

# A CONTRIBUIÇÃO FEMININA À TEORIA E PRÁTICA DA SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS NOS SÉCULOS XIX E XX

**Regina Morantz-Sanchez**

**Tradução: Martina Sayer**

*Resumo: Ao examinar a história das contribuições das mulheres para a atenção à saúde nos Estados Unidos, ao longo dos séculos XIX e XX, este artigo sugere que as reformadoras enfatizavam as necessidades especiais e as aptidões particulares das mulheres para as práticas de atenção à saúde. A maioria delas aceitava as diferenças femininas e afirmava que elas podiam desempenhar um papel especial na medicina, particularmente a defesa dos cuidados para com as mulheres e crianças. Considerando as críticas feministas do século XX, como é possível compreender os modos através dos quais as noções de diferença feminina tanto ajudaram quanto limitaram as mulheres no passado? Como poderemos difundir uma noção mais completa de igualdade feminina na atenção à saúde que leve em consideração as necessidades especiais das mulheres?*

*Palavras-chave: Elizabeth Blackwell; abordagens holísticas em saúde; maternalismo e reforma da saúde.*

Na última década do século XIX, Elizabeth Blackwell – a primeira mulher formada em medicina, nos Estados Unidos, e importante líder do movimento feminista anglo-americano nessa área – escreveu uma série de artigos revelando uma profunda insatisfação e preocupação com os desdobramentos científicos, em particular, dos estudos médicos laboratoriais e experimentais que se apoiavam na vivissecção e na teoria dos germes. É interessante notar que a autora tachou a nova ciência experimental de “masculina”. Ela até culpou o “intelecto masculino” pelo surgimento da bacteriologia e alertou as suas estudantes para a tirania da autoridade masculina na

## GÊNERO

medicina. “Não é a imitação cega dos homens nem a aceitação pura e simples de tudo que seja ensinado por eles que se faz necessária” ela escreveu na ocasião. Desapontada, ela lamentou que as estudantes ainda estivessem demasiado “acostumadas a aceitar o governo e a instrução masculinas como algo definitivo, praticamente nem se lembravam de que poderiam e deveriam questioná-los”.<sup>1</sup>

Apesar do caráter feminista explícito dessa manifestação, essa preocupação da autora com os efeitos da nova medicina científica continua em foco um século depois. É um axioma da nossa cultura que os benefícios gerados pela ciência, na medicina, são enormes hoje em dia. Ficamos, pois, tentados a descartar as reservas de Blackwell como sendo o pensamento de uma velha excêntrica que estudou medicina em meados do século XIX, quando ainda vigorava um conceito “errôneo” sobre as doenças. É, igualmente, verdade que há um forte componente reacionário na abordagem de Blackwell. É preciso considerar, entretanto, que também seria apressado rejeitar as suas afirmações por completo e que seria muita negligência da nossa parte não indagar por que ela tinha tantas dificuldades com a medicina científica e o que a levou a culpar o “intelecto masculino” por isso. As palavras e afirmações de Blackwell podem nos ajudar a entender melhor a participação e a abordagem femininas da área da saúde no passado e, quem sabe, suscitar algumas sugestões para nossos procedimentos no presente e no futuro.

Blackwell acreditava que os “caçadores” de micróbios representavam três perigos fundamentais à prática médica. Primeiro, sua concepção da etiologia da doença era reducionista e materialista. Esses pesquisadores também julgavam que o espaço do laboratório lhes permitia o estudo “objetivo” da natureza e o exercício da neutralidade e do distanciamento relativamente ao objeto estudado. Eles buscavam um conhecimento descolado de contextos específicos e que pudesse ser reduzido a leis universais, generalizações ou regras e normas. Supunham que um investigador criterioso se esforçava para eliminar as diferenças e encontrar elementos comuns que ligassem exemplos sucessivos. Com relação aos experimentos sobre processos fisiológicos, o historiador John Harley Warner observou que “fazia relativamente pouca diferença se o processo ocorria em um imigrante irlandês ou em um cão de laboratório”.<sup>2</sup>

Em segundo lugar, Blackwell era contra a prática da vivissecção, não porque estivesse preocupada com o sofrimento dos animais, mas em virtude do processo de distanciamento do objeto investigado que a experimentação em animais vivos encorajava. Ela considerava que esse tipo de experiência deixaria os estudantes de medicina insensíveis, inibindo o que ela designava de “simpatia inteligente para com o sofrimento, qualidade fundamental de um bom médico”. Neste sentido, ela prognosticou que eles logo considerariam os doentes pobres apenas como “material clínico” e que a objetividade do clínico acarretaria a objetificação do paciente: “O comportamento do estudante e do doutor em face dos doentes pobres é o teste de fogo do bom médico”.<sup>3</sup>

Finalmente, Blackwell temia que a importância atribuída ao laboratório afastasse os profissionais da prática clínica e que ela ameaçava gravemente a relação médico/paciente. Para ela o “bom” médico tinha duas obrigações para com o paciente: a primeira era curá-lo da doença e a segunda – tão importante quanto a primeira – era aliviar seu sofrimento com o que ela e a maioria dos vitorianos chamavam de “simpatia”.

A noção de simpatia de Blackwell – conceito esse que hoje em dia designamos como “empatia” – era essencial para sua concepção de profissionalismo médico.<sup>4</sup> A autora achava que a maternidade, assim como a própria prática da medicina, era uma “especialidade notável” por causa dos “princípios espirituais” subjacentes às tarefas ordinárias realizadas pela maioria das mães. Ela qualificou-as de “poder espiritual da maternidade” e baseou-se nelas para fundamentar tanto suas noções relativas à responsabilidade moral quanto suas exposições sobre o que caracteriza a boa ciência. Segundo ela, o saber derivado da prática social de cuidar dos filhos não podia ser medido ou reproduzido em laboratório.<sup>5</sup> Ao definir a relação médico/paciente tomando como referência a interação entre mãe e filho, Blackwell associava a simpatia às mulheres. Ela foi, no entanto, cuidadosa o suficiente para asseverar que isso era algo que homens também poderiam aprender.

