

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Saúde, Medicina e Sociedade

Corpos Velados

Um estudo sobre a Mutilação Genital Feminina (MGF)

Catarina Frade Moreira

Tânia Sofia Correia

Junho de 2001

Índice

Introdução	3
A medicina e a saúde no contexto da sociologia	11
Corpo... uma introdução	20
Mudança social e corpo	24
Abordagens ao estudo do corpo	29
“O corpo de Eva”	32
Considerações Finais	45
Referências Bibliográficas	47

Introdução

“... it is generally agreed that sociologists cannot be neutral in any debate, since the very knowledge developed derives from a preexisting set of interests and associated beliefs” (Stacey, 1978: 296).

Quando se fala em circuncisão a primeira imagem que nos surge é a de uma criança do sexo masculino que, ainda bebé, é circuncisada segundo as normas e costumes de uma dada religião, nomeadamente a judaica. Contudo, existem muitas mais realidades que se escondem por detrás desta percepção. Este procedimento apresenta uma variedade de casos e situações muito para além desta ideia inicial. A circuncisão masculina não se resume a uma prática apenas realizada por judeus; outras comunidades a praticam. Da mesma forma, várias são as comunidades que praticam a circuncisão feminina. Será sobre esta que o presente trabalho irá incidir.

A Mutilação Genital Feminina (MGF) compreende todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos. Este procedimento assume-se como uma prática ancestral, de origem incerta, que afecta milhões de raparigas e mulheres em inúmeros países¹ de África (Sudão, Somália, Egipto, etc.), Médio Oriente (Emiratos Árabes Unidos, Yemen, Katar, Oman, Bahrain ,etc.) e Ásia (Malásia, Paquistão, Indonésia, etc.). Por vezes, mais de 90% das mulheres de um país foram sujeitas, em algum período da sua vida, a esta prática. Na Etiópia, na Somália e no Egipto praticamente a totalidade da população feminina foi objecto de circuncisão.

O conceito de Mutilação Genital Feminina recobre múltiplas realidades. Assim, e recorrendo à classificação apresentada por Alison T. Slack (Slack in Welch, 1995: 103), a MGF é classificada em quatro tipos de procedimentos, segundo o seu grau de severidade:

- ✦ O primeiro, denominado por “circuncisão ritualística”, envolvendo o simples corte do clitóris com um instrumento afiado;
- ✦ A “sunna” reporta-se à excisão da pele que rodeia o clitóris;

¹ Há a ressalvar que a circuncisão não se circunscreve somente a estes países. De facto, devido a fluxos migratórios, vários foram os países ocidentais (Reino Unido, França, Canadá, Suíça, Suécia, Bélgica e mais recentemente os EUA) que se depararam com este problema, decretando legislação para proibi-lo.

- ✦ A clitorectomia comporta a excisão completa do órgão e de parte ou totalidade dos lábios menores;
- ✦ Por último, a infibulação é considerada a forma mais severa de MGF, uma vez que diz respeito à remoção de todos os órgãos genitais exteriores. Este procedimento implica ainda a cosedura da vulva exterior. Deste modo, é somente deixado um pequeno orifício por forma a permitir a passagem da urina e do fluxo menstrual. Aquando da relação sexual, a área genital da mulher é cortada, geralmente pelo próprio cônjuge. A título de curiosidade, há a referir que esta área será novamente cosida se a mulher ficar viúva, se divorciar ou se o marido se ausentar, impedindo assim a sua sexualidade.

Por fim, uma série de práticas, tais como *piercing*, incisão ou perfuração do clitóris e/ou dos lábios da vulva, extensão do clitóris e/ou dos lábios da vulva, cauterização do clitóris, assim como raspagem ou introdução de substâncias corrosivas na vagina poderão ser consideradas como formas de mutilação genital.

Importa referir, ainda, um conjunto de práticas que são concomitantes com a MGF: escarificação facial, proibições alimentares, casamento precoce – muitas vezes anterior à primeira menstruação da rapariga – com a consequente gravidez, também, precoce, tratamento preferencial para as crianças do sexo masculino, entre outras.

A MGF atinge mulheres de todos os credos religiosos (Cristianismo, Judaísmo e Islamismo). Os motivos que estão subjacentes a esta prática têm sido objecto de muita especulação. Os seus oponentes afirmam mesmo a inexistência de qualquer fundamento religioso que a obrigue ou legitime. A grande polémica gerada em torno dos motivos religiosos subjacentes à MGF é protagonizada pelo Islamismo. Até porque a circuncisão feminina é frequentemente associada com a religião do Islão. Assim, vários teólogos afirmam que esta prática não é prescrita pelo islamismo, enfatizando o facto de ser raramente executada nas maiores cidades muçulmanas, como as da Arábia Saudita, do Irão ou do Paquistão. Alguns vão mais longe e consideram que a MGF é essencialmente uma prática social, e não religiosa, originária de África, que antecede o próprio Islamismo (<http://www.aap.org/policy/re9749.html>, 15/12/2000).

A circuncisão feminina é uma prática muito mais escondida quando comparada à circuncisão masculina. A maioria das pessoas desconhece a sua existência e, provavelmente, mesmo aquelas que estão mais informadas não calculam a sua verdadeira extensão. A circuncisão é imposta, por dia, a aproximadamente seis mil raparigas em todo o mundo, o que se traduz numa em cada quinze segundos. Deste modo, existem pelo menos 74 milhões de mulheres que foram sujeitas a este procedimento em países da África, Ásia e Médio Oriente.

Exactamente devido a uma falta de visibilidade, só há relativamente pouco tempo, esforços foram canalizados na luta contra esta prática. Foi no final da década de 70, nos países ocidentais, que se iniciou o debate sobre esta problemática, concebendo-a como um abuso dos direitos humanos. Nos anos seguintes, o interesse sobre a circuncisão feminina aumentou significativamente, passando a ser discutida em termos de “tradição” e de “relativismo cultural”. Mas, somente nos anos 90, esta discussão alastrou-se aos países africanos, onde passou a ser alvo de legislação proibitiva.

Não obstante, o caminho percorrido para tornar visível este fenómeno não foi fácil, existindo, ainda, um longo caminho a percorrer até chegar à sua erradicação (se tal alguma vez for possível). Não se pode esperar mudar hábitos fortemente enraizados nas sociedades. Contudo, alguns passos têm vindo a ser dados neste sentido. Assim sendo, a substituição do termo “circuncisão” pelo de “mutilação genital”, envolveu já uma significativa mudança de posicionamento acerca desta prática. Segundo Howard (Howard in Welch, 1995: 103), o primeiro termo poderá levar a que se estabeleça uma similitude entre circuncisão feminina e masculina, o que não corresponde à realidade, uma vez que o procedimento é muito mais drástico para as raparigas; o termo mutilação invoca a intenção de magoar.

Nas últimas duas décadas, várias organizações médicas e humanitárias, espalhadas por todo o mundo, têm-se posicionado contra a MGF apontando as suas consequências negativas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, entre outras, têm-se oposto a esta prática uma vez que a consideram desnecessária e com repercussões negativas para a vida das mulheres

(<http://www.aap.org/policy/re9749.html>). Em Junho de 1982, a OMS formalizou a sua posição a respeito da MGF ao Comité dos Direitos Humanos das Nações Unidas: “It has always been the WHO’s opinion that female circumcision should never be performed by health professionals in any situation under any condition, be it in hospitals or other specialized setting” (<[http:// www. Fgmnetwork.org/eradication/state/who.htm](http://www.Fgmnetwork.org/eradication/state/who.htm)). Em 1989, o Comité Regional da OMS para África apelou à participação dos governos para adoptarem políticas e estratégias de modo a abolir e a proibir a medicalização da MGF, desencorajando os profissionais da saúde a procederem a essa prática.

De salientar ainda a posição da Academia Americana de Pediatria que considera que os especialistas da saúde devem estar conscientes dos perigos que a prática da circuncisão acarreta para mulheres e crianças. Esta organização encoraja os seus membros a informarem-se acerca dos tipos de MGF e suas complicações; a serem capazes de reconhecer os sinais físicos da MGF; a estarem atentos aos assuntos culturais e éticos associados a essa prática; a desenvolverem uma abordagem educacional aos pacientes que querem ou já efectuaram este procedimento²; e, por último, a recusarem todos os procedimentos médicos considerados desnecessários com vista à alteração dos órgãos genitais femininos (<http://www.aap.org/policy/re9749.html>).

De facto, a realização desta prática, por parte da comunidade médica, e as associadas consequências físicas e psicológicas que acarreta, distorce a relação de confiança e de promoção de saúde que deve existir entre médico e paciente. Aliás, a circuncisão feminina foi recentemente caracterizada como uma prática que viola dois dos direitos humanos mais básicos das crianças, a saber: o de saúde e o de bem estar.

De acordo com o Artigo 24, parágrafo 3 da Convenção dos Direitos da Criança de 20 de Novembro de 1989, as nações devem tomar todas as medidas apropriadas de forma a abolir todas as práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança. Esta definição enferma pela sua ambiguidade. A que práticas tradicionais se refere? Será que a circuncisão está aí contemplada? Portanto, a definição do que se consideram como práticas tradicionais prejudiciais para a saúde das crianças é deixada para os governos.

² Um programa educacional no âmbito da MGF tem de ser sensível para com o “background” cultural da criança e da sua família, assim como do significado que o próprio acto assume na tradição do seu país de origem.

Todavia, o artigo 29, da mesma convenção, sublinha a importância do desenvolvimento do respeito para com os pais da criança, pelas suas identidades culturais, linguagem e valores, pelos valores nacionais do país em que a criança vive, pelos valores do país do qual a criança é oriunda e pelas civilizações diferentes da sua (http://www.hraic.org.au/genital_mutilation.html, 15/12/2000).

A OMS e a UNICEF têm alertado e pressionado as instâncias de poder no sentido de criarem legislação para a proibição da MGF. Mas, as mudanças legislativas só devem ocorrer após um amplo processo de sensibilização cultural, dado que nenhuma lei pode existir num vácuo social ou ir contra a forte opinião pública. O terreno tem de ser preparado para a mudança social; só depois deverá ocorrer mudança política (Welch, 1998: 95).

A proibição legislativa poderá ter o efeito perverso de tornar essa prática ainda mais escondida uma vez que aqueles que a defendem continuarão a praticá-la, mas de um modo ainda mais clandestino, tal como acontece nos dias de hoje nos países que já promulgaram legislação no sentido da sua proibição. Por outro lado, se no decorrer da prática da circuncisão a vida da criança estivesse em risco, dificilmente os seus pais recorreriam a uma instituição hospitalar dado o carácter ilegal do procedimento. Todavia, a posição oficial dos governos, o facto de estarem contra a MGF, pode levar a que os pais pensem duas vezes antes de submeter as filhas à circuncisão. Mas, sabe-se que, apesar da MGF ser considerada uma prática ilegal em alguns países africanos, assim como ocidentais, famílias há que submetem as suas filhas à circuncisão.

Também os países ocidentais se viram confrontados com o problema da MGF devido aos fluxos migratórios de populações oriundas de África, Ásia e Médio Oriente que incorrem nesta prática como forma de preservarem a sua identidade cultural numa nova sociedade, numa cultura dominante. Para tal, desenvolvem várias estratégias: encaminham as suas filhas para os seus países de origem, para aí se submeterem à circuncisão, contratam alguém do país de origem para proceder à MGF no país de acolhimento, etc.. A MGF continua, assim, a ser efectuada apesar da legislação o proibir.

A despeito do posicionamento dos organismos internacionais acima referidos, sabe-se que, actualmente, cada vez mais profissionais médicos, em países africanos realizam a MGF em crianças como forma de angariarem mais dinheiro. Fazem-no, não raras vezes, em instituições médicas, muitas vezes com a conivência de membros do governo, como aconteceu no Quênia, falando-se assim de uma medicalização da MGF. De acordo com Robert Harnum, existem mesmo membros da UNICEF que o fazem em instalações da própria organização. Este facto, ilustra a dificuldade da erradicação da MGF (<<http://www.chebucto.ns.ca/~y813/profile.html>, 15-12-2000). Apesar de os indivíduos acumularem a prática da circuncisão com as funções de parteiros, a erradicação da primeira passará pela necessidade de lhes fornecer formas alternativas de rendimento.

Por outro lado, poder-se-á colocar a questão: se a prática da MGF está longe de ser controlada não será preferível fazê-lo em condições médicas e higiénicas adequadas e por pessoas com a devida formação, ao invés das condições macabras anteriormente descritas?

Dominique Vernier é da opinião que a prática da circuncisão deveria ser aceite pela classe médica, uma vez que permitiria terminar com as más condições em que (quase) sempre acontece, substituindo a circuncisão que se faz à criança por um pequeno corte que respeite o ritual mas que não a mutile, diminuindo, deste modo, os riscos para a saúde. Por outro lado, se a circuncisão passar a ser uma prática do âmbito da medicina, ela poderá aí encontrar um outro elemento para a sua legitimação, perpetuando-se assim (<<http://www.Theatlantic.com/unbound/flashbks/fgm/fgm.html>>).

A tomada de consciência desta realidade alertou-nos para esta prática, baseada em constrangimentos sociais, culturais ou religiosos, imposta a tantas raparigas (como nós), sem qualquer tipo de consentimento, com consequências (graves) na sua vida enquanto mulheres adultas e plenas.

À parte da empatia, sempre necessária num trabalho, existe o interesse de estudar esta realidade à luz da sociologia da saúde. Pretende-se aprofundar as consequências decorrentes da prática da circuncisão, assim como perceber como as mulheres, objecto desta prática, constróem a sua identidade e sexualidade feminina numa sociedade que

sabemos, à partida, ser extremamente “castradora” da condição feminina e que utiliza a prática da circuncisão como instrumento de controle e integração sociais.

Segundo Fran Hosken, jornalista americana e defensora dos direitos humanos, “the contempt for the female species, which is the basic cause of the mutilations, discrimination and abuse by men must be challenged and dealt with everywhere at its source... What are called “cultural traditions” in reality are practices that support the ritual abuse of women, systematically damaging women’s health and strength to make sure of their subordination to men... The politics of genital mutilation are first all the patriarchal politics of controlling production and reproduction of the wholly-owned female labor force – the primary resources of male power and wealth” (Hosken in Welch, 1995: 104).

A tarefa de estudar uma prática que, já por si, se encontra muito camuflada levantou problemas de ordem teórica e metodológica. A pesquisa encontrou-se, deste modo, ameaçada dado que o material disponível sobre o assunto era, *a priori*, escasso. Por outro lado, uma vez que se trata de um procedimento característico de países africanos, do médio oriente ou asiáticos, condenado pelas culturas ocidentais, o acesso a esta realidade encontra-se dificultado. Assim, tentando colmatar estas dificuldades, optou-se por recorrer à Internet, como instrumento central de pesquisa. Aqui encontrámos toda a informação respeitante à Mutilação Genital Feminina, suas várias modalidades, seus praticantes e opositores, bem como os seus argumentos, e as posições de vários organismos (mundiais) no que concerne ao tema em questão. No entanto, e por toda a pesquisa ser proveniente da Internet, houve a necessidade de manter uma posição crítica relativamente aos dados, uma vez não haver qualquer controlo acerca da informação ali disponibilizada.

Este relatório assume-se como uma primeira aproximação (teórica) à problemática da MGF. Procurou-se compendiar vários contributos, da sociologia e da antropologia, que permitem abordar esta prática à luz da Sociologia do Corpo. O culminar deste árduo trabalho de pesquisa resultaria na confrontação empírica com esta realidade. Em Portugal, esta prática, caso exista, encontra-se dissimulada. Atrevemo-nos mesmo a pensar que seria impossível encontrar uma mulher que tenha sido objecto de

circuncisão, dadas as específicas características étnicas, religiosas e espacialmente circunscritas que a MGF reveste.

A medicina e a saúde no contexto da sociologia

Hoje em dia, a sociologia da saúde e da doença ocupa um lugar de destaque dentro da sociologia. Na verdade, assume-se como uma das áreas que maior atenção capta por parte dos investigadores, sendo, por isso, compreensível o crescente número de trabalhos que se vêm efectuando. Segundo as autoras Margaret Stacey e Hilary Homans (Stacey, 1978: 285), o campo da medicina é fértil quer em temáticas, quer em problemas (organização, controlo, ordem, estratificação, poder, prestígio, dominação e subordinação, experiência e significado) para os quais o contributo da sociologia poderia constituir uma mais-valia. Assim, várias têm sido as temáticas sociológicas abordadas: causas ou consequências sociais de uma determinada doença ou tratamento, aspectos de saúde e de doença relacionados com determinadas fases da vida, o aspecto organizativo/ institucional da saúde e da doença (sistema de serviço de saúde, hospitais, etc.), o modo como o trabalho se encontra dividido entre os profissionais da saúde, o papel dos pacientes, suas percepções e comportamentos face à saúde e à doença, a produção e reprodução de conhecimento sobre estas temáticas e a relação que estas mesmas têm com divisões mais estruturais, tais como o sexo e o género, a raça e a classe social (Stacey, 1978: 294-295).

O aparecimento de estudos que poderiam ser considerados como pertencentes à área da sociologia médica decorreu de um interesse, por parte dos sociólogos, em dar resposta a tensões sofridas na sociedade, as quais poderiam ser analisadas e interpretadas. Portanto, na altura, não houve a percepção que assuntos como a saúde e a doença se tornariam áreas críticas importantes para o estudo e para a tomada de decisões. Concomitantemente, muitos trabalhos foram desenvolvidos a partir de pedidos efectuados por aqueles que possuem autoridade, prestígio e recursos. O que transparece do acima exposto é que foram questões práticas, e não teóricas, que estiveram na base do desenvolvimento da sociologia da medicina (Stacey, 1978: 285).

Os estudos demonstram a realidade do contexto espacial, temporal e social em que foram realizados. As preocupações, os problemas mais em voga na sociedade serão, concerteza, o ponto de partida do trabalho sociológico. Aliás, a própria concepção de doença não é imutável. Trata-se de um conceito com um carácter construído que, com o

tempo, sofre alterações. O que é considerado um estado de doença ou de não doença tem vindo a sofrer reconceptualizações não só consoante o avanço e o contributo da ciência médica mas, também, graças aos contributos que a sociologia, e concretamente a sociologia da saúde e da doença, vem oferecendo. O modo como os médicos e os investigadores da área da saúde transmitem o que é a doença e a forma como as pessoas a aceitam são, portanto, produto de condições históricas específicas.

O desenvolvimento da medicina aliado, ao desenvolvimento de uma profissão médica conduziu a uma “objectivação da doença”. A aceitação, por todos, de uma visão objectiva da doença levou a que aquela profissão marginalizasse todos aqueles que não partilhassem a sua visão. A doença e o paciente são duas entidades distintas, levando a que este último fique sob o domínio/ controlo de um poderoso “expert”: o médico. Deste modo, a profissão médica torna-se um factor chave num controlo social cada vez mais sofisticado e diferenciado da modernidade. É o médico que conhece a doença e sabe como curá-la, é ele o agente activo. Por seu turno, o paciente é apenas aquele que, passivamente, se limita a receber os seus cuidados. O poder da medicina e dos médicos é algo que não se limita ao campo da doença, estende-se progressivamente a mais áreas da vida, como a saúde, os estilos de vida, os comportamentos de risco, etc.. A medicina não se limita ao estudo da desordem, ela abarca, também, o estudo de populações “normais”.

O discurso dos especialistas, uma vez serem eles quem determina o que é e não é doença, tem o poder para modelar as percepções públicas e as sensibilidades privadas sobre vários assuntos (doença, saúde, comportamentos de risco, “bons” estilos de vida, etc.). Foucault analisou a relação entre certos discursos médicos e o exercício de poder na sociedade, ou seja, o desenvolvimento de alianças entre discurso, prática médica e grupos profissionais (Turner, 1987: 10). O conhecimento científico da medicina moderna confere àqueles (médicos) que se pronunciam acerca dele, o poder para controlar os indivíduos socialmente desviantes. Evidencia-se, assim, o enorme poder que a medicina e as profissões que trabalham no seu âmbito têm, principalmente a profissão médica. O conhecimento que os médicos possuem atribui-lhes, para além de prestígio e autoridade, um enorme poder profissional e científico exercido sobre as populações. A estas é pedido uma maior racionalidade no que concerne aos comportamentos que adoptam. Exige-se-lhes uma atitude mais calculada no que respeita

à sua saúde e a comportamentos de risco que possam vir a tomar. Todos os aspectos da vida quotidiana tornam-se assuntos de discurso público, produzido pelos profissionais médicos. As populações encontram-se, então, constantemente vigiadas por mecanismos de controlo social. Foram muitos os estudos desenvolvidos que dão conta do crescente poder da medicina, da sua relação com o paciente (Lawrence, Foucault, Friedson, Frank in Burry, 1998: 6-9).

A moderna ciência médica contribui para a fragmentação e perda de unidade do indivíduo. Quando a ciência trata a pessoa como uma máquina e assume que o corpo, desprovido de mente ou alma, pode ser fixado por manipulações mecânicas, ignora, e encoraja os próprios indivíduos a negligenciar esses outros aspectos, mais emocionais, dos *selves*. Mas, se a moderna medicina contribui para a fragmentação do corpo humano, não é menos verdade que o corpo feminino é muito mais decomponível que o masculino. A medicina contribui duplamente para a alienação da mulher, isto é, para além de proceder à vigilância do corpo feminino, nega às mulheres a possibilidade de desenvolverem carreiras semelhantes à dos homens. Emily Martin entende, assim, que os atributos da ciência são os atributos dos homens, incompatíveis com as características “estereotipadas” atribuídas à mulher (Martin, 1987: 20).

A menstruação, o nascimento de um filho e a menopausa assumem-se como exemplos paradigmáticos da separação entre corpo e *self* na mulher. No caso específico da cesariana, a mulher considera-se “... literally divided into her ‘self’ and her ‘body’; people are doing things to her body but paying no attention to her self (...) For one thing, becoming sexually female entails inner fragmentation of the self” (Martin, 1987: 21). As mulheres que passaram pela experiência da cesariana referem, de facto, essa separação entre *self* e corpo, metaforizando esse acontecimento como uma crucificação ou uma violação. Será que as mulheres aquando da circuncisão sentirão essa tal fragmentação?

Mas, os anteriores estudos trouxeram, também, a ideia de que os pacientes não são totalmente passivos. Os indivíduos devem reflectir sobre si mesmos e sobre os seus comportamentos, a sua subjectividade e as suas emoções. Do mesmo modo, a sua relação com o poder médico passa pela adopção de estratégias que, de algum modo, os faça “desprender” daquele poder.

Aliás, enquanto a língua portuguesa apenas tem uma palavra para designar ‘doença’, a língua inglesa tem três, “disease”, “illness” e “sickness”, todas elas reportando-se a diferentes formas de conceber a doença. Assim, “disease” tem um carácter fisiológico ou biológico, uma vez que diz respeito ao mau funcionamento do corpo; “illness” reporta-se à concepção (subjectiva) que o indivíduo tem do seu estado de desordem (doença) e, por último, “sickness” que remete para a ideia de papéis sociais apropriados. Esta decisão tripartida de conceber a doença corresponde a uma divisão profissional do trabalho e a um ranking de prestígio da actividade médica. Esta divisão é exemplificativa do papel que o discurso médico deteve na fundamentação do próprio poder da medicina e dos seus profissionais.

Ora, mediante este poderoso poder que a medicina exerce sobre a sociedade foi, por vezes, difícil para os sociólogos manter uma certa distância dos conceitos e definições médicas. Contudo, hoje, os sociólogos da saúde e da doença constituem um corpo consciente regido mediante as ideias principais da sociologia mas reconhecendo simultaneamente a importância de manter boas relações com profissionais da saúde e pacientes (Stacey, 1978: 282). Mas até aqui chegar houve um longo caminho percorrido que constitui a própria história da institucionalização desta sub-disciplina.

O desenvolvimento tardio da sociologia médica poderá ser explicado por um lado, pela ausência por parte dos autores clássicos, fundadores da sociologia, de uma tomada de posição ou um interesse por este tipo de temática. Na verdade, segundo Stacey e Homans (Stacey, 1978: 282), todos os teóricos anteriores a Parsons ignoraram a medicina como uma instituição social de enorme importância para a sociedade como um todo. Por outro lado, este desinteresse poderá ser entendido, como uma forma de proteger a sociologia de um tipo de análise mais determinista, mais biológica, que um objecto de estudo como a medicina poderia implicar. Não obstante, a disciplina desenvolveu-se.

Para isso muito contribuiu a própria medicina, nomeadamente a medicina social. Esta, desenvolveu-se no período entre as duas grandes guerras, num contexto de crise. Foi uma época marcada por problemas de desemprego, mal-nutrição, más condições de habitabilidade e de trabalho. Os médicos aperceberam-se que, perante doenças difíceis

de identificar, por vezes mesmo intratáveis e cujas queixas por parte dos doentes nem sempre tinham como base uma desordem física objectiva, outros factores – de ordem social - estariam na origem de tais perturbações e, logo que identificados, poderiam auxiliar na sua cura. Assim sendo, “illness could express the condition of a group as a social entity” (Figlio, 1987: 79). O reconhecimento de que o social poderia ter um papel causal na doença acompanhou a passagem de um modelo monocausal simples, tal como na teoria dos germes, para um modelo multicausal complexo que poderia elaborar a sociogénese das doenças. As doenças poderiam ter na sua origem uma multiplicidade de factores e não era necessário que todos fossem de ordem fisiológica.

Mas, a medicina social não se preocupava somente com aspectos materiais, os aspectos psicossociais ocupavam, também, os investigadores. Vários foram os autores, e não somente no âmbito da sociologia mas de outras áreas do saber, que demonstraram a relação de variáveis sociais com determinadas perturbações psicológicas, como neuroses, etc. (Halliday e Freud in Figlio, 1987: 80-85). Desenvolveu-se, assim, toda uma área de estudo relacionada com a psicanálise. A psiconeurose e a concepção psicossomática da doença ajudaram a uma reintegração do lado subjectivo na identificação e compreensão da doença. Aliás, a psicanálise deu um grande contributo à sociologia. Na Escola de Chicago, numa época anterior aos trabalhos de Parsons, muitos foram os estudos que questionaram a psicanálise, os psiquiatras, etc.. (Figlio, 1987: 88). Segundo Figlio, a sociologia médica deveria recuperar uma dimensão subjectiva, de um ponto de vista psicanalítico, uma vez esta ser indispensável para uma teoria dos processos sociais.

Esta foi uma área que influenciou fortemente o trabalho de Talcott Parsons, no âmbito da sociologia da medicina. Esta disciplina desenvolveu-se nas décadas de 50 e 60, tendo 1960 se assumido de extrema importância para a sua institucionalização, dado corresponder ao ano da criação da Secção de Sociologia da Medicina na Associação Americana de Sociologia. Desta forma, pode-se evitar o potencial domínio da profissão médica sobre este novo campo. O trabalho de Parsons contribuiu, conjuntamente com o de outros autores, para a delimitação da sociologia médica.

Parsons, baseando-se em Freud, analisou o papel da motivação na doença bem como a relação médico-paciente, concentrando-se no conceito de “papel do doente” (“sick

role”) na sua análise do sistema social. O autor propôs uma visão da doença como um potencial estado de desvio social, em que, de alguma forma, não se conseguem cumprir as expectativas e as normas sociais. A doença é, então, vista como um estado “anormal” do corpo humano, causadora de disfunções físicas e sociais e que, como tal, deve ser rapidamente aliviada. O médico e o paciente assumem papéis sociais bem definidos na sua interacção. O papel do primeiro assume uma maior preponderância, visto ser ele quem define o que é a saúde e a doença, legitimando, deste modo, o próprio papel social do doente que, por sua vez, estando mais vulnerável, devido ao seu próprio estado, é forçado a depender da verificação oficial do médico para atestar o seu estado de saúde. Portanto, “the role of the medical profession is to act as a necessary institution of social control, or a moral guardian of society, using its power to distinguish between normality and ‘deviance’ as the Church once did” (Lupton, 1994: 7). Os processos terapêuticos são vistos como mecanismos de controlo social que, postos em prática, podem controlar os desviantes (doentes).

Não se pode, de forma alguma, negar o enorme contributo que o trabalho de Parsons deu para o entendimento da dimensão social aquando do encontro entre médico e paciente. E a teoria funcionalista (tal como a psicanalítica) manteve-se até aos anos 70 como uma das teorias sociológicas mais importantes no âmbito da sociologia médica. Contudo, aquela não deixou de ser criticada; é acusada de negligenciar o potencial conflito que poderá estar inerente na interacção médico-paciente. Este é sempre visto como um actor passivo, submetido ao poder médico e agradecido por haver alguém que se ocupe dele; ao passo que o médico é visto como competente e altruísta. Contudo, e segundo as críticas, existe sempre um conflito de interesses entre estes dois actores. Os médicos e os pacientes podem ter objectivos muito diferentes: os primeiros podem ter como meta efectuar o seu trabalho com vista a terem recompensas monetárias e a progredirem na carreira, enquanto que os segundos poderão procurar nos médicos um alívio para a sua perturbação. Este conflito é expresso por uma luta de poder, que poderá ser explícita ou implícita, envolvendo uma permanente negociação entre ambos os actores. É apontado, também, que os comportamentos que os médicos e os doentes apresentam são determinados por condições externas ao encontro médico e que, por isso, afectam a sua relação (Lupton, 1994: 7-8).

De referir que o grande impulso na sociologia médica coincidiu com um período que, devido às grandes mudanças sociais nele efectuadas, contribuiu para a proliferação de trabalhos nesta disciplina. Assim, aquele foi marcado pela organização dos serviços de saúde, pelo construção dos sistemas de saúde e pelo desenvolvimento do Estado de Providência que propiciou a organização do sistema dos cuidados médicos, num contexto de novas formas de actuação política, que estariam de acordo com as novas experiências e as novas realidades que se sentiam na sociedade: a população vê a sua esperança média de vida aumentar, muito graças ao declínio das doenças epidémicas e a um maior conhecimento médico e tecnológico que possibilitaram a luta contra a doença, ao mesmo tempo que se assiste a uma maior burocratização e custos dos serviços médicos como resposta a uma, cada vez maior, procura desses mesmos serviços (Carapinheiro, 1986: 17).

Contudo, houve outros contributos para o desenvolvimento da sociologia médica. Não se pode esquecer a importância que o movimento feminista teve, chamando a atenção para um conjunto de problemas até então ignorados, principalmente os relacionados com a saúde da mulher. Assim como o contributo que os próprios pacientes ou organizações suas representantes deram, servindo de objecto de estudo.

Antes de abordar questões mais recentes relacionadas com a sociologia médica, torna-se pertinente chamar a atenção para a distinção entre dois tipos de sociologia, objecto de discussões nos anos 50 e 60. A relação entre sociologia e medicina é convencionalmente expressa pela dicotomia entre sociologia na medicina e sociologia da medicina.

Foi Robert Straus que, em 1957, alertou para a importância desta distinção. Segundo o autor, e apesar destes dois tipos de sociologia médica serem mutuamente exclusivos, não é fácil operacionalizar uma rígida dicotomia entre eles. Porém, o primeiro passo para essa distinção residirá na descoberta se o sociólogo da medicina desenvolve o seu trabalho segundo as definições médicas dos problemas ou não (Wardwell, 1982: 566). Em suma, na sociologia na medicina há uma subordinação da sociologia à prática médica, assim como às necessidades dos seus próprios profissionais. Por seu turno, a sociologia da medicina procurou, desde sempre, perceber a natureza da medicina como profissão, privilegiando não só a perspectiva do médico sobre a doença ('illness') mas, igualmente, a visão do próprio paciente sobre a sua condição. Mesmo assim, Turner

refere que a sociologia da medicina dever-se-ia identificar com os problemas teóricos centrais da sociologia em si, de modo a ultrapassar a velha dicotomia (Turner, 1987: 1). Não obstante, hoje em dia, já não faz qualquer sentido falar em sociologia na ou da medicina. Estas questões estão ultrapassadas e a disciplina estabeleceu-se, saindo da dominação médica.

Aliás, numa reacção crítica à institucionalização da sociologia da medicina, decorrente da ideia de que esta estaria ao serviço de instituições poderosas e em conexão directa com a profissão médica, muitos sociólogos preferem a designação de sociologia da saúde e da doença, uma vez que esta, somente, diz respeito às causas sociais da doença, muitas vezes vistas do ponto de vista do doente, em alternativa à perspectiva médica sobre o assunto. Assim, abandona-se a perspectiva médica como central na análise sociológica, dando lugar a um “campo de análise mais abrangente e que tem a ver com a saúde, individual e colectivamente considerada” (Carapinheiro, 1986: 15). Esta transformação reflecte o facto de o modelo médico ser apenas um dos muitos modos de descrever saúde, doença e tratamento. “The contribution of sociology must be with the whole range of knowledge, belief, feeling, organization, institutions associated with health and illness and thus connected with the whole range of workers, professional, semi-professional, paraprofessional, unpaid workers and others who are involved in the health industry and including the patients in that industry” (Stacey, 1978: 295).

A sociologia da saúde aparece, assim, como uma nova disciplina que agrega em si própria a confrontação que houve entre as teorias e os métodos da sociologia médica e as mudanças ocorridas na sociedade, assim como as novas visões de saúde e de doença. Deste modo, tanto as teorias como os métodos que, no fundo, são determinados por aquelas, sofrem mutações. As últimas décadas trouxeram consigo profundas transformações de natureza sociodemográfica, como mudanças de comportamento, novas profissões médicas decorrentes do aparecimento de novas doenças, envelhecimento da população e um crescente criticismo por parte de certos sectores da opinião pública, descontentes com o desempenho médico. Mas, também, fizeram-se sentir mudanças de natureza económica e política, que trouxeram consigo um clima de gestão nas organizações de saúde, bem como a sua privatização e mercadorização, levando a que a responsabilidade da doença passasse do domínio estatal para o do

indivíduo. Por último, os domínios técnico, científico e profissional também se alteraram.

Face a uma nova realidade social, é natural que surjam novas problemáticas e novos estudos, impondo-se a necessidade de adoptar certas teorias em detrimento de outras, aplicadas até então, mais conformes com aquela nova realidade. Desta forma, dentro das abordagens microssociológicas começa a privilegiar-se a escola fenomenológica e o interaccionismo simbólico, onde se atribui particular importância ao significado e à interpretação dos objectos em estudo. Já no que concerne às abordagens macrossociológicas, o interesse recai nas teorias do conflito.

De salientar a crescente interpenetração da lógica económica na ciência médica. “Human eggs, sperm, and embryos can now be moved from body to body or out of and back into the same female body. The organic unity of fetus and mother can no longer be assumed, and all these newly fragmented parts can now be subjected to market forces, ordered, produced, bought, and sold” (Martin, 1987: 20). Em anos mais recentes, os desenvolvimentos na tecnologia biomédica, particularmente na manipulação genética, aumentaram as possibilidades para a normalização do corpo (Lock, 1993: 147).

O desenvolvimento da sociologia médica passa, segundo Turner, pelo apoio da sociologia do corpo, dado que somente através do ‘embodiment’ social poder-se-á, de um modo mais adequado, proceder à crítica das divisões entre corpo e mente, indivíduo e sociedade (Turner, 1987: 2). É sobre as questões do corpo que tratará o próximo capítulo.

Corpo... uma introdução

“Dormitou, e dormitou sabendo que o corpo magro que transportara de um lado para o outro, sem descanso, fora sempre a sua única morada. E nele se habituara a viver, mal ou bem, e com ele rira e chorara. Com ele morreria ao mesmo tempo.”³

É hoje amplamente reconhecida a centralidade que o corpo ocupa na vida quotidiana. Segundo Sarah Nettleton, “... the body is in the mainstream of everyday life...” (Nettleton, 1998: 12). Todos os seres humanos, independentemente da raça ou do género, possuem um corpo. Todavia, a consciência que dele detêm pode fazer-se sentir de um modo mais apurado em determinadas situações. Esse grau de consciência, e o modo como o experienciam, varia ao longo da sua vida e segundo os diferentes contextos sociais.

Em variados momentos, os corpos apresentam, para os indivíduos que os possuem, um papel de ausência ou de certeza. “While in one sense the body is the most abiding and inescapable presence in our lives, it is also essentially characterised by absence” (Leder in Nettleton, 1998: 10). Segundo alguns teóricos, a sua tomada de consciência processa-se somente em situações de dor, de sofrimento ou de doença, isto é, quando os corpos estão disfuncionais. Todavia, Sarah Nettleton refere que os indivíduos tomam consciência do seu corpo numa parafernália de situações e não apenas em estados considerados de disfuncionamento; por exemplo, o nervosismo pode manifestar-se no corpo mediante a transpiração das mãos. Também Lupton alertou para o modo como os sentimentos e as emoções se articulam com manifestações físicas. As emoções podem manifestar-se, elas próprias, no modo como as pessoas se sentem energéticas, cansadas, etc. Ou seja, os indivíduos tomam consciência do corpo numa variedade de situações (Nettleton, 1998: 12-13). Portanto, é legítimo afirmar que todas as formas que a vida reveste estão encorporadas.

O modo como os indivíduos percebem o seu corpo pode afectar a sua capacidade de interacção social. Ou seja, é recorrente que a imagem positiva que tem do próprio corpo acarrete, para o próprio indivíduo, um acréscimo de bem-estar, auto-confiança e estima,

³ AL BERTO (1999) *Lunário*, Lisboa, Assírio e Alvim, pp. 18

essenciais para um melhor relacionamento social. Por conseguinte, será igualmente mais provável que, também, os outros se posicionem relativamente a si de um modo positivo.

De acordo com o interaccionismo simbólico, a manutenção, por parte do indivíduo, de um controlo sob o corpo é essencial para a apresentação do *self* no quotidiano e, assim, para a sua aceitação social. O indivíduo toma consciência do seu corpo também através da necessidade de o manter sob vigilância. A perda do controle sobre o corpo pode ser associada com a perda de aceitabilidade social. Featherstone e Hepworth usaram a noção de “bodily betrayal” para caracterizar esta ideia. “Loss of bodily controls carries similar penalties of stigmatisation and ultimately physical exclusion (...) Indeed, the failure of bodily controls can point to a more general loss of self image...” (Featherstone e Hepworth in Nettleton, 1998: 15). Em suma, é exigido ao indivíduo, para que seja encarado pelos outros como um actor social competente, a posse de um certo nível de competências.

Segundo Sarah Nettleton, “bodily controls and their impact upon the self and identity are both internally and externally rooted. Social controls and internal controls of the body and the self are inherently interrelated and mutually reinforcing” (Nettleton, 1998: 16).

As mudanças físicas influenciam enormemente a percepção que os indivíduos têm de si próprios. Por exemplo, as mudanças que o corpo vai sofrendo, associadas ao envelhecimento, podem funcionar como indícios da mortalidade e fragilidade a que todos estão sujeitos.

Por conseguinte, o desenvolvimento do corpo feminino e o aparecimento da menstruação poderão alertar a rapariga para a proximidade da circuncisão; a sua ocorrência acarreta a modificação quer do corpo, no sentido físico, quer a percepção que a mulher tem desse mesmo corpo e, em última instância, de si própria.

Portanto, a vida quotidiana diz, fundamentalmente, respeito à produção e reprodução de corpos.

Dada a centralidade do corpo, o facto de ele mediar toda a reflexão e acção sobre o mundo, aliada ao facto de todos os seres humanos terem (e serem) corpos é, talvez, surpreendente o facto de o corpo, a despeito da sua omnipresença, ter permanecido tanto tempo sem problematização no âmbito da sociologia (Nettleton, 1998: 2; Lock, 1993: 134).

Porém, o corpo humano tem sido desde o século XIX um importante objecto de estudo na antropologia. Grosso modo, essa proeminência resultou do desenvolvimento de uma antropologia filosófica, direccionada para a questão do corpo em relação a uma ontologia do Homem⁴. Em termos históricos, a antropologia esteve mais propensa a colocar questões acerca da essência universal da humanidade dado que, no contexto do colonialismo europeu, foi forçada a lidar com o problema do universalismo humano em relação às variações e diferenças das relações sociais. Assim, o corpo ofereceu uma solução para o problema do relativismo social. Por outro lado, a dicotomia natureza/cultura facilitou igualmente o enfoque no corpo. Procurou-se, assim, saber qual o ponto de desunião entre essas duas dimensões. Se a humanidade teve um ponto comum de origem, ou de partilha, onde se deu o ponto de desunião⁵? O interesse antropológico decorreu ainda do papel que o corpo desempenhou nas sociedades pré-modernas. Nele se inscreviam os sinais do *status* social, da posição da família, etc. (Turner in Featherstone, 1991: 1-6).

De facto, enquanto a sociologia e a história tenderam a ignorar a inter-relação simbólica entre os corpos e a ordem social, os antropólogos detiveram desde sempre um interesse sobre o modo como o simbolismo do corpo é usado nas pequenas sociedades (sociedades de pequena escala) como factor de integração e de definição das relações sociais e espaciais. Segundo Mary Douglas, “rituals concerning the body enact a form of social relations and in giving these relations visible expression they enable people to know their own society” (Douglas in Lupton, 1994: 21). O corpo circuncisado assume-se como um meio integrativo das raparigas na vida adulta que se tornam, mediante este

⁴ De acordo com Turner, a palavra Homem é deliberadamente utilizada para indicar uma compreensão, um entendimento desigual da humanidade com base no sexo, e a probabilidade da ciência social clássica ter também evidenciado essa desigualdade (Turner in Featherstone, 1991: 1).

⁵ Turner entende que as questões mais evidentes que daqui emergem são as que conceptualizam a disjunção entre Homem e natureza em termos de interdições relacionadas com a sexualidade (ex.: sexualidade indiscriminada). Deste modo, a proibição do incesto é entendida como uma descontinuidade entre o mundo natural da animalidade e o mundo cultural da humanidade.

processo, merecedoras da função de esposas e mães. Portanto, a circuncisão assume um papel de integração e de definição das relações sociais.

Mudança social e corpo

Durante muito tempo, as questões relativas ao corpo estiveram ausentes da sociologia. Esta relutância é, em parte, explicada pelo desejo do círculo acadêmico em evitar o determinismo biológico que frequentemente pontuou as ciências humanas ditas “duras” (Lupton, 1994: 21). Uma resposta, segundo Arthur Frank, para a negligência do corpo, por parte da sociologia tradicional, resulta do facto da sociologia ter sido, durante muito tempo, uma sociologia masculina, reflectindo, por sua vez, uma dominação masculina da sociedade (Frank in Featherstone, 1991: 41).

De salientar que o corpo foi, durante muito tempo, conceptualizado como uma base biológica universal sobre a qual a cultura exercia o seu poder. Porém, por volta de 1970, em virtude dos movimentos feministas, o corpo começou a ser entendido como produto de contextos sociais, culturais e históricos específicos (Lock, 1993: 134). Mas, mesmo quando a sociologia do corpo se institucionalizou, pouca atenção foi conferida ao modo como os próprios indivíduos experienciavam o seu corpo. Portanto, inicialmente, o estudo do corpo foi como que limitado à teoria, talvez porque o seu próprio estudo levante uma série de questões filosóficas e teológicas. De sublinhar que o recente surgimento do interesse sobre o corpo dentro (mas também fora) da sociologia foi acompanhado pelo interesse nas emoções. Parece que corpo e emoções são dois campos intrinsecamente ligados, escondidos, cujo interesse recente deriva dos mesmos factores.

A crescente saliência em redor das questões alusivas ao corpo (e às emoções) está associada a uma série de factores. Primeiro, houve como que uma politização do corpo. O movimento feminista, quer em termos teóricos, como práticos, deteve aqui um precioso papel dado que revelou o *status* político do corpo demonstrando que, através dele, a mulher foi repetidamente explorada pelo homem⁶. Ao trazerem o corpo para o centro da análise sociológica, as mulheres trazem-se a elas próprias para o centro da discussão. As críticas feministas expuseram não simplesmente as raízes patriarcais e as tendências profundamente masculinas de uma visão racionalista e desencorporada do mundo, mas demonstraram como as dicotomias que impregnaram o pensamento ocidental não tinham razão de ser, dado que, por exemplo, corpo e mente são eles

⁶ Este tema será aprofundado no capítulo “O corpo de Eva” do presente trabalho.

próprios mutuamente informados e fortalecidos (Williams, 2000: 8). As feministas reclamaram, ainda, o controlo sob os seus próprios corpos de uma profissão médica claramente dominada pelo sexo masculino. Segundo Turner, o corpo tornou-se num campo preferencial da actividade política e cultural. A sociedade contemporânea é por ele entendida como uma “sociedade somática”, dado que a regulação dos corpos torna-se numa das maiores preocupações dos governos (Nettleton, 1998: 5). A “sociedade somática” assume-se como uma sociedade na qual os problemas políticos e pessoais são problematizados no e mediante o corpo (Turner, 1996: 1). Com este conceito o autor procurou captar a dimensão histórica que o corpo detém na sociedade.

Factores demográficos, como o envelhecimento da população, demonstraram a natureza mutável dos corpos. Sarah Nettleton salienta que essa longevidade não é sinónimo de saúde, ou seja, os indivíduos actualmente não estão (ou são) mais saudáveis que os seus antepassados. Assim, assiste-se hoje a um aumento das denominadas doenças crónicas; doenças que debilitam o estado de saúde da pessoa, fragilizando-a, podendo durar uma vida inteira (Nettleton, 1998: 5). A experiência das doenças crónicas repercute-se no dia-a-dia do indivíduo, na natureza das suas relações sociais, na sua identidade e no seu sentido de *self*. A reacção a estas doenças está dependente da natureza dos sintomas biofísicos, das motivações e da capacidade de resistência do próprio indivíduo mas, igualmente, do contexto social, cultural e ideológico que envolveram e envolvem a sua história de vida.

Uma terceira mudança social, associada às sociedades modernas e industriais, que concorre para o (res)surgimento do interesse no corpo, é a ascensão da cultura de consumo. Assiste-se, deste modo, à proliferação de bens de consumo e serviços. Estes, são consumidos por variadas razões: desejo de emagrecimento; conservação da jovialidade; manutenção do corpo, etc.

A ética do consumo, ligada ao apelo sensual e estético dos bens e experiências dentro da cultura de consumo, fornece um ideal de auto-compensação mediante a satisfação dos desejos, substituindo uma lógica emocional de prazer e expressão individual, por uma lógica de utilidade prática, necessidade e realização. “... emotions it seems are now ‘big business’, including ‘corporate emotions’ and a variety of other McDonaldized (quasi) feelings and manufactured sentiments. The managed heart, on this count, has indeed

served capitalist interests well, ‘cashing in’ so to speak on a profitable emotional domain” (Williams, 2000: 9-10).

Segundo Featherstone, a aparência assume, no contexto da cultura de consumo, um peso central para a aceitabilidade social da pessoa. Isto é, a imagem que os indivíduos têm do seu corpo irá influenciar o modo como eles próprios o experienciam no quotidiano, assim como o modo como os outros indivíduos se posicionam em relação a si. Portanto, a percepção que os indivíduos têm de si, do seu corpo, repercute-se no entendimento do *self*, no seu grau de confiança e na natureza das suas relações sociais. Mas, a própria imagem que o indivíduo constrói do seu corpo é mediada pelo contexto cultural e social que o envolve. Assim, o acto de percepção assume-se como um processo socialmente construído (Nettleton, 1998: 16-17).

Remetendo para o caso específico das mulheres circuncisadas, sabendo de antemão que é a própria cultura, profundamente dominada pelo sexo masculino, que ordena essa prática, aquelas podem nunca vir a ter uma imagem negativa do seu corpo, uma vez que interiorizaram o que a sociedade exige da mulher: submissão, simbolizada pela prática da MGF. Por conseguinte, as mulheres que não forem sujeitas a essa prática, numa sociedade que a exige, estarão, elas sim, mais propensas a terem uma concepção negativa de si próprias e do seu corpo. As mulheres podem, elas mesmas, exercer um controlo sobre o seu corpo. Foucault alertou para o facto “... of how often in our current age we control ourselves with categories of knowledge, without the actual presence of any figure of authority or expert knowledge. Looking for the subtleties of such self-regulating processes...” (Martin, 1987: xiv).

Sault entende que a imagem corporal detém uma natureza dinâmica, integrada e interactiva. O sistema “body-image” envolve a experiência das mudanças corporais e a sua percepção social. A imagem corporal e os relacionamentos sociais do indivíduo exercem uma influência mútua (Nettleton, 1998: 17).

O crescente interesse pelo corpo foi igualmente precipitado pelo advento de novas tecnologias que, por sua vez, interferem no modo como os próprios corpos são experienciados. Os limites entre os corpos físicos e tecnológicos estão, actualmente, em rápida e profunda transformação. Por conseguinte, o corpo é reconceptualizado, não

como uma parte fixa da natureza, mas como um “boundary concept” sujeito a um esforço ideológico entre sistemas de significação concorrentes (Balsamo in Nettleton, 1998: 6). Neste sentido, saliente-se, por exemplo, a divergência entre os discursos biomédico e feminista no que concerne ao significado da menopausa.

De acordo com Shilling, quanto mais aumenta o conhecimento sobre o corpo, quanto maior a possibilidade de o controlar, intervir e alterar, mais incerto esse corpo se torna, onde começa e onde acaba. O corpo pauta-se por uma profunda flexibilidade (Nettleton, 1998: 6).

Com o advento do ciberespaço entrou-se numa era de “emoção virtual”. Neste novo mundo, as mentes deixam de estar ancoradas em corpos corpóreos ou físicos. Novas formas de intimidade e confiança, incluindo o cibersexo, são descobertas e exploradas (Williams, 2000: 11).

Um outro factor decorre das amplas transformações sociais que estão associadas à passagem da modernidade para a modernidade tardia. O tema da incerteza é central no trabalho de Giddens e Mary Douglas. Estes autores entendem que o risco assume-se como uma das características chave das sociedades contemporâneas. Nestas sociedades, as identidades e o *self* não são dados, isto é, não se pode derivar a identidade dos indivíduos de factores como a sua classe de pertença, a família ou o género. O *self* e a identidade resultam de um esforço reflexivamente organizado e revisto (Nettleton, 1998: 6).

O *self* reflexivo depende de uma vasta ordem de opiniões e informações fornecidas por uma miríade de fontes. Giddens refere que o *self* é incorporado e que o controlo regularizado do corpo é um meio fundamental através do qual a identidade do *self* é mantida.

Se dantes se assumia que o corpo era algo concedido, um aspecto da natureza, governado por processos só marginalmente sujeitos à intervenção humana, com a sua crescente invasão por esquemas abstractos, tudo isto se veio a alterar; “the body, like the self, becomes a site of interaction, appropriation and reappropriation, linking reflexively organised processes and systematically ordered expert knowledge” (Giddens, in

Nettleton, 1998: 6-7). Os indivíduos, em virtude dos conhecimentos, das opiniões e informação que têm ao seu alcance, dispõem de maiores possibilidades de proceder a escolhas relativamente às suas práticas e consumos, incluindo os directamente ligados à saúde.

Para Shilling, o corpo assume-se como um projecto no qual os indivíduos expressam as suas necessidades emocionais. O corpo é um fenómeno biológico e social inacabado, sujeito a transformações resultantes da participação do indivíduo na sociedade. “... the body is seen as a entity which is in the process of becoming; a project which should be worked at and accomplished as part of an individual’s self identity” (Shilling in Nettleton, 1998: 7).

A ideia de que as sociedades contemporâneas são caracterizadas pela mudança e pela adaptabilidade tem sido, igualmente, postulada por Emily Martin. Segundo esta autora, a flexibilidade assume-se como um dos maiores objectos de desejo da actualidade. Os indivíduos associam a flexibilidade ao conceito de “sistema imune”. Para ser eficaz, ou seja, para proteger o corpo contra as ameaças de doença, o “sistema imune” tem de ser capaz de mudar e, constantemente, se adaptar. Ainda segundo Emily Martin, as interpretações que os indivíduos concebem do seu corpo são histórica e socialmente contingentes. O modo como se experiencia o corpo é, invariavelmente, social!

Abordagens ao estudo do corpo

Dentro dos debates teóricos sobre o corpo, a controvérsia gira em torno da posição ontológica do corpo. O construtivismo social entende que o corpo é socialmente construído; é contingente com o contexto social e discursivo que o envolve. O contraponto a esta ideia é realizado por aquilo a que Sarah Nettleton designou de “anti-construtivismo” que postula que o corpo existe independentemente do seu contexto social, assumindo-se como uma entidade física universal (Nettleton, 1998: 8).

Alguns autores, como Turner e Csordas, desenvolveram tentativas de modo a integrar as anteriores abordagens. Argumentaram que esse impasse teórico seria ultrapassado mediante o desenvolvimento de uma abordagem fenomenológica para o estudo do corpo. Sarah Nettleton entende que esta abordagem não se assume como uma solução mas, sim, como uma abordagem alternativa (Nettleton, 1998: 9).

Turner postula que o corpo tem uma base biológica, por sua vez, alterada e modificada dentro de diferentes contextos sociais.

A perspectiva de que o corpo é socialmente construído reúne actualmente um relativo consenso. A discussão resulta de divergências quanto aos mecanismos e processos que contribuem para a sua variabilidade social. Assim, mantêm a ideia de que o corpo é socialmente construído, mas podem discordar relativamente aos mecanismos e processos que contribuem para a sua variabilidade social. Em suma, o debate gira em torno da extensão pela qual o corpo é socialmente construído.

A abordagem fenomenológica centra-se no conceito de “corpo vivido”, na ideia de que a consciência humana está invariavelmente incrustada no corpo. Presume-se que o “corpo vivido” constrói e é construído pela realidade social. O ser humano é, então, um agente social incorporado (Nettleton, 1998: 9).

Merleau-Ponty entende que toda a percepção humana é incorporada. Portanto, o indivíduo tem consciência dessa incorporação. Para este autor o conceito de incorporação decorre da oscilação dinâmica existente entre corpo e mente. Por

consequente, a mente não pode funcionar independentemente do corpo (Nettleton, 1998: 9; Csordas, 1990: 8-10).

Subjacente aos conceitos de “corpo vivido” e incorporação está a ideia de que *self* e corpo não são entidades separadas e que a experiência é, invariavelmente, de modo consciente ou não, incorporada (Nettleton, 1998: 11).

De acordo com Leder, “we cannot understand the meaning and form of objects without reference to bodily powers through which we engage them – our senses, motility, language, desires. The lived body is not just one thing *in* the world but a way in which the world comes to be” (Leder in Nettleton, 1998: 11).

Csordas, tal como anteriormente se referiu, insere-se na abordagem fenomenológica. Este autor prefere a noção de incorporação à de corpo, dado implicar mais que uma mera entidade material. A incorporação é, por si entendida, como um campo metodológico definido pela percepção e pela presença do indivíduo no mundo. A abordagem que Csordas promove ao conceito de incorporação “... begins from the methodological postulate that the body is not an *object* to be studied in relation to culture, but is to be considered as the *subject* of culture, or in other words as the existential ground of culture” (Csordas, 1990: 5).

A incorporação pressupõe a unidade do corpo e da mente; estabelece um mundo humano partilhado. “... the paradigm of embodiment has a principal characteristic the collapse of dualities between mind and body, subject and object...” (Csordas, 1990: 7). A essência do corpo é não dualista. O corpo interage dinamicamente com a mente. Segundo Csordas, o corpo é um fecundo ponto de partida para analisar a cultura e o *self*. Segundo ele, “... the body is the existential ground of culture and self...” (Csordas in Nettleton, 1998: 11).

A ideia de que o *self* é incorporado é também sugerida por Giddens que enfatiza a noção da “práxis quotidiana”. O corpo não é uma entidade exterior mas é experienciado em função de eventos externos e situações sociais.

De salientar que foi Marcel Mauss que antecipou a ideia de que o paradigma da incorporação poderia mediar as dualidades entre corpo e mente, signo e significação, sujeito e objecto. Segundo este autor, "... the body is simultaneously both the original object upon which the work of culture is carried out, and the original tool with which that work is achieved (...) It is at once an object of technique, a technical means, and the subjective origin of technique" (Mauss in Csordas, 1990: 11). Marcel Mauss acreditava que toda a expressão corporal era aprendida. Segundo ele, as técnicas do corpo, usadas primitivamente em ritual ou na vida quotidiana, correspondem a um mapeamento sociocultural do tempo e do espaço. Esta ideia é, como se viu, partilhada por Mary Douglas.

“O corpo de Eva”

A história do pensamento ocidental procurou, como antes se referiu, e com base no mito cartesiano, divorciar o corpo da mente, a natureza da cultura, a emoção da razão e o privado do público. Às mulheres corresponderiam os primeiros constituintes das dicotomias. O corpo era encarado como um fenómeno perigoso, veículo de paixões, desejos e emoções incontroláveis. Por conseguinte, o corpo, assim como as emoções e a sexualidade, a ele ligadas, deveriam ser objecto de controlo e regulação mediante processos culturais.

Deste ponto de vista clássico, as mulheres são consideradas como seres inferiores, como “maus” descendentes do corpo masculino, isto é, assumem-se como um “homem inferior”, alguém que existe à margem. De facto, é esta visão que pontifica o Cristianismo que concebe a mulher, a “Eva”, como um ser movido pelo desejo e pela tentação. A sexualidade feminina ficou para sempre associada com o lado negro da existência humana (Turner, 1996: 12).

Através da literatura científica e nomeadamente biológica, o corpo do homem tem sido considerado como a norma contra a qual o corpo feminino tem sido imaginado e julgado. “On the questions of domination and appropriation hang much of the story of society. Feminism has taught us that that story both begins and ends with bodies” (Frank in Featherstone, 1991: 42).

Dado que a esfera do trabalho, historicamente, envolveu uma ruptura com a natureza e necessitou de um esforço para a dominar, as mulheres, associadas com o mundo ‘natural’ da família, foram consideradas como seres dominados. “...So it is not sex but the capacity for fertility that makes up the real difference between male and female, and male domination (...) is ultimately the control, the appropriation of a woman’s fertility when she is fertile” (Frank in Featherstone, 1991: 41).

A subordinação feminina deriva da identificação entre mulher e natureza. A mulher é, assim, concebida como o ser que ainda não procedeu à transposição do estado “animal” para o estado cultural, devido à sua sexualidade e função reprodutora. A universalidade

desta dominação é feita mediante a fisiologia do corpo feminino. Porém, deriva fundamentalmente de uma interpretação cultural (masculina) da reprodução feminina. A distinção entre natureza e cultura é um produto cultural. Resume-se a um esquema classificatório que coloca a mulher numa categoria “natural” inferior e o homem numa categoria “social” superior (Turner, 1996: 126).

Turner salienta que, nas sociedades tradicionais, a dominação feminina resultava do modo de distribuição de propriedade, regulado mediante uma estrutura patriarcal que controlava a sexualidade feminina, e o nascimento das crianças (legítimos herdeiros) para assim garantir a estabilidade e reprodução da propriedade (Turner, 1996: 14). O corpo feminino, mediante a sua função reprodutora, assumia-se como o principal desafio à continuidade da propriedade e, assim, do poder masculino (Turner, 1996: 65). Para Hobbes, a continuidade da sociedade pressupõe a continuidade dos corpos, propriedade e poder (in Turner, 1996: 106). A exclusão, a diversos níveis, a que a mulher desde sempre esteve exposta resulta menos da sua associação com a natureza, do que com as determinações políticas e económicas (Turner, 1996: 134).

De acordo com Emily Martin, “the separation of these spheres has often been described as tragic, forcing both men and women into less than fully human, fully whole lives (...) it is likely that women are seen as less than fully persons (...) This may be related to our notion that women are intrinsically closely involved with the family where so many ‘natural’, ‘bodily’ (and therefore lower) functions occur, whereas men are intrinsically closely involved with the world of work where (at least for some) ‘cultural’, ‘mental’, and therefore higher functions occur” (Martin, 1987: 16-17). Estas características, imputadas à mulher são, na opinião da autora, usadas por forma a justificar uma estratificação social decorrente das diferenças de género. Portanto, são inúmeros os modos através dos quais os corpos masculinos e femininos estão, inevitavelmente, enredados em operações de poder.

As categorias sociais são literalmente inscritas no e dentro do corpo, como justificativas de hierarquia, diferença e exclusão, actuando como uma expressão do social local e dos mundos morais. Há, assim, a imposição de um sistema de ordem simbólica. Segundo Foucault (Foucault, 1975: 161), o corpo está sujeito a um poder muito apertado que lhe impõe constrangimentos, interdições e obrigações.

O corpo funciona como transmissor e receptor de informação, em função do posicionamento do indivíduo na sociedade.

“The body, imbued with social meaning, is now historically situated, and becomes not only a signifier of belonging and order, but also an active forum for the expression of dissent and loss, thus describing it individual agency. These dual modes of bodily expression – belonging and dissent – are conceptualized as culturally produced and in dialectical exchange with the externalized ongoing performance of social life” (Lock, 1993: 141).

De salientar que, por exemplo, mesmo actualmente, a infertilidade é, por norma, mais facilmente atribuída ao corpo da mulher, comparativamente ao do homem (Martin, 1987: xii).

As emoções estiveram, assim, associadas às mulheres compondo como que um mundo privado, povoado por sensações, irracionalidades e desejos perniciosos. Esta visão, durante muito tempo dominante e, em alguns casos ainda válida, postula igualmente que as emoções necessitam ser domadas, afugentadas pela mão firme da razão, masculina.

Segundo Emily Martin, “... in the nineteenth century women were seen as controlled in mind, body, and soul by the ovaries and the ‘paramount power’ of the uterus; the female was pictured as ‘driven by the tidal currents of her cyclical reproductive system’ (...) Because reproduction was woman’s grand purpose in life, doctors agreed that women had to concentrate all their energy downward toward womb” (Martin, 1987: 88-89). Poder-se-á, decorrente desta ideia, supor que a mulher estava como que num estado de escravatura ou dependência, face aos seus órgãos reprodutivos. Era como se esses mesmos órgãos comandassem a sua existência e fossem a razão de ser da mesma.

Deste modo, as mulheres teriam de funcionar como guardiães da pureza sexual. Esta necessidade fundamentou todos os processos erigidos no corpo feminino, essenciais na preservação dessa pureza. Assume-se que é mediante a circuncisão que se procede à purificação da mulher, essencial para que ela possa procriar. Essa purificação passará indubitavelmente pela parte do corpo feminino considerada mais perniciosa: o clitóris

que, segundo Bakhtin, está (tal como a boca) aberto ao mundo (Bakhtin in Williams, 2000: 78). Os orifícios do corpo são símbolos eficazes de perigo e poder.

Para Kopelman, o clitóris é considerado um órgão venenoso e, como tal, deverá ser extraído dado que o seu contacto com o órgão genital masculino poderá acarretar a impotência, a doença e, em última instância, a morte do homem (<http://www.aap.org/policy/re9749.html>, 15/12/2000).

Kristeva associa os fluídos menstruais a algo sujo ou impuro. Esta visão remete para o dualismo entre fluídos corporais considerados “não poluentes” (lágrimas e sémen) e os “poluentes” (fezes e sangue menstrual). Segundo esta autora, o sangue menstrual é um perigo para a identidade masculina e uma ameaça à relação entre os sexos, ameaça que não pode ser evitada. Porém, segundo Grosz, a menstruação é antes a condição da maternidade, da vida e da diferença sexual. Porque é que o sangue menstrual representa um perigo para ambos os sexos em moldes que o sémen não provoca? É como se os fluídos do homem não fossem tão perniciosos para a mulher como o são, para ele, os fluídos desta. Esta ideia reforça uma noção masculina de sexualidade feminina como inerentemente perigosa.

Subjacente à visão de Kristeva está a ideia que a pureza e o perigo estão situados na relação entre os sexos e que a experiência física, corporal, ela própria, é culturalmente mediada através destas práticas simbólicas. “We live our sexual bodies, including their fluids and flows, through cultural models, images and representations, never ‘in the raw’” (Williams, 2000: 82-83).

Os defensores da circuncisão feminina encaram esta prática como um modo de suprimir a sexualidade⁷, desencorajar a promiscuidade⁸, proporcionar um maior prazer sexual ao homem e assegurar a virgindade até ao casamento, dado que a circuncisão é entendida como uma prática purificadora. As mulheres que vivem em locais onde esta prática está generalizada têm dificuldade em contrair matrimónio caso não sejam circuncisadas. Os

⁷ Os indivíduos que se opõem a esta prática entendem a MGF como um método para reduzir a resposta sexual da mulher, diminuindo as possibilidades de ela se tornar sexualmente activa antes do casamento e evitando que tenha relações extraconjugais após o casamento. Poder-se-á supor então a circuncisão como um modo de controle sexual e social da comunidade relativamente ao indivíduo.

⁸ Os defensores da circuncisão entendem que as mulheres que não tenham sido sujeitas à circuncisão estarão mais propensas a actos de masturbação e lesbianismo.

próprios homens apoiam a MGF, assegurando assim a fidelidade da esposa. De salientar que, nas sociedades mais pobres, o casamento é essencial para a segurança social e económica da mulher. Dado que este só pode ser conseguido pela mulher através da purificação do seu corpo, ela não tem outra alternativa senão submeter-se à circuncisão⁹. Mais uma vez é sublinhado o controle imposto às mulheres na reprodução da divisão sexual.

Os defensores desta prática sublinham ainda os efeitos benéficos que ela acarreta para a saúde dos indivíduos. A MGF é utilizada como um meio de prevenção contra o cancro vaginal, assim como de neuroses.

A reprodutividade, a fecundidade, enfim, a capacidade de gerar filhos, apresentava-se como a principal função, a razão única da sua existência. Mas, a função reprodutora estava como que separada da dimensão sexual, da dimensão do prazer. Era como se este estivesse interdito às mulheres, futuras mães. Embora a capacidade reprodutiva passasse indubitavelmente pela actividade sexual, havia como que uma abstinência da sexualidade, entendida e conotada com o prazer. A relação sexual no casamento detinha, então, uma função utilitária.

De acordo com Shiek Badri, as mulheres que não são circuncisadas estão mais susceptíveis a contrair o vírus da SIDA. Todavia, existem igualmente aqueles que entendem que o próprio acto da circuncisão pode conduzir a esse mesmo contágio, dadas as condições precárias em que é objectivado (http://www.religioustolerance.org/fem_cira.htm).

Todas as fases da vida reprodutiva da mulher (menstruação, gravidez, menopausa) são descritas como potencialmente patológicas e, assim, carecendo de cuidados profissionais, de especialistas (homens) e de atenção. A história do corpo feminino assume-se como uma história continuada de medicalização (Williams, 2000: 97).

Todas estas ideias desembocam num paradoxo. Por um lado, através da associação mais estreita que detêm com a natureza e as emoções, as mulheres são vistas como

⁹ Se o corpo encerra em si uma moralidade, para as sociedades que defendem a circuncisão feminina essa moralidade só pode ser atingida pela prática daquela.

possuidoras de uma mais aguçada sensibilidade moral. Por outro lado, estas mesmas qualidades, associadas com a fragilidade, a irracionalidade e o excesso, oferecem o fundamento para as atribuições negativas de inferioridade mental e física. Poder-se-á ainda salientar que é esperado que as mulheres mantenham o equilíbrio emocional dentro do lar – educando os seus filhos (homens) como cidadãos racionais e alheios às emoções (Williams, 2000: 97).

As ideias atrás descritas, dos fluídos perigosos da mulher, desta como um ser inferior, que com base em Emily Martin, caracterizam o pensamento ocidental (puritano/burguês) do século XIX, continuam, argumentamos, a fazer sentido no caso específico das mulheres, na sua generalidade africanas, objecto de circuncisão. Esta, pelo seu carácter mutilante e, tendo em conta as circunstâncias e as condições precárias¹⁰ em que, na maioria das vezes, é efectuada, assume-se como uma experiência muito dolorosa. A dor infligida por esta prática deverá ser agonizante, pois não é de esquecer que todo o processo é efectuado sem qualquer anestesia e que, mesmo durante a cicatrização, as dores e as infecções são muitas.

A dor e o choque iniciais são na maioria das vezes seguidos de infecções que, em alguns casos, podem mesmo conduzir à morte. As mulheres, objecto de circuncisão, podem, já num estágio mais avançado de idade (a circuncisão é quase sempre efectuada antes da puberdade), sofrer de uma variedade de complicações físicas (quistos, inchaços, infecções e irritações). O simples acto de urinar, a menstruação e, posteriormente, o acto sexual podem ser vividos de uma forma extremamente penosa, sendo que o orgasmo é raramente atingido. A juntar a estas consequências físicas a MGF acarreta, ainda, efeitos psicológicos, como *stress* pós-traumático, desordens psicossomáticas crónicas e baixa auto-estima. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a MGF duplica o risco de a mulher circuncisada morrer durante o parto (http://www.forwardusa.org/about_fgm.html, 15/12/2000).

¹⁰ De um modo geral, são usados instrumentos primitivos na prática da MGF: pedaços de vidro, lâminas de barbear, facas velhas e tesouras. Igualmente rudimentares são os métodos de sutura, realizados sem recurso a anestésias ou anti-sépticos. A prática deste método está, na maioria das vezes, entregue a pessoas sem qualquer tipo de formação médica. Portanto, a sua legitimação advém do facto de serem pessoas reconhecidas pela comunidade como perpetuadoras desse mesmo costume ancestral, podendo-se falar então de uma legitimação social.

Sendo esta uma prática tão dolorosa, existem, no entanto, mulheres que defendem a sua perpetuação. Mesmo nos países ocidentais onde há uma maior visibilidade e onde a opinião pública a condena, muitas mulheres continuam a defender e a submeter as suas filhas à MGF, argumentando a ausência de dor que essa prática acarreta. A circuncisão é indispensável para a construção da identidade destas mulheres. Para entender essa posição de aceitação e concordância há que perceber que a dor não é apenas uma reacção meramente fisiológica a algo que agride o corpo humano, provocando sensações e reacções de defesa idênticas. A atitude destas mulheres face à dor infligida pela circuncisão e o limiar da sua dor estão intimamente ligados à cultura somática do seu grupo social e à sua própria psique. Deste modo, a simbólica social tem o poder de se impregnar na fisiologia, adaptando-a a si. As mulheres reagem à dor em função de normas implícitas que escapam à sua compreensão.

Para Le Breton, e segundo René Leriche, retomado por Georges Canguilhem, “la douleur physique n’est pas un simple fait d’influx nerveux courant d’une allure déterminée dans un nerf. Elle est la résultante du conflit d’un excitant et de l’individu entier” (Le Breton, 1988: 94). Entre aquilo que a provoca e a dor existe toda a densidade do sujeito, bem como a sua singularidade e historicidade. Não existe essência da dor, o que existe são certas modificações corporais que o actor social aprendeu a reconhecer e a relacionar com certas categorias. A dor exige a aquisição de certas categorias implícitas que permitem a confrontação, a comparação com outras sensações e, logo, o estabelecimento de cada uma na sua especificidade. Não obstante, ninguém, em nenhuma cultura, recebeu lições para aprender a identificar o limiar da sua própria dor, a forma como deve reagir e a atitude que deve, então, adoptar. E, portanto, para uma grande parte das pessoas, a identificação da dor é um dado adquirido (Le Breton, 1988: 94-95).

Evidencia-se, assim, que as incitações implícitas que se recebem do grupo de pertença fazem com que cada indivíduo reaja com um estilo próprio à dor sem que, no entanto, fuja às normas daquele grupo de referência. Estas diferentes reacções fazem transparecer os traços da educação e a relação existente com os pais, sobretudo com a mãe. O modo como a intensidade da dor é avivada ou atenuada está relacionado com a socialização do indivíduo, com a sua educação, que transforma as crianças em sujeitos em conformidade com uma certa imagem em vigor na sociedade, e as vicissitudes da

sua própria história (Le Breton, 1988: 97-98). O corpo individual é, assim, esculpido conforme o modelo sonhado pelo grupo; o âmago dos ritos e a justificação da sua focalização é de ordem social. Mesmo que os efeitos desses ritos sejam fisiológicos, não existem para ajudar a fisiologia mas, sim, como registo do projecto «político» (Maertens, 1988: 42).

Uma infinidade de usos corporais, incansavelmente repetidos, servem de suporte à produção e à reprodução da vida quotidiana, tanto no que respeita a circunstâncias mais banais como excepcionais. A ritualização de todas as manifestações da vida corrente consiste na encenação muito elaborada das condutas corporais que a sustêm. Todas as acções que compõem o ordinário de um dia, mesmo as mais fúteis, implicam, na verdade, a mediação do corpo.

A vida social em qualquer comunidade baseia-se num conjunto de repetições, das quais, na maior parte do tempo, os indivíduos nem têm consciência. Segundo Michel Maffesoli, “la répétition est certainement un moyen qu’a une structure sociale de négociation sa mort, de gérer son angoisse face à l’accélération de l’histoire” (Maffesoli in Le Breton, 1988: 123-124). As relações sociais dentro de uma comunidade são constantes e os comportamentos dos indivíduos, muitas vezes previsíveis, ajuda-os na coexistência com os outros. Assim, a socialização dos sujeitos, que implica a socialização do seu corpo e a aprendizagem das condutas e normas de uma sociedade possibilita-lhes viver sem entrar em conflitos.

Em toda a história, os homens realizaram rituais para que se criasse ordem e predictabilidade num mundo incerto. Os rituais são a prova ideográfica do sistema de valor. Na sua crítica da cultura americana, Robert Bellah diz que não podemos saber quem somos sem algum ritual prático e uma estrutura moral que ordene a liberdade e a escolha (Bellah in Hewitt, 1997: 36).

Os rituais de iniciação, como a circuncisão, providenciam uma estrutura para que os indivíduos alcancem uma identidade única, enquanto se integram na ordem social. O propósito do ritual é o de dignificar um acontecimento e, então, transformá-lo em algo mais importante, mais significativo. Se a sociedade moderna não providenciar rituais viáveis para alcançar esta transformação, os indivíduos criarão os seus próprios métodos

de iniciação. O antropólogo Arnold Van Gennep teoriza que todo o ritual assegura a transição de um modo de ser para outro. Marcar o corpo, num ritual cultural, altera a posição do indivíduo na estrutura social (Gennep in Hewitt, 1997: 36).

A análise dos ritos de inscrição genital deve permitir conhecer melhor a interdependência entre ritualidade e sexualidade, na medida em que estes ritos, transformando os órgãos genitais em significantes do discurso, organizam, segundo as exigências do social, a circulação dos corpos a partir dos seus órgãos genitais. O corpo feminino é, igualmente, objecto de uma diversa ritualidade genital mutilante.

A circuncisão feminina é ainda encarada como um ritual que celebra a passagem à vida adulta, demonstrando a coragem da rapariga. Consequentemente, o *status* da mulher é elevado aquando da circuncisão. Esta prática assume-se como um meio de integração social.

Desde o momento em que pela circuncisão ou uma outra iniciação, o corpo da mulher se torna objecto de mudança, a primeira menstruação aparece não só como o ponto inicial do processo fisiológico da maternidade mas, também, como o presságio de uma entrada próxima na “circulação dos corpos”. Haverá então um rito, aquando da puberdade da rapariga, não para lhe garantir um bom desenvolvimento mas para marcar esse corpo, por escarificação ou mutilação, com a marca do discurso socio-económico. Mesmo celebrada pela mãe ou pelas mulheres na menopausa, a iniciação de uma rapariga é o produto de um discurso masculino (Maertens, 1987: 33).

Mais uma vez se sublinha o papel do pós-estruturalismo no desafio a todos os modos de pensar ocidentais que encerram em si uma dualidade, ou seja, baseados em hierarquias de oposição.

O pós-estruturalismo procurou conceptualizar a entidade corporal da mulher como algo fluído e não concreto. Segundo Young, os fluídos, contrariamente aos objectos, são instáveis, inconstantes, precipitam-se e movem-se (Williams, 2000: 84). Esta abordagem constitui um modo mais fluído e emocionalmente fundado de perspectivar as noções de corpos, identidades e desejos.

O corpo começa agora a ser perspectivado como um sistema total no qual todas as partes estão em contínua e dinâmica interacção mútua; e onde nenhuma parte é dominante mas todas estão igualmente envolvidas. De acordo com Emily Martin, o corpo feminino é o exemplo paradigmático do ideal de flexibilidade que parece caracterizar as sociedades contemporâneas, “... we may began to see that the female body approximates this emerging new ideal of flexible adjustment to changing conditions. The female body, altering its states many times each month and undergoing dramatic adjustments to pregnancy, ovulation, or the cessation of ovulation, may become the perfect exemplar for a new modal concept: the flexibly adjusting, constantly changing body” (Martin, 2000: xv).

A natureza do próprio corpo feminino fundamenta a ideia de que as dicotomias do passado são infundadas. As mulheres, hoje, já não permanecem em casa, escondidas, e envergonhadas com a sua menstruação, gravidez ou menopausa. Emily Martin, e outras tantas feministas, entende que as mulheres interpenetram aquilo que, concretamente, nunca se assumiu como mundos diferentes. As mulheres encorporam a contradição entre o privado e o público, o natural e o cultural quando, por exemplo, trabalham e estão menstruadas, sem que ninguém se aperceba desse estado. “Because their bodily processes go with them everywhere, forcing them to juxtapose biology and culture, women glimpse every day a conception of another sort of social order” (Martin, 1987: 197-200). Emily Martin chama ainda a atenção para o facto de os estereótipos dirigidos contra as mulheres terem sido instrumentalizados pelos usos políticos da ciência e da ideologia cultural dominante.

De acordo com Irigaray, “... woman is plural... [with]... sex organs more or less everywhere... the geography of her pleasure is far more diversified, more multiple in its differences, more complex, more subtle, than is commonly imagined – in an imaginary rather too narrow focus on sameness” (Irigaray in Williams, 2000: 84). O desejo e o prazer feminino são provocados por intermédio do toque, sem necessariamente envolver ou levar à relação sexual. Ainda segundo a mesma autora, as mulheres redescobrem-se a elas próprias, pela negação da unicidade que tradicionalmente se lhes imputa e, por conseguinte, pela celebração das diferentes mulheres que o seu corpo encerra.

Para Foucault o sexo tornou-se não apenas outro objecto de poder e conhecimento mas, igualmente, o grande segredo e lugar privilegiado da identidade dos indivíduos (Williams, 2000: 91-92). O seu trabalho, especialmente os seus últimos escritos acerca do modo como os indivíduos decifram, reconhecem e se afirmam como sujeitos de desejo, sugere que os discursos emocionais, incluindo as noções de sexualidade e desejo, tornam-se um lugar privilegiado para a produção da própria subjectividade (Abu-Lughod e Lutz in Williams, 2000: 92).

Numa era de transformação assume maior relevo uma sensibilidade mais fluída que deambula em redor da transgressão, da sublevação e da vitória da diferença descobrindo e complexificando o profundo domínio da sexualidade. Segundo Weeks, “Its ‘laws’ [da sexualidade], norms and prescriptions still organise and control the lives of millions of people. But its unquestioned reign is approaching an end (...) its secular authority has been weakened by the practice and politics of those social-sexual movements produced by its own contradictions and excesses; now we have the opportunity to construct an alternative vision based on a realistic hope for the end of sexual domination and subordination, for new sexual and social relations, for new, and genuine, opportunities for pleasure and choice. We have the chance to regain control of our bodies (...) to take ourselves beyond the boundaries of sexuality as we know it” (Williams, 2000: 93). Segundo Bataille, o prazer erótico pressupõe uma transição. O eroticismo tem como consequência o derrubar de padrões moralmente estabelecidos (Williams, 2000: 79-95).

Será que as mulheres continuam, após circuncisadas, a terem desejo e a sentirem prazer? Já que o corpo feminino é assim tão imprevisível, será que elas encontram formas alternativas de busca de prazer, será que se pode supor uma resistência por parte das mulheres face a estas práticas?

Boddy, no estudo que efectuou junto das mulheres circuncisadas na região do Hofryat, examinou como aquelas são irrevocavelmente transformadas em «depositários vivos» dos valores morais da sua cultura mediante a prática da circuncisão. Porém, através da negação do Outro – usualmente homens ou Zayran (espíritos) – estas mulheres jogam com a ambiguidade, criando um reflexivo, contrahegemónico discurso que lhes permita, de algum modo, renegociar o seu sentido de *self*. “Thus in the Zâr, the historical consciousness of the village is expressed implicitly through the bodies of ‘its most

potent icons', the women" (Boddy in Lock, 1993: 141). A autora procurou estratégias de resistência femininas que emergem e subsistem nas margens, a partir da análise de poemas e canções.

As esferas da intimidade e da sexualidade têm sofrido grandes mutações nos últimos anos. Hoje, pela primeira vez, homem e mulher perspectivam-se como iguais. "... intimacy holding the potential for the true 'democracy' not simply in the privatized domestic sphere, but also within the broader body politic" (Williams, 2000: 91). Estas alegadas mudanças não devem, porém, desviar o olhar para as continuidades que possam ainda subsistir.

É neste contexto que o conceito de "sexualidade plástica" de Giddens ganha relevo. Esta é uma forma de sexo liberta das necessidades de reprodução e do poder exercido pelo órgão reprodutor masculino; é formada como uma característica da personalidade e intrinsecamente unida ao projecto reflexivo do *self*. Esta sexualidade é entendida por Giddens "as a malleable feature of self, it functions as a prime connecting point between body, self-identity and social norms" (Williams, 2000: 93).

O crescimento da reflexividade social e a emergência da sexualidade plástica estão relacionados com profundas mudanças operadas na ordem emocional. Segundo Giddens, e pela primeira vez, as mulheres reclamam a igualdade de direitos. De facto, foram elas as principais responsáveis pelas transformações na intimidade (Williams, 2000: 93). Em suma, nas sociedades contemporâneas a relação tradicional entre propriedade, sexualidade e corpo tende a desaparecer.

A relação "pura" ou "ideal" transforma-se na pedra de toque das sociedades contemporâneas. Estas relações não se traduzem, ou não são traduzíveis, pela pureza sexual. "The pure relationship involves an 'opening out of oneself' to another built around a form of 'confluent' love, which is contingent rather than for ever (...) confluent love is not necessarily monogamous in the sense of sexual exclusiveness. (...) Sexual exclusivity, therefore, has a role to play, but only to the extent that it is deemed 'mutually desirable' by both partners" (Williams, 2000: 93-94). O amor confluyente não detém qualquer tipo de relação com a heterossexualidade.

Estas transformações têm-se registado no mundo ocidental. Não se poderá extrapolar esta realidade para o mundo profundamente tradicionalista em que as mulheres do presente trabalho se inserem. A mulher está longe de se conseguir igualar ao homem nos vários quadrantes da vida, incluindo o sexual. Apesar de alguns países já possuírem legislação a favor da igualdade entre os sexos, na prática tal igualdade é nula.

Considerações finais

As operações genitais femininas, assim como outras práticas tradicionais “penosas”, devem ser equacionadas segundo duas perspectivas. Por um lado, contrariando um crescente corpo de directivas internacionais dos direitos humanos que enfatizam a não discriminação sexual; por outro, como uma prática em conformidade com os padrões de diferenciação sexual, enraizados em valores sociais e culturais que dão primazia ao sexo masculino. Por conseguinte, a escolha (intencional) do aparelho genital feminino, para se proceder à mutilação, encerra toda uma carga simbólica particular. O corpo individual feminino espelha o corpo social.

Os objectivos que iluminaram este trabalho permanecem ainda por concretizar. A tentativa de perceber as consequências decorrentes da prática da circuncisão e o modo como as mulheres, objecto desta prática, constróem a sua identidade e sexualidade numa sociedade que sabemos, à partida, ser extremamente “castradora” da condição feminina e que utiliza a prática da circuncisão como instrumento de controle e integração sociais, continua, assim, em aberto, a despeito de toda a recolha teórica elaborada que possibilita o sedimentar de intuições. Em