eu acho que foi aí que me reconheci como mulher”</p>
<p><b>Ser mãe</b></p>	<p>“Era uma coisa que me faltava para eu me sentir mulher”            “Acho legal a diversidade de padrões, o que elimina o padrão em si”</p>

Quadro 2 – A identidade da mulher e sua relação com a medicina – Relatos extraídos do grupo focal (continua)



## Quadro 2 - A identidade da mulher e sua relação com a medicina

### Relatos extraídos do grupo focal

Eixos Temáticos	Frases
<p><b>O olhar médico sobre a mulher</b></p>	<p>“Só a questão de higiene, de saúde mesmo”  “Ele não ouvia o que eu tinha para falar”  “Eu, naquela posição constrangedora, com aquela concha dentro de mim, podia perfurar meu colo de útero”  “Eu fui ao pediatra e ele perguntou se eu era avó da criança. Ele perguntou se eu não tinha vergonha de, naquela idade, ter um bebê tão novo” (Pediatra)</p> <p>“No meio da cirurgia da gravidez tubária, estou deitada, o médico pega na minha mão e diz: se você sabia que estava grávida porque não me avisou, toda mulher tem obrigação de saber que está grávida” (Ginecologista)</p> <p>“E por eu não estar dando conta de tudo, ser mãe, esposa, trabalhar fora, estudar, eu estava com depressão” (Psiquiatra)</p> <p>“Respondi que não tinha vontade de ter filhos. Ela indagou o porquê dessa decisão, já que ter filhos era bom, além de ser uma forma da pessoa se realizar como mulher, de se sentir completa” (Ginecologista)</p>

Quadro 2 – A identidade da mulher e sua relação com a medicina – Relatos extraídos do grupo focal (conclusão)

### 6.5 Articulação entre Mulheres: da individualidade ao grupo

Ao ouvir as falas dessas mulheres, que sofreram constrangimento em consultas médicas, ainda que não tenham formulado claramente para si a dimensão, a frequência e o modo com que tal constrangimento ocorreu ou vem ocorrendo em suas vidas, pude perceber a força que possui o discurso médico na contribuição direta à construção de suas identidades.

Nas mulheres entrevistadas em separado, relembro Julia que se constitui mulher na maternidade, fato ratificado pelo discurso médico vigente. Mariana na relação, ou seja, no outro, incluindo o(a) médico(a), reconhecê-la mulher e Cristina em sua constante auto-descoberta sobre ser mulher.

Como o fenômeno não se apresentou só inscrito em subjetividades particulares, os dados oriundos do contato com as participantes do GF também puderam mostrar uma identidade mais coletiva aí em jogo. A compreensão de ser mulher de Cilene não está atrelada à maternidade. Já Cristina se constitui mulher marcada pela depressão. Lúcia compartilha com Julia sua percepção atrelada à questão da maternidade. E, por fim, Telma se vê amarrada à responsabilidade com seu corpo, em especial no que diz respeito à gravidez.

No entanto, as mulheres desta pesquisa movem-se entre um plano biológico que as garante mulher e o plano onde se inscreve o processo da socialização, da educação, que é uma construção sociocultural, ou seja, este as faz mulheres. É como se, por todo o tempo, elas estivessem em conflito consigo mesmas, já que este movimento pendular apresenta-se contraditório e incoerente. É aí, nesse dilema entre o biológico e o social, que a força do discurso médico as toca, pendendo a balança para o aspecto biológico.

O olhar biomédico tem, por um lado, o homem como a representação do padrão universal do ser humano, destituído das diferenças de gênero. Pois, quando se fala em gênero, revelam-se diferenças, em especial entre o homem e a mulher na nossa sociedade. E as próprias mulheres, ao focalizarem o homem como o forte em suas falas, elas mesmas reproduzem a idéia de o pouparem enquanto um ser deficitário, em falta, deixando-o sem problematizações. Logo, o homem é colocado como referência central à toda condição humana. Ele não precisa se questionar sobre o que é ser homem, isto não é algo a ser problematizado, patologizado e medicalizado. A mulher, sim.