Elizabeth Blackwell não era a única pensadora dessa época a estabelecer uma relação entre suas visões de boa prática médica e noções de unicidade das mulheres. Ao analisarmos a história da saúde nos Estados Unidos, descobrimos que suposições “naturalizadas” sobre o comportamento feminino desempenharam um papel significativo tanto nas definições de doenças quanto no seu tratamento. No fim do século XIX, essas interpretações eram empregadas, por exemplo, para realçar a importância da preservação de abordagens humanistas e holísticas na saúde e para criticar o favorecimento da cura, colocando-a acima do cuidado.<sup>6</sup>

Avaliando a participação feminina na história da saúde, seria provavelmente acertado alegar que as distinções de gênero sempre ocuparam lugar de destaque, de uma forma ou de outra, e que as antigas comadres freqüentemente visavam especificamente as necessidades das mulheres. Na fascinante edição do diário da parteira Martha Ballard, *A Midwife's Tale*, escrito entre 1785 e 1812 por Laurel Ulrich, encontramos o protótipo da participação feminina na história da saúde norte-americana. Tratava-se de uma mulher com grandes habilidades obstétricas que atuava em um mundo onde as redes femininas e masculinas estavam claramente separadas. Ela compreendia o poder, a força e a utilidade do cuidado medicinal que os doutores podiam oferecer e, em partos difíceis, ocasionalmente, trabalhava com médicos. Contudo, sua habilidade estava diretamente ligada ao fato de ser mulher em um mundo de mulheres e, como tal, era prezada pelas vizinhas e amigas bem como em um contexto social mais amplo, composto de ambos os sexos, mais precisamente de maridos e esposas. Até a profissionalização perturbar essa cooperação, no início do século XIX, Ballard contava com o respeito e o apoio dos médicos da cidade, em

## GÊNERO

parte por reconhecerem que ela administrava um cuidado voltado primordialmente às mulheres e, assim, oferecia algo que eles, médicos, não podiam oferecer.<sup>7</sup>

50 anos mais tarde, mulheres reformistas começaram a defender a promoção e a adoção de práticas racionalistas na saúde. Na medida em que a expectativa de vida aumentava e a mortalidade infantil diminuía, as doenças deixaram pouco a pouco de ser endêmicas. Atitudes fatalistas diante da morte e da doença foram vencidas pela convicção de que uma boa saúde está ao alcance de todos os cidadãos. Como se processou esta mudança? Não podemos explicá-la mencionando avanços heróicos realizados por cientistas médicos nesses anos, uma vez que não houve muitas descobertas científicas desse tipo no período antes da guerra. A revolução na saúde do século XIX foi de fato muito mais mundana: seus defensores não eram somente os grandes homens da ciência, e sim homens e mulheres comuns – especialmente mulheres – que divulgavam e implementavam novas atitudes em relação à limpeza pública e privada.

Auto-ajuda em questões de saúde, higiene pública, reforma dietética, moderação, hidroterapia e conhecimentos fisiológicos se fundiram e constituíram os ingredientes de uma campanha coerente e articulada para salvar a nação, combatendo a má saúde dos seus cidadãos. Nunca a atenção destinada à boa saúde suscitara uma atividade pública tão ampla. No centro do movimento estavam mulheres de classe média que, graças aos seus novos papéis numa sociedade cada vez mais complexa, tornaram-se o principal público dos reformadores da saúde. Como a estrutura familiar do século XIX estava em mutação, exigindo cada vez mais que as mulheres ensinassem valores “modernos” aos seus filhos, mulheres comuns se voltaram para o crescente movimento de reforma na saúde em busca de soluções práticas para problemas desconcertantes apresentados por oradores, jornais e panfletos sobre a reforma na saúde.<sup>8</sup>

A ideologia reinante sobre as mulheres reforçou essa mudança. Por exemplo, em 1837 foi fundada a Sociedade Americana de Fisiologia (APS), em Boston, para fomentar a saúde através do ensino de princípios fisiológicos a cidadãos comuns. Praticamente um terço dos membros era composto por mulheres e, no segundo encontro anual, a nova organização reconheceu o papel central da mulher na promoção da saúde da família ao aprovar uma resolução exaltando sua missão como sendo “apenas inferior a Deus”.<sup>9</sup> As mulheres foram às ruas para dar palestras. Em todo o nordeste dos Estados Unidos começaram a surgir “Sociedades de Fisiologia para Damas”.<sup>10</sup> Para as mulheres comuns, a revolução na saúde promovida por essas líderes tornou-se um elemento fundamental na sua remodelação do mundo público e privado, permitindo-lhes enfrentar os problemas criados pela vida industrial e urbana e facilitando sua transição para um mundo mais complexo. O movimento também produziu um certo número de ativistas femininas que aliaram seu interesse por problemas de saúde ao treinamento de mulheres em medicina. Na medida em que as adeptas do movimento aprendiam a lidar com as rápidas mudanças sociais, as

líderes mostravam um caminho para fora do lar e um papel mais ativo na mudança social.<sup>11</sup>

Este voluntarismo feminino é resultado direto das grandes mudanças ocorridas nos planos social e econômico durante esse período e contribuiu para transformar a vida familiar e o significado social dos papéis de gênero. Particularmente importante era a ideologia da domesticidade que glorificava a separação entre lar e vida pública, além de exaltar as qualidades femininas: a criação dos filhos, a superioridade moral e a maternidade. Apesar dessa ideologia parecer reafirmar, ao menos no plano superficial, o elo tradicional da mulher com o lar, ela igualmente prometia uma mudança radical ao romantizar a família, colocando as mulheres no seu centro moral e espiritual e atribuindo-lhes um papel vital na preservação dos valores civilizados. Estes valores não deveriam apenas caracterizar a vida familiar, mas também as instituições sociais em geral e, neste contexto, muitas mulheres aproveitaram seu novo poder moral para se afirmar na vida pública. Por exemplo, mulheres médicas estavam entre as primeiras ativistas do século XIX a levar valores domésticos para a esfera pública.<sup>12</sup>

Outras atividades associativas e caritativas de mulheres de classe média não apenas facilitaram a entrada de mulheres na medicina, mas também estimularam mulheres leigas (sem diploma específico) a assumir um papel ativo na saúde, de outras maneiras. Na década de 1870, as cidades maiores já contavam com vários hospitais e algumas outras instituições assistenciais especializadas, além dos tradicionais asilos de pobres. Com a imigração irlandesa maciça, na década de 1840, algumas mulheres dedicaram-se à construção de orfanatos para crianças desamparadas, onde mulheres cuidavam da administração dos negócios, participavam de conselhos ou atuavam como governantas e professoras. Muitas dessas primeiras instituições estavam ligadas a diversas igrejas e congregações religiosas. Em seguida, veio a experiência da Guerra Civil, na qual as mulheres ajudaram em uma série de serviços relacionados à saúde, inclusive preparando o abastecimento medicinal, servindo de enfermeiras na frente de batalha ou participando de diversas atividades assistenciais promovidas pela Comissão Sanitária, além de treinar um grande grupo de mulheres de classe média em múltiplas atividades de assistência social.<sup>13</sup>

A gestão e a inspeção de hospitais era uma dessas atividades. A Associação de Ajuda das Instituições de Caridade de Nova Iorque, criada logo após a Guerra Civil e cujo primeiro alvo era o hospital Bellevue de Nova Iorque, alterou para sempre as práticas e regras desse hospital. Para as senhoras que visitavam a instituição, as alas de Bellevue revelavam horrores. Após muitos anos, um membro do comitê de visitação, Elizabeth Hobson, ainda recordava que “o aspecto dos pacientes e os odores repugnantes me deixaram tão nauseada que quase desmaiei e tive de sair”. Porém, a Sra. Hobson, esposa de um banqueiro, com quarenta e poucos anos, voltou no dia seguinte e permaneceu até o fim do *tour*. No caminho para casa, ela parou em uma livraria para encomendar a obra completa de Florence Nightingale sobre enferma-

## GÊNERO

gem. Por fim, ela passou a presidir o comitê de visitação. O grupo recomendou a fundação de uma escola de enfermagem, seguindo o modelo da escola de Florence Nightingale em Londres. Até o fim do século, a criação de hospitais e escolas de enfermagem continuou sendo um resultado importante da atividade benemerente de mulheres leigas como Elizabeth Hobson.<sup>14</sup>

Enfermeiras, tanto negras quanto brancas, também desempenharam um papel importante na prestação de serviços de saúde. O fato que talvez chame mais a atenção no trabalho da enfermeira foi a sua tradicional conceituação como trabalho feminino, associação esta que teve um impacto dramático tanto sobre a natureza das tarefas executadas pelas enfermeiras como sobre o status da profissão. A ideologia que veio a dominar a profissão não nasceu da crença nos direitos das mulheres, e sim de interpretações oriundas dos séculos XVIII e XIX sobre o caráter e os deveres das mulheres. Antes de 1870, qualquer trabalho de enfermagem era ou realizado em casa, onde mulheres cuidavam de entes queridos como extensão das suas obrigações familiares, ou em hospitais que eram grandes instituições de custódia para dependentes pobres. Como enfermeiras treinadas eram raras e caras; mulheres que estavam se recuperando nos hospitais muitas vezes tinham de atender a outros pacientes. O que ambas as situações tinham em comum era a presunção de que mulheres possuem um “dom natural” para esse trabalho.<sup>15</sup>

Mesmo após 1870, quando avanços científicos e médicos, bem como mudanças sociais e econômicas, aceleraram o desenvolvimento da enfermagem como trabalho qualificado e remunerado, a ideologia em torno da enfermagem mudou muito pouco. É verdade que as lideranças do ensino de enfermagem estavam comprometidas com essas pressuposições e o jargão da profissionalização. Agora, ser mulher era necessário, mas não suficiente, para se tornar enfermeira: além disso, era preciso um treinamento. As líderes da enfermagem tinham uma visão – estabelecer escolas de elite para ensinar elementos técnicos e de apoio à saúde, dos quais os médicos não podiam mais cuidar por ficarem cada vez mais especializados –, mas mesmo assim nunca conseguiram livrar a enfermagem do seu estatuto subordinado na emergente hierarquia do pessoal da saúde.

Não é que as lideranças não tivessem tentado, pois defendiam um elevado nível de instrução, controlado por mulheres, com ênfase na formação do caráter e na disciplina hierárquica rígida e retratavam a enfermagem como solução respeitável para o dilema da classe média quanto à educação das filhas. Neste empenho, contaram com a ajuda dos administradores de hospitais e mesmo dos médicos, os quais compreenderam que esse movimento de padronização e aperfeiçoamento do ensino da enfermagem facilitaria seus próprios planos de reformar a medicina.

Contudo, os objetivos dos três grupos eram radicalmente opostos. Os administradores de hospitais estavam, acima de tudo, interessados em enfermeiras como fonte de trabalho barato e flexível. Os médicos apoiaram o ensino da enfermagem



para racionalizar o atendimento nos hospitais, mas não tinham interesse em melhorar os conhecimentos científicos das enfermeiras ou conceder-lhes autonomia para controlar seu próprio trabalho. Na opinião deles, elas deveriam continuar submissas, realizando trabalhos assistenciais e auto-sacrificantes. Dado que as necessidades dos hospitais logo dominaram o processo de tomada de decisão em mais e mais escolas de enfermagem, as líderes foram, gradualmente, perdendo o controle sobre a qualidade do ensino, os critérios de admissão e o trabalho das estudantes. Ao mesmo tempo, enfermeiras negras trabalhavam em condições particularmente difíceis. Algumas vezes, além de não terem acesso a um ensino de qualidade na enfermagem, ainda eram vítimas de discriminação racial, praticada tanto pelos hospitais gerais, onde havia empregos, como pelas associações de enfermagem dos brancos. Apesar de darem contribuições extraordinárias à saúde nas suas próprias comunidades, tornando-se, freqüentemente, até mesmo as únicas a cuidarem da saúde no sul rural do país, elas carregaram um duplo fardo no decorrer de quase todo o século XX – o de gênero e o de raça.<sup>16</sup>

Embora as enfermeiras não tenham conseguido desenvolver uma voz “independente” no estabelecimento do nosso moderno sistema de saúde, elas se constituíram, ao menos, como uma voz alternativa e, às vezes, até uma voz altamente crítica. Papel igualmente importante coube, no início do século XX, às ativistas e lobistas – as descendentes das reformadoras na metade do século XIX – que ajudaram a fundar hospitais, lares para mães solteiras e outras instituições ligadas à saúde. Há muitos exemplos de atividades femininas desse tipo nos Estados Unidos, no fim do século XIX e início do século XX. No presente ensaio pretendo, entretanto, destacar apenas um caso: o do “The Federal Children’s Bureau”, fundado pelo Congresso, em 1912 e colocado sob os auspícios do Ministério do Interior.

O “Children’s Bureau” era a jóia da coroa das ativistas da saúde que queriam transformar os temas desse setor em uma preocupação do Estado-Nação. De várias formas o órgão nacionalizou e institucionalizou o considerável trabalho de campo que vinha sendo realizado na saúde pública, há várias décadas, por diferentes mulheres, médicas e enfermeiras, como também por leigas (sem formação específica), na esfera pública, em escala local. O “Children’s Bureau” recebeu como encargo do Congresso, tornar-se o primeiro órgão de previdência social do governo, com a intenção clara de ajudar a combater a mortalidade infantil e materna. Foi dirigido por Julia Lathrop, uma assistente social e reformista que fizera seu aprendizado na *Hull House* em Chicago (como, aliás, muitas das ativistas naquele tempo). Julia Lathrop foi uma das primeiras a criticar o sistema de saúde à base de serviços pagos que deixava os pobres sem acesso adequado. Devido ao seu interesse no bem-estar das crianças, ela se tornou uma das candidatas mais fortes para a posição e sua nomeação foi, em muitos aspectos, um triunfo para as reformistas.<sup>17</sup>

O “Childens Bureau” era um órgão basicamente feminino e era diferente de todos os outros existentes no governo federal. Nascido do voluntariado feminino,

## GÊNERO

reproduzia em escala nacional as técnicas dos centros comunitários.<sup>18</sup> Grande parte do seu sucesso, no período seguinte, adveio da sua capacidade de manter uma estreita relação com as organizações locais de mulheres e contar com a ajuda delas. Nas campanhas nacionais – por exemplo, a “Semana do bebê” – o órgão recebeu a cooperação e o apoio entusiasmado dos clubes regionais de mulheres. Estas organizações forneceram grupos de voluntárias que trabalharam gratuitamente em todo o país, ajudando a recolher informações para os importantes estudos estatísticos. As mulheres desses clubes prepararam relatórios pessoais sobre suas descobertas. Alice Kimball, membro do clube de mulheres de *Rhode Island*, que participou da ampla campanha de registro de nascimentos da agência, escreveu o seguinte: “Achei minha investigação não apenas extremamente interessante, mas também instrutiva. Sinto que agora sei um pouco mais sobre ‘onde’ senão ‘como’ ‘a outra metade vive’”.

Enquanto foi presidente do “Children’s Bureau”, Julia Lathrop tentou preservar, na sede central, o toque pessoal característico dos centros comunitários e das redes femininas. As milhares de cartas enviadas ao órgão por mulheres comuns, até meados de 1930, constituem um indício de que este alcançou sua meta por muitos anos. As cartas são dignas de nota pelo seu tom íntimo, pela confiança dos seus autores em receber uma resposta e pelas revelações sobre as vidas difíceis que as mulheres pobres, de todas as raças e etnias, levavam no meio rural e urbano. Por exemplo, uma moça assustada de 15 anos escreveu a Julia Lathrop, em 1919: “Eu vou lhe escrever para fazer várias perguntas – uma senhora me falou da senhora; tenho 15 anos e me casei no dia 23 de junho; vai fazer 3 meses que estou casada e não me sinto bem; creio que algo vai acontecer comigo, por favor, me envie informações sobre o que devo fazer; nunca tive mãe para me explicar as coisas; por isso, por favor, me escreva logo o que devo fazer”.<sup>19</sup> De Chicago, uma mãe operária explicava: “Amamento meu bebê de manhã e à noite. De noite, após trabalhar o dia todo e meu nenê vomita tudo, depois de engolir cada gota. Ao mesmo tempo, sofro com meu leite, uma tortura, bombeio o leite e o jogo na pia. Enquanto isso, meu bebê *morria* de fome e meu marido se *recusava* a cuidar de nós”.<sup>20</sup>

Todas as cartas foram respondidas pessoalmente por Julia Lathrop ou por Mrs. Max West, uma assistente leiga responsável pela redação da publicação *Infant Care*. O Children’s Bureau também desenvolveu uma ampla rede de contatos de profissionais – abrangendo todo o país, seja nas cidades seja no campo. Estas profissionais, muitas vezes, visitavam a correspondente com problemas ou a conduziam pessoalmente até a sede do órgão da região.

Outros profissionais de saúde, como as médicas, também recorreram às concepções sobre as responsabilidades especiais das mulheres para justificar seu trabalho na esfera pública. Havia, por exemplo, uma série de médicas que participou da rede de trabalho de campo do “Children’s Bureau”. As médicas foram importantes agitadoras nas primeiras décadas do século XX, defendendo a medicina preventiva e



a conscientização em relação à saúde pública entre os médicos em geral. Elas dominaram o ensino da saúde pública desproporcionalmente, em comparação ao seu número, considerando-o seu território especial. Na qualidade de membro da Seção Saúde Pública da Associação Médica Americana (AMA) fizeram *lobby* para inscrever a medicina preventiva na agenda da organização.<sup>21</sup> A organizadora do Comitê de ensino da saúde pública em 1909, Rosalie Slaughter Morton, alegava que a orientação dos médicos fazia com que houvesse uma ênfase obstinada em relação a casos críticos. Eles praticamente não se interessavam por outro aspecto. Algumas médicas se queixavam por seus colegas considerarem a saúde pública trabalho feminino, mas, mesmo assim, muitas assumiram essa tarefa com prazer.<sup>22</sup>

Historiadores começaram a dar crédito à atividade dessas mulheres por terem ajudado a criar as condições que levaram ao desenvolvimento do estado do bem-estar. Eles se referem a um conjunto de pensamentos políticos e ações sociais que, atualmente, é chamado de “maternalismo” e está diretamente associado às ativistas. Uma das ocorrências mais importantes do século XX foi o avanço de programas e políticas de assistência social, em grande escala, em toda a Europa Ocidental e nos Estados Unidos. A abolição do trabalho infantil, as leis que mantêm as crianças na escola, a elevação da idade matrimonial legal, o sistema de assistência social federal, os programas públicos de saúde – tudo isso tornou necessária uma revisão drástica do papel do Estado na vida dos seus cidadãos. Hoje em dia consideramos tudo isso garantido.<sup>23</sup> Os movimentos e as políticas de ação social das mulheres, como as seguidas pelo “Children’s Bureau”, comprovam uma conexão duradoura entre a reforma feminina e o surgimento da política do estado do bem-estar. As intervenções de redução da pobreza e da necessidade planejadas por mulheres para combater os piores efeitos de uma sociedade com rápida industrialização, entretanto, não estavam isentas de preconceitos de classe e raça. Ser mulher não suprimia o desprezo eventual ante o status e as estratégias culturais dos imigrantes. Foram, todavia, organizações de mulheres que planejaram e implementaram muitos dos primeiros programas de assistência social.<sup>24</sup>

Esta tradição feminina de fazer *lobby* na área da saúde continuou a ser uma força pujante na formação da política de saúde, durante todo o século XX. Por ironia, foram principalmente mulheres sem formação específica (leigas), por exemplo, que tornaram o parto sob sedação total<sup>25</sup> disponível para as parturientes, exercendo pressão sobre os obstetras para que usassem a nova tecnologia e assim livrassem as mulheres das dores do parto. Meio século mais tarde, nos anos 1960, quando ficou patente que a anestesia poderia ser nociva, Elizabeth Bing, uma enfermeira que também trabalhava com “leigas” corajosas e articuladas, começou a promover o “parto normal” nos Estados Unidos. Os movimentos de direitos reprodutivos e outras organizações em defesa da saúde como La Leche League, the National Women’s Health Network, Planned Parenthood, the Boston Women’s Health Collective são exemplos de organizações contemporâneas que dão continuidade à tradição secular do ativismo feminino na prestação de serviços de saúde e na política de saúde. Ativismo

## GÊNERO

esse que teve suas origens em meados do século XIX e teve um impacto profundo sobre a formação do Estado, no início do século XX.<sup>26</sup>

Todas essas organizações conseguiram poder e autoridade moral utilizando-se do argumento de que as mulheres têm necessidades especiais. Ademais, reivindicaram que mulheres mostram habilidades especiais na tarefa de cuidar de outros. Na sua crítica à prestação de saúde, elas tentaram reincorporar o caráter central da empatia na relação terapêutica ao exercício da medicina, reclamando o que Elizabeth Blackwell temia que pudesse estar perdido. Obviamente, basearam muitas vezes suas políticas e ações nas diferenças entre homens e mulheres.

É justo, entretanto, salientar que nas últimas décadas apareceram críticas bastante contundentes às políticas e práticas que parecem estar baseadas em pressuposições de diferenças. O movimento de direitos civis nos Estados Unidos foi o primeiro a acabar com a noção de que a separação garante igualdade efetiva, e muitas feministas também lançaram um alerta contra os perigos de embasar as políticas social, educacional e política nas diferenças entre homens e mulheres. Suposições baseadas na existência de um caráter único e essencial das mulheres, alegam elas, sempre pressupõem inferioridade, seja abertamente ou de forma velada. Assim, mulheres foram freqüentemente cooptadas, marginalizadas ou receberam um papel subordinado na política da saúde. Por essa razão, as defensoras dos direitos das mulheres lutaram tão apaixonadamente pela igualdade – exigindo tratamento igual para as mulheres no local de trabalho, na esfera pública, na remuneração pelo trabalho prestado, nas aspirações educacionais, nos objetivos profissionais, nas responsabilidades familiares. Considerando a enfermagem uma carreira “natural” para mulheres, esperando que estudantes de medicina se formassem em pediatria e psiquiatria, dessa e de outras maneiras, idéias sobre diferenças contribuíram para marginalizar as mulheres no campo da saúde.<sup>27</sup> Será que chegou o momento de finalmente tornar as mulheres iguais?

Nos Estados Unidos muitos argumentariam que a igualdade das mulheres já é um fato consumado. Porém, o que ser igual realmente significa? Será que significa tratar homens e mulheres da mesma forma? Sem sombra de dúvida as mulheres merecem ter o mesmo acesso que os homens ao ensino da saúde para serem médicas, e mais importante ainda, elas têm de continuar a reivindicar acesso igual à prestação de saúde e ao *know-how* tecnológico. Mas quando refletimos profundamente, sobre como possibilitar o último às mulheres, nomeadamente serviços de saúde adequados – descobrimos alguns desafios perturbadores que dizem respeito às nossas suposições sobre igualdade e que desafiam a compreensão contemporânea de boa pesquisa científica. Com a sua “objetividade” e “imparcialidade” e na sua tentativa – conforme assinaléi no início desta reflexão – de buscar conhecimento descolado de contextos específicos e que pudesse ser reduzido a leis universais, a ciência médica prestou um enorme desserviço às mulheres.

Com esta última afirmação quero remeter para os tipos de dilemas que podem ser causados por pressuposições sobre igualdade e similaridade entre corpos masculinos e femininos. Ironicamente, as mulheres foram tratadas da mesma forma na ciência médica em todas as questões onde claramente não o são – mormente, no estudo das doenças e da saúde. De fato, no mundo alegadamente “imparcial” da ciência moderna, o corpo feminino foi, de certa forma, deixado de lado e tornou-se, por assim dizer, uma vítima do ímpeto da ciência em eliminar as diferenças e encontrar elementos comuns unindo exemplos sucessivos.<sup>28</sup>

A pesquisa no campo das doenças cardíacas ilustra bem o problema. Tanto na pesquisa básica como nos testes clínicos, foi constantemente dada preferência a animais e modelos humanos do sexo masculino. Os resultados dessa negligência não são apenas desoladores, mas chocantes. Por exemplo, apesar de as doenças cardíacas serem uma das principais causas de morte em mulheres idosas nos EUA, até muito recentemente elas foram definidas como doenças masculinas. As mulheres regularmente foram deixadas de fora de quase todos os estudos ramificados de causas e conseqüências, começando com um amplo e significativo estudo longitudinal sobre os efeitos de um remédio para baixar o colesterol, passando pelo famoso estudo MRFIT<sup>29</sup> até o estudo de seguimento dos profissionais de saúde (1990); juntos eles analisam a mortalidade e os fatores de risco em uma amostra de 58.455 homens.

Analogamente, apesar da AIDS ter aumentado com muito mais rapidez em mulheres heterossexuais que em qualquer outro grupo, nos Estados Unidos, em meados dos anos 90, os centros governamentais para controle de doenças demoraram muito a aprovar uma definição da doença que incluísse uma série de sintomas ginecológicos e outros especificamente femininos. As indicações geralmente associadas a mulheres foram validadas apenas em 1993, ou seja, duas décadas depois do primeiro diagnóstico de AIDS e apesar de se saber que a síndrome foi, pelo menos durante o mesmo período, a principal causa de morte entre mulheres na África subsaariana, e apesar do número de casos de mulheres com AIDS ter aumentado exponencialmente na mesma medida. Em meados dos anos 90, a expectativa de vida média de homens diagnosticados HIV positivo era de 30 meses; a de mulheres na mesma condição era somente de 15 semanas. E mesmo assim, a pesquisa sobre AIDS, quanto a condições e tratamentos especificamente femininos, sofreu constantemente de falta de financiamento e prioridade, além de dar pouco *status*. Como Elizabeth Blackwell nos lembrou um século atrás, não podemos deixar de considerar as diferenças ao lutarmos pela igualdade.

Poderia citar outros exemplos, mas os esboçados até aqui são suficientes para ilustrar a situação. Como podemos continuar a promover apaixonadamente a luta das mulheres pela saúde, fazendo jus à longa tradição de trabalho de *lobby* feminino na saúde? Que lições podemos tirar do passado? Será que devemos chamar a atenção para as diferenças em relação aos homens, como Elizabeth Blackwell, ou

## GÊNERO

devemos exigir igualdade em todas as esferas? Vamos deixar que a ciência, na sua definição atual – quase exclusivamente associada ao “intelecto masculino”, como Elizabeth Blackwell argumentou há cem anos atrás –, continue determinando as prioridades de pesquisa na área da saúde? E, se não é este o caso, como devemos trabalhar para acabar de vez com as noções de um intelecto generificado, “sem jogar fora o bebê junto com a água do banho?” Como *deveriam* ser definidas as prioridades de pesquisa?

Nosso saber sobre o passado nos dá a vantagem da complexidade – o que poderá nos ajudar a esquadrihar as inadequações do pensamento maniqueísta e mostrar como esse tipo de raciocínio foi útil às mulheres *de um lado* e prejudicial *do outro*, dependendo do contexto social. Os estudos históricos sobre gênero e medicina podem fornecer idéias de como a ciência médica pode contribuir para uma verdadeira mudança social e política, além de nos ajudar a compreender que uma sociedade realmente igualitária é uma sociedade capaz de reconhecer e respeitar as diferenças. Continuemos, então, tentando combinar o conhecimento do passado com a conscientização em relação a dilemas atuais específicos. O passado pode certamente dar-nos indicações úteis desse percurso e, assim, ajudar-nos a avançar resolutamente em direção à realização daquilo que, sem dúvida, foi a meta maior das defensoras da saúde nas gerações passadas: uma saúde responsável e adequada para todos.

*Abstract: Examining the history of women's contributions to health care in the U.S. in the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> centuries, this article suggests that women reformers emphasized women's special needs and the particular fitness for women for health care practice. Most accepted female difference and argued that women had a special role to play in medicine, emphasizing health care advocacy, especially regarding women and children. Given 20<sup>th</sup> century feminist critiques of binary thinking, how can we both acknowledge the ways in which such notions of female difference have both helped and constrained women in the past? How can we move a more complex understanding of female equality in health care that takes into account women's special health needs?*

*Keywords: Elizabeth Blackwell; holistic approaches to health care; maternalism and health reform.*

(Recebido e aprovado para publicação em dezembro de 2005).

## Notas

- <sup>1</sup> BLACKWELL (1972c, p. 47-84, 57, 74-45; 1972b, p. 1-32, 9-10).
- <sup>2</sup> WARNER (1986, p. 249).
- <sup>3</sup> BLACKWELL (1972b, p. 13; 1972a, p. 10-12).
- <sup>4</sup> Ver MORE (1994, p. 19-39).
- <sup>5</sup> BLACKWELL (1972b, p. 1-32, 9-10).
- <sup>6</sup> MORANTZ-SANCHEZ (1985, p. 232-265).
- <sup>7</sup> ULRICH (1990).
- <sup>8</sup> Ver MORANTZ (1977b, p. 73-94; 1977a, p. 113-120). Veja também MORANTZ-SANCHEZ (1985, p. 9-28).
- <sup>9</sup> HEBBEL; HOFF; FULTON (1939, p. 687-733).
- <sup>10</sup> Obs. da tradutora: O Movimento conhecido por Ladies Physiological Societies do século 19 era uma versão precursora dos atuais grupos de ajuda – nesse caso, somente de mulheres para mulheres.
- <sup>11</sup> APPLE (1990). Consultar os artigos de Janet Bogdan, Charlotte Borst, Naomi Rogers, Susan E. Cayless, Jonathan M. Butler e Rennie B. Schoepflin, Martha Verbrugge, Judy Barret Litoff em MORANTZ-SANCHEZ (1985, p. 28-63).
- <sup>12</sup> Ibid.
- <sup>13</sup> Uma visão geral da importância e do significado dessa atividade poderá ser encontrada em BAKER (1984, p. 620-647). Quanto à importância da Guerra Civil na definição dos papéis quase que públicos das mulheres, ver SCHULTZ (2004).
- <sup>14</sup> Ver AUSTIN ([19—], v. ii, p. 195-6), HOBSON (1916), REVERBY (1987, p. 39).
- <sup>15</sup> ROSENBERG (1987, p. 212-228, passim).
- <sup>16</sup> Ver REVERBY (1987), MELOSH (1982), HINE (1989), ASHLEY (1976), ROSENBERG (1987).
- <sup>17</sup> WEISS (1974, 1977, p. 519-546).
- <sup>18</sup> A autora usou o termo “settlement house”. Essas instituições eram originalmente centros de serviços comunitários e de assistência social concebidos para imigrantes. (N.T.)
- <sup>19</sup> Nota da tradutora: As cartas foram redigidas em linguagem simples, por vezes até “incorreta”. Não considere adequado ou necessário tentar replicá-lo na tradução.
- <sup>20</sup> Sra. P. S. para Julia Lathrop, Kansas City, 2ª-feira 17.06.1919; Sra. Max West para Sra. F. G. 06.10.1917; Children’s Bureau Record Group 102, pasta 2-4-2-03. Arquivos Nacionais, Washington, D.C.
- <sup>21</sup> MORANTZ-SANCHEZ (1985, p. 299-303).
- <sup>22</sup> MORANTZ-SANCHEZ (1985, p. 282-285).
- <sup>23</sup> Ver RODGERS (1998).
- <sup>24</sup> Sobre maternalismo ver MICHEL; KOVEN (1990, p. 1076-1109; 1993).



## GÊNERO

Atualmente existe literatura abundante sobre o tema e os três exemplos referidos têm apenas caráter representativo. Ver GORDON (1988), KUNZEL (1994), ODEM (1995), MUNCY (1991).

<sup>25</sup> Nota da tradutora: Trata-se do “twilight sleep” ou “sono crepuscular” induzido com uma combinação de escopolamina e morfina. As mulheres sentiam dor, mas estavam inconscientes e não se lembravam dela depois.

<sup>26</sup> Cf. LEAVITT (1980, p. 147-164), BING (2002), WARD (2000).

<sup>27</sup> MORANTZ-SANCHEZ (1985, p. 312-35), WALSH (1977), MORE (1999).

<sup>28</sup> Desejo expressar minha gratidão pelas excelentes interpretações de Sue V. Rosser no seu livro *Women’s Health—Missing From U.S. Medicine* (Indianapolis, Indiana University Press, 1994) e pelo tipo de críticas feitas. Ver, em especial, p. 3-72 para uma discussão mais aprofundada do exemplo aqui apresentado.

<sup>29</sup> Nota da tradutora: O MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial), realizado entre 1972-1973 foi um estudo longitudinal, de intervenção multifatorial, visando 3 fatores de risco cardiovascular (favor conferir José Xavier de Melo Filho).

### Fontes Primárias

Arquivos Nacionais, Washington D.C.

Cartas, Sra. P. S. para Julia Lathrop, Kansas City, 2<sup>a</sup>-feira 17.06.1919;

Sra. Max West para Sra. F. G. 06.10.1917;

Children’s Bureau Record Group 102, pasta 2-4-2-03.

### Referências

APPLE, Rita (Ed.). *Women, health and Medicine in America: a historical handbook*. New York: Garland Publishing, 1990.

ASHLEY, Jo Ann. *Hospitals, paternalism, and the role of the nurse*. New York: Teachers College Press, 1976.

AUSTIN, Anne L. Elizabeth Hobson. In: JAMES; Edward; JAMES, Janet Wilson; BOYER, Paul S. (Ed.). *Notable American Women*. [S.l.: sn.], [19—]. v. ii, p. 195-6.

BAKER, Paula. The domestication of politics: women and american political society, 1789-1920. *American Historical Review*, [S.l.], v. 89, p. 620-647, june 1984.

BING, Elizabeth D. *Adventure of Birth*. New York: Ace Books, 1976.

BLACKWELL, Elizabeth. Erroneous method in medical education. In: \_\_\_\_\_. *Essays in medical sociology*. Nova Iorque: Arno Press, 1972a. 2 v.

\_\_\_\_\_. The influence of women in the profession of medicine. In: \_\_\_\_\_. *Essays in medical sociology*. Nova Iorque: Arno Press, 1972b. 2 v.

\_\_\_\_\_. Why hygienic conferences fail. In: \_\_\_\_\_. *Essays in medical sociology*. Nova Iorque: Arno Press, 1972c. 2 v.

GORDON, Linda. *Heroes of their own lives: the politics and history of Family Violence: Boston, 1880-1960*. New York: Viking Press, 1988.

- HEBBEL, E.; HOFF, M.D.; FULTON, John F. The centenary of the first american physiological society. *Bulletin of the History of Medicine*, [S.l.], v. 5, p. 687-733, oct. 1939.
- HINE, Darlene Clark. *Black women in white: racial conflict and cooperation in the nursing profession, 1890-1950*. Bloomington: Indiana University Press, 1989.
- HOBSON, Elizabeth. *Recollections of a happy life*. New York: G.P. Putnam & Sons, 1916.
- KUNZEL, Regina. *Fallen women, problem girls: unmarried mothers and the professionalization of social work, 1890-1945*. New Haven: Yale University Press, 1994.
- LEAVITT, Judith Walzer. Birthing and anesthesia: the debate over twilight sleep. *Signs*, [S.l.], v. 6, p. 147-164, primavera 1980.
- MELOSH, Barbara. *The Physician's Hand: work culture and conflict in american nursing*. Philadelphia: Temple University Press, 1982.
- MICHEL, Sonya; KOVEN, Seth. *Mothers of a New World: maternalist politics and the origins of Welfare States*. New York: Routledge, 1993.
- \_\_\_\_\_. Womanly duties: maternalist politics and the origins of Welfare States in France, German, Great Britain, and the United States, 1880-1920. *American Historical Review*, [S.l.], v. 95, p. 1076-1109, oct. 1990.
- MORANTZ, Regina Markell. Making women modern: middle class women and health reform in 19<sup>th</sup>-Century American. *Journal of Social History*, [S.l.], v. 10, p. 113-120, june 1977a.
- \_\_\_\_\_. Nineteenth century health reform and women: a program of self-help. In: RISSE, Guenter; NUMBER, Ronald; LEAVITT, Judith (Ed.). *Medicine without doctors: home health Care in American History*. New York: Science History Publications, 1977b.
- MORANTZ-SANCHEZ, Regina. *Sympathy and science: women physicians in american medicine*. New York: Oxford University Press, 1985.
- MORE, Ellen Singer. Empathy enters the profession of medicine. In: \_\_\_\_\_; MILLIGAN, Maureen (Ed.). *The empathic practitioner: empathy, gender, and medicine*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1994. p. 19-39.
- \_\_\_\_\_. *Restoring the balance: women physicians and the profession of medicine, 1850-1995*. Cambridge: Harvard University Press, 1999.
- MORGEN, Sandra. *Into our own hands: the women's health movement in the United States, 1969-1990*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2002.
- MUNCY, Robyn. *Creating a female dominion in American Reform 1890-1935*. New York: Oxford University Press, 1991.
- ODEN, Mary. *Delinquent daughters: protecting and policing adolescent female sexuality in the United States, 1885-1920*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1995.

## GÊNERO

- REVERBY, Susan M. *Ordered to care: the dilemma of American Nursing, 1850-1945*. New York: Cambridge University Press, 1987.
- RODGERS, Dan. *Atlantic crossings: social politics in a progressive age*. Boston: Belknap Press, 1998.
- ROSENBERG, Charles. *The care of strangers: the rise of America's Hospital System*. New York: Basic Books, 1987.
- ROSSER, Sue V. *Women's health: missing from U.S. Medicine*. Indianapolis: Indiana University Press, 1994.
- SCHULTZ, Jane E. *Women at the front: hospital workers in Civil War America*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2004.
- ULRICH, Laurel Thatcher. *A midwife's tale: the life of Martha Ballard Based on her diary, 1785-1812*. New York: A. A. Knopf, 1990.
- WALSH, Mary Roth. *Doctors wanted no women need apply: sexual barriers in the medical profession, 1835-1975*. New Haven: Yale University Press, 1977.
- WARD, Jule DeJager. *La leche league: at the crossroads of medicine, feminism, and religion*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2000.
- WARNER, John Harley. *The therapeutic perspective: medical practice, knowledge, and identity in America, 1820-1885*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986.
- WEISS, Nancy P. Mother, the invention of necessity: Dr. Benjamin spock's baby and child care. *American Quarterly*, [S.l.], v. 29, p. 519-546, out. 1977.
- \_\_\_\_\_. *Save the children: a history of the children's bureau*. Thesis (Ph.D)– University of California, Los Angeles, 1974.