Concomitantemente, é visto ainda na fala de todas essas mulheres que elas são o problema. Ou seja, o discurso médico lhes apresenta o normal como o homem e, por conseguinte, eles não precisam responder e nem lhes é interpelado pela medicina o que é ser homem enquanto um *sujeito-substantivo*, autônomo e emancipado. Mas, as mulheres continuam com as questões a respeito da sua identidade enquanto *sujeito-adjetivo*, que só são mulheres pela maternidade, pelo casamento, enfim pela tutela de algum vínculo social/institucional. A angústia está nelas, conforme indica-nos o trabalho aqui inspirador dessas considerações de Silva (1988), *Mulher substantivo masculino*.

As mulheres entrevistadas e participantes do GF apresentaram em comum a ambigüidade e as diferenças no próprio discurso. Elas mesmas se problematizam. Então, eu que queria secundariamente constatar o que os médicos dizem sobre ser mulher, e centrar-me principalmente no sofrimento psíquico produzido nessas mulheres pelas falas médicas, acabo por me deparar com uma identidade da mulher no sofrimento. Ou melhor, trata-se do fato de que o sofrimento passou a fazer parte da identidade dessas mulheres. Evidentemente, tal conteúdo da identidade da mulher encontra no discurso médico o

reforço de que ser mulher é viver sofrimentos e angústias de diversas ordens, daí precisar medicalizar, intervir, controlar e permanentemente problematizar.

Por fim, como num ciclo que perversamente se auto-alimenta, o difundido sofrimento gera fragilidade e dependência desse discurso médico, mantendo-as prisioneiras desse lugar de inferioridade, de tutela e de eternas pacientes. O discurso médico não é um discurso libertador. Ainda que as mulheres desta pesquisa pareçam, em alguns momentos, tentarem se descolar desse discurso, ele acaba sendo mais forte, tanto que as mantém vinculadas a essa identidade sacrificial e desvalorizada. Deparei-me, enfim, com o sofrimento psíquico, e mesmo físico, como sendo uma marca identitária da mulher entre nós, em nossa sociedade.

O mesmo aprisionamento da mulher a uma identidade de sofrimento pode ser percebido no trabalho desenvolvido por Nazário (2004), *Ser ou não ser paciente: a questão dos portadores de fibromialgia em um grupo psicoterápico*, que também inspira me inspira na elaboração dessas análises. Ao estudar um grupo portador de fibromialgia no Distrito Federal, formado basicamente por mulheres, a pesquisadora buscou conhecer o que significava ser paciente crônico e como o processo de subjetivação dessa identidade era constituído. Sua busca levou-a à compreensão de que o sofrimento era a principal referência para os processos de pacientização, os quais se misturavam com os processos de identidade grupal e das mulheres em particular. Ou seja, suas reflexões finais nos esclarecem como ocorre a construção da identidade no processo de tornar-se paciente e, nesse escopo, como se desenha o processo de subjetivação feminina de pessoas tão dependentes dos hospitais, dos conhecimentos e poderes médicos, constituindo-se sujeitos na "[...] posição marcante de subalternidade, passividade, resignação, sacrifício, sofrimento e silenciamento diante da autoridade patriarcal que é neste caso, encarnada pela figura do

médico e pela instituição hospitalar" (Nazário, 2004, p.157). Essas são, portanto, características identitárias também encontradas nas mulheres da presente pesquisa, ainda que em grau bem menor de dependência e pacientização.

No entanto, como a identidade de gênero inclui questões ideológicas, políticas, econômicas e simbólicas, que se constituem nas relações sociais de poder, e a identidade é relacional, conforme toda a referência de Hall (2000, 2005) por mim utilizada retrata, sinto-me impelida a pensar na possibilidade de superação de tal situação. Acredito que é justamente, por meio do desvelamento e da denúncia do conteúdo de sofrimento, que permeia e articula essa identidade entre as mulheres, onde se localiza uma das saídas de posição tão desvalida. É verdade que a relação médico-paciente é apenas uma do conjunto de relações sociais que vem dando privilégios para os homens e ônus às mulheres, mantendo a desigualdade em planos materiais e simbólicos, bem como transcendendo o corpo anatômico e se instalando na forma das pessoas de serem e estarem no mundo. Porém, não se deve deixar de minar qualquer uma de tais relações sociais opressoras.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação se organizou e se desenvolveu a partir da inquietante busca de se compreender o que é ser mulher, tendo como referência o impacto que a perspectiva sobre os corpos e as doenças, adotada pela medicina moderna vem tendo sobre as vidas das pessoas. Por conseguinte, seu principal objetivo foi apreender a forma pela qual a visão da medicina moderna tem contribuído para a construção da identidade de mulheres, que admitem terem sentido constrangimento de gênero em consultas médicas, e os seus desdobramentos subjetivos em termos de sofrimento psíquico nelas provocado.

Para alcançar tal objetivo, nos segundo, terceiro e quarto capítulos deste trabalho, preocupei-me em situar a(o) leitora(o) quanto à fundamentação teórico-metodológica que daria sustentação à problematização proposta. Ou seja, no primeiro momento, expresso por tais capítulos, busquei compreender as concepções vigentes em nossa sociedade e no discurso médico que limitam o reconhecimento e a afirmação da mulher enquanto sujeito livre, emancipado e autônomo. Na verdade, esse conjunto tradicional e arraigado de concepções legitima-a apenas nos papéis de mãe, esposa e rainha do lar.

No trajeto de apreender o que é ser mulher hoje e de questionar tais concepções academicamente, apoiei-me nos movimentos feministas e nos estudos de gênero, de forma a romper com a naturalização da condição feminina tão difundida pela biologia. Depois, lancei-me na compreensão da diferença sexual, criticando as afirmações da medicina e buscando a forma pela qual os saberes médicos se consolidaram como prática médica e ideológica do patriarcado. Seguindo esse rastro, deparei-me com três saberes específicos da medicina, considerados ciências à parte: a ciência da mulher, a ciência do parto e a ciência

da diferença, que se dedicam exclusivamente à natureza da mulher, do corpo feminino e à sua medicalização. E, por fim, encontrei a visão do corpo feminino pela ótica específica da psiquiatria e da psicanálise. Descobri, assim, a histeria enquanto praticamente uma marca fundante da construção do pensamento social e ocidental sobre a mulher.

A partir desse *background* teórico, foi possível e importante compreender os processos identitários da mulher e o redimensionamento dos papéis sociais relativos à dimensão do gênero, após os movimentos feministas na sociedade contemporânea. Todas as várias perspectivas teóricas apresentadas confluíram no sentido de me ajudar a pontuar a identidade da mulher como um fenômeno processual estabelecido continuamente a partir do reconhecimento, subjetivo e objetivo, de si mesmas e da alteridade.

Em particular, também, mostraram-se importantes os estudos de gênero, que contribuíram significativamente para a minha compreensão de como esse referido processo de construção da identidade da mulher vai sendo reelaborado nas estruturas das relações de gênero e nas suas interações. Além de pluralizarem a mulher, tais estudos revelaram-me que o feminino não repousa em dados auto-evidentes, naturais e biológicos, nem numa misteriosa essência feminina, bem como revelaram-me que algumas exaltadas qualidades de força e beleza atribuídas à mulher genérica, não constituíram-se senão em inferioridades da mesma. Foi dessa vivência dolorosa da mulher como inferior ao homem, atrelada diretamente ao discurso médico dominante, que surgiu o título e o mote desse trabalho: “O mito da fragilidade – o olhar médico sobre o corpo da mulher e seus desdobramentos psíquicos”.

Para a realização da pesquisa empírica, onde se buscou investigar e discutir experiências concretas, foram entrevistadas, individualmente, três mulheres e desenvolvido um grupo focal com quatro outras mulheres (exceto uma, que também foi entrevistada). A

escolha pelas mulheres participantes desta investigação foi árdua, por ter sido exatamente difícil encontrar mulheres que qualificassem as falas médicas como constrangedoras e até mesmo ofensivas à existência da mulher. Tenho idéia clara da especificidade e raridade desse pequeno grupo. Trata-se mulheres que, de algum modo ainda turvo e pouco elaborado, problematizaram a questão aqui evidenciada. Mas o discurso biologizante sobre si mesmas ainda é muito forte e poderoso em sua constituição enquanto sujeitos, na percepção de sua identidade enquanto sendo mulheres. Tem-se, aí, uma estrutura ideológico-simbólica bastante arraigada.

No caso desta pesquisa, enfatizei constrangimentos sofridos por mulheres que se consultaram nas especialidades médicas da ginecologia e obstetrícia, pediatria e psiquiatria. Poucas foram as vezes que essas seis mulheres se opuseram ao modelo biomédico, conseguindo perceberem-se fora dele. Quando recorriam à possibilidade sócio-cultural para se verem, tinham dificuldades para se despregarem, totalmente, da poderosa referencia biológica.

Na verdade, nesta pesquisa não se procurou traçar e alcançar um ponto de chegada previamente definido. Mas, sim, obter uma compreensão mais ampla e profunda da problemática exposta por intermédio das falas. Dessa forma, pela utilização de uma metodologia inspirada pela fenomenologia, ouvi relatos de mulheres, que dirigem suas vidas, responsabilizam-se por seu sustento e de seus dependentes, enfrentando situações psicológicas difíceis pelo fato de serem mulheres, profissionais, mães, donas de casa, et e ainda se depararem com um olhar médico sexista e reducionista de suas experiências.

Ainda assim, a história de vida dessas mulheres mostrou-se impregnada pelo discurso médico vigente, um discurso geral de nossa sociedade, um discurso patriarcal, que pretende encaixar a mulher em modelos predeterminados biológica e culturalmente e que se



desdobram nas duas vertentes surgidas evidentemente e em conflito na fala das mulheres estudadas.

Por isso, explica-se o fato de que no primeiro momento de compreensão do que é a mulher, pode-se perceber que a noção das entrevistadas e das participantes do GF passa necessariamente pela história de contato e observação de seus corpos. Nos relatos, encontrei uma mulher naturalizada e reduzida a seu corpo – genitália de fêmea, menstruação, maternidade e sexualidade heterossexual, entre outros, o que endossou a idéia motivadora inicial desta dissertação de identificar a forte influência do discurso médico na construção da identidade da mulher moderna. Logo, a constatação da impregnação desse discurso dominante na vida e em aflições das mulheres é a argumentação necessária em direção à elaboração de futuros questionamentos críticos sobre o que vem sendo a identidade da mulher na atualidade e os seus processos de subjetivação, tendo por referência o plano biológico. Sem dúvida, a ruptura do modelo ideal de ser mulher, que assegura às pessoas um lugar definido nesta sociedade, provoca dúvidas, angústias e transformações, como foi apresentado no início do presente trabalho.

No entanto, ainda que as mulheres demonstrem disposição e esforço em se redefinirem, em revisarem determinados saberes, isto também não as livra de sofrimentos psíquicos, devido ao choque com o modelo imposto e ao isolamento em que se encontram para darem conta de subverter essa realidade. Talvez, por isto, tenham pouca elaboração consciente sobre os constrangimentos de gênero e sigam tão identificadas com um ser em permanente sofrimento. Por outro lado, para que mal-estares e sofrimentos decorrentes do olhar médico cessem é altamente necessária a sua desmistificação, ou seja, a desmistificação da fragilidade feminina. Dessa forma, ratifico que a intenção desta pesquisa foi direcionada à busca por novos olhares para se definir as mulheres, para além da

biologia. De modo indireto, esta pesquisa também foi direcionada a facilitar, de alguma maneira a produção de novas reflexões e novos discursos acadêmicos, que possibilitem as pessoas a encontrarem seus lugares no mundo. Um lugar único e pessoal.

Para finalizar, lanço mão da personagem de Lucía, a protagonista do filme mexicano *Aos olhos de uma mulher*, uma mulher que passa a redescobrir sua própria vida após constatar que não era como imaginava ser. Ela se enxerga morena, loira, ruiva, castanha, sexy, comportada, bonita, livre, maquiada, desarrumada. Assistimos ao que os olhos dela enxergam. Mas sabe-se que não importa, Lucía pode ser todas essas aparências e elas diante dos seus próprios olhos. Isto só depende de suas descobertas e isto também nos diz que não é preciso mudar de paisagem para conquistar uma mudança interior. É preciso, sim, mudar o olhar.

## REFERÊNCIAS

- Aleixo, D. de C. (2005) *Arqueologia do Feminino em Freud*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, UnB.
- Almeida, T.M.C.; Silva, E.L.; Pinto, T.Q.; Batista, S.A. e Freitas, C.G. (no prelo). *Corpo, Gênero e Medicina*.
- Alves, B. M. & Pitanguy, J. (2003) *O que é o feminismo?* São Paulo: Editora Brasiliense.
- Amatuzzi, M. M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13 (1): 5-10.
- Ariès, P. (1981) *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Beauvoir, S. (1980) *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Bicudo, M.A.V. (1997) Sobre a fenomenologia. Em: Bicudo, M. A. V. e Espósito, V. H. *Pesquisa qualitativa em educação*. Piracicaba: UNIMEP.
- Carneiro, S. (1993). Identidade feminina. Em: *Cadernos Geledés*, n. 4, pp. 187-183.
- Chauí, M. (1991) *Repressão sexual – Essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Ciampa, A. C. (2001) *A estória de Severino e a História da Severina: um ensaio de psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- Costa, J. F. (1983) *Ordem médica e Norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Costa, R. (2004) *Para além da maternidade: outras de subjetivação do feminino*. Dissertação de Mestrado de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Católica de Brasília, UCB.

De Lamare, R. (2000) *A vida do Bebê*. Rio de Janeiro: Bloch.

Engel, M. (2004) Psiquiatria e feminilidade. Em: *História das mulheres no Brasil* (pp. 322-361). São Paulo: Contexto.

Figueiredo, L. C. M. e Santi, P. L. R. (2003) *Psicologia – Uma (nova) introdução*. São Paulo: Educ.

Fini, M. I (1997) Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. Em: Bicudo, M. A. V. e Espósito, V. H. *Pesquisa qualitativa em educação*. Piracicaba: UNIMEP.

Foucault, M. (1988) *História da sexualidade I – A vontade de saber*. Rio de Janeiro: graal.

Freud, S. (1895) Estudos sobre a Histeria. Em *Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1896) Etiologia da Histeria. Em *Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1905) Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Em *Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1923) A organização genital infantil – Uma interpolação na teoria da sexualidade. Em *Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1924a) Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. Em *Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1924b) A dissolução do complexo de Édipo. Em *Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1930) O mal estar na civilização. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1931) Sexualidade Feminina. Em *Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1932) Conferência XXXIII – Feminilidade. Em *Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Gay, P. (1988). *A educação dos sentidos*. São Paulo: Companhia das Letras

Guarnica, A. V. M. (1997) Algumas notas sobre a pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface, comunic, saúde, Educ*, 1, agosto, 109-119.

Giorgi, A. (1989). Um enfoque fenomenológico-descritivo da psicologia empírica. *Psicologia: reflexão e crítica*, 4 (1/2): 116-123.

Gomes, W.B. (org.) (1998). *Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS.

Gomes, M. E. e Barbosa, E. F (1999) *A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos*. Educativa – Instituto de pesquisa e inovações educacionais. Retirado no <http://www.dppg.cefetmg.br/mtp/técnica%20de%20Grupos%20Focais.doc>.

Hall, S. (2005) *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.

Hall, S. (2000) Quem precisa de identidade? Em: Silva, T. (org.). *Identidade e diferença*. (pp. 103-133). Petrópolis: Vozes.

Laqueur, T. (2001) *Inventando o sexo – corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Laville, C. e Dione, J. (1999) *A construção do saber*. Porto Alegre: Artmed.

Lewontin, R; Rose, S. e Kamin, L. J. (1984) *No está em los genes – Racismo, genética e ideología*. Barcelona: Crítica.

Louro, G. L. (1997) *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Martins, A. P. V. (2004) *Visões do feminino – A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Martins, J. e Bicudo, M. A. V. (1989) *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: EDUC.

Mead, M. (2000) *Sexo e temperamento*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Nazário, B. (2004) *Ser ou não ser paciente: a questão dos portadores de fibromialgia em um grupo psicoterápico*. Dissertação de Mestrado de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Católica de Brasília, UCB.

Nunes, S. A. (2000) *O corpo e o diabo entre a cruz e a caldeirinha – um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Orlandi, V. O. (1985) *Teoria e prática do Amor à criança – Introdução à Pediatria Social do Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Ortner, S. (1974) Is Female to Male as Nature is to Culture? In: Rosaldo, M. & Lamphere, L. (org.) *Women, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press.

Pereira, O. P. e Almeida, T. M.C (2002). *As Ciências Humanas e as Saúde: Inovações teórico-metodológicas na formação médica*. Brasília.

Pease, A. e Pease, B. (2000) *Por que os homens fazem sexo e as mulheres fazem amor?*. Rio de Janeiro: Sextante.

Pease, A. e Pease, B. (2003) *Por que os homens mentem e as mulheres choram?* Rio de Janeiro: Sextante.

Rohden, F. (2001) *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Segato, R. L. (2003) *Las estructuras elementales de la violencia – Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

Silva, M. E. A. (1988) *Mulher substantivo masculino*. Campinas: Editora da Unicamp.

Spink, M.J.P (2003) As origens históricas da obstetrícia moderna. Em: Spink, M.J.P *Psicologia Social e Saúde – Práticas, Saberes e Sentidos* (pp.169-193). Petrópolis: Vozes.

Suárez, M. (2000) “Gênero: uma palavra para desconstruir idéias e um conceito empírico e analítico”. Em: *Gênero no Mundo do Trabalho: I Encontro de Intercâmbio de Experiências do Fundo de Gênero no Brasil*. (pp. 16 a 30) Brasília, DF.

Szymanski, H. (2004) *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva*. Brasília: LiberLivro.

Turato, E. R. (2005) Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública* 39 (3): 507-14.

Vieira, E. M. (2002) *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A

### Roteiro de perguntas – Entrevista Reflexiva

1. O que significa, para você, ser mulher?
2. Qual a diferença há, para você, entre ser homem e mulher?
3. Quando você se percebeu mulher pela primeira vez?
4. Conte-me a sua descoberta em ser mulher.
5. Quais foram as pessoas que a ajudaram a construir a sua identidade de mulher? De que forma?
6. Qual é, para você, o padrão ideal de mulher?
7. Quais são os fatores que determinaram que você criasse sua identidade de mulher?
8. Quando foi a primeira vez que você foi ao(à) ginecologista?
9. Como foi, para você, a consulta?
10. O(a) ginecologista conversou com você sobre ser mulher? De que forma?
11. O que levou você ao(à) pediatra?
12. Como foi, para você, a consulta?
13. O(a) pediatra conversou com você sobre ser mulher? De que forma?
14. O que a levou ao(à) psiquiatra?
15. Como foi, para você, a consulta?
16. O(a) psiquiatra conversou com você sobre ser mulher? De que forma?
17. Os médicos vêm conversando com você sobre o que é ser mulher?
18. O que você acha sobre o que os médicos dizem sobre o que é ser mulher?
19. Você já passou algum constrangimento com a/o médica/o? Qual?

## APÊNDICE B

### Roteiro de perguntas – Grupo Focal

01. O que significa, para vocês, ser mulher?
02. Qual a diferença há, para vocês, entre ser homem e mulher?
03. Quando vocês se perceberam mulher pela primeira vez?
04. Conte-me sobre sua descoberta em ser mulher.
05. Quais foram as pessoas que ajudaram vocês a construir a sua identidade de mulher?  
De que forma?
06. Qual é, para vocês, o padrão ideal de mulher?
07. Quais são os fatores que determinaram que vocês criassem sua identidade de mulher?
08. Quando foi a primeira vez que vocês foram ao(à) ginecologista?
09. Como foi, para vocês, a consulta?
10. O(a) ginecologista conversou com vocês sobre ser mulher? De que forma?
11. O que levou vocês ao(à) pediatra?
12. Como foi, para vocês, a consulta?
13. O(a) pediatra conversou com vocês sobre ser mulher? De que forma?
14. O que levou vocês ao(à) psiquiatra?
15. Como foi, para vocês, a consulta?
16. O(a) psiquiatra conversou com vocês sobre ser mulher? De que forma?
17. Os médicos vêm conversando com vocês sobre o que é ser mulher?
18. O que vocês acham sobre o que os médicos dizem a respeito do que é ser mulher?
19. Vocês já passaram algum constrangimento com a/o médica/o? Qual?

## APÊNDICE C

### Convite para participar do Grupo Focal

**Data:** 1º de Abril de 2006

**Local:** Clínica LinaVida – SEPS 705/905 Ed. Mont Blanc Sala 214

**Horário:** 14h30min

#### **Convite**

Gostaria de convidá-la para a conversa coletiva “O olhar médico sobre o corpo feminino”, que abordará os temas mulher, medicina e relações de gênero. O encontro faz parte da pesquisa da mestranda Carolina Gonçalves de Freitas, aluna da Universidade Católica de Brasília.

A conversa reunirá mulheres com a finalidade de conhecer a opinião de mulheres sobre a realidade feminina no que se refere aos papéis sociais que lhes são impostos. Também pretende investigar quais são as formas de manifestação da feminilidade na nossa sociedade atual e verificar quais são os fatores biopsicossociais que interferem na construção da identidade de mulher.

Sua participação acontecerá em uma única reunião, com a duração de aproximadamente duas horas. A participação é gratuita e espontânea, de acordo com sua disponibilidade de tempo e interesse. As identidades das participantes serão mantidas em sigilo, para que fiquem bem a vontade para expressarem suas idéias.

Venha dar sua opinião sobre esses temas e contribua para a transformação das relações sociais e da percepção dos profissionais de saúde sobre as questões femininas.

Espero você!

Carolina Gonçalves de Freitas (telefone para contato: 9291.5244)

Mestranda da Universidade Católica de Brasília

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Prezada senhora,

A pesquisa realizada pela mestranda Carolina Gonçalves de Freitas, da Universidade Católica de Brasília, tem o objetivo de conhecer a opinião de mulheres sobre a realidade feminina no que se refere aos papéis sociais que lhes são impostos. Pretende, também, investigar quais as formas de manifestação da feminilidade na nossa sociedade atual e verificar quais são os fatores biopsicossociais que interferem na construção da identidade de mulher. Assim, a informação do seu ponto de vista sobre esses temas pode contribuir para a compreensão da mulher na atual sociedade.

Para tanto, a pesquisa prevê a realização de entrevistas semi-estruturadas sobre o tema acima mencionado. O conteúdo das informações colhidas por esta pesquisa será mantido em sigilo, será analisado posteriormente e servirá de base para a reflexão, elaboração de relatórios e elaboração de publicações.

A sua participação neste trabalho é de responder a algumas perguntas feitas pela pesquisadora responsável. Elas têm o objetivo de guiar o encontro. Este acontecerá num ambiente reservado. A senhora pode, nesta conversa, dar a sua opinião de forma livre, ou seja, sua fala só será interrompida quando eu perceber que a senhora se encontra em algum tipo de dificuldade. A entrevista terá a duração média de uma hora e trinta minutos e acontecerá num único encontro. Não há nenhum custo para participar da entrevista semi-estruturada. Vale ressaltar que essa conversa não lhe apresentará nenhum tipo de desconforto e nem de risco.

Convido a senhora a participar deste trabalho por meio de suas declarações junto à entrevistadora. Esclareço, ainda, que sua participação deve ser espontânea e gratuita, assim como dentro de sua disponibilidade de tempo e de seu interesse. Logo, a qualquer momento, a senhora pode encerrar sua participação, que se manterá sempre em sigilo e no anonimato.

Em caso de dúvidas ou necessidade de outros esclarecimentos, a coordenadora da pesquisa e professora da UCB, Professora Dra. Tânia Mara Campos de Almeida, pode ser encontrada no seguinte telefone 61-99648183. Além dela, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UCB – poderá também ser contatado.

Se eu puder contar, portanto, com sua livre colaboração, por favor, preencha os dados abaixo e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Atenciosamente,

Mestranda Carolina Gonçalves de Freitas

Local e data:

Nome:

Assinatura do participante e RG:

Em caso de participante analfabeto:

Local e data:

Nome:

Nome da testemunha:  
Assinatura da testemunha e RG:

## APÊNDICE E

### TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPO FOCAL

Prezada senhora,

A pesquisa realizada pela mestranda Carolina Gonçalves de Freitas, da Universidade Católica de Brasília, tem o objetivo de conhecer a opinião de mulheres sobre a realidade feminina no que se refere aos papéis sociais que lhes são impostos. Pretende, também, investigar quais as formas de manifestação da feminilidade na nossa sociedade atual e verificar quais são os fatores biopsicossociais que interferem na construção da identidade de mulher. Assim, a informação do seu ponto de vista sobre esses temas pode contribuir para a compreensão da mulher na atual sociedade.

Para tanto, a pesquisa prevê a realização de Grupos Focais – GF – sobre o tema acima mencionado. O conteúdo das informações colhidas por esta pesquisa será mantido em sigilo, será analisado posteriormente e servirá de base para a reflexão, elaboração de relatórios e elaboração de publicações.

A sua participação nesse trabalho é de integrar um grupo que se proponha a debater o tema acima citado. Este GF terá a duração média de duas horas e acontecerá num único encontro. A senhora não terá nenhum custo para participar do GF. Vale ressaltar que essa conversa coletiva não lhe apresentará nenhum tipo de desconforto e nem de risco.

Convido a senhora a participar desse trabalho por meio de suas declarações junto à entrevistadora. Esclareço, ainda, que sua participação deve ser espontânea e gratuita, assim como dentro de sua disponibilidade de tempo e de seu interesse. Logo, a qualquer momento, a senhora pode encerrar sua participação, que se manterá sempre em sigilo e em anonimato.

Em caso de dúvidas ou necessidade de outros esclarecimentos, a orientadora da mestranda e professora da UCB, Professora Dra. Tânia Mara Campos de Almeida, pode ser encontrada no seguinte telefone 61-99648183. Além dela, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UCB – poderá também ser contatado.

Se eu puder contar, portanto, com sua livre colaboração, por favor, preencha os dados abaixo e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Atenciosamente,

Mestranda Carolina Gonçalves de Freitas

Local e data:  
Nome:  
Assinatura do participante e RG:

Em caso de participante analfabeto:  
Local e data:  
Nome:  
Nome da testemunha:  
Assinatura da testemunha e RG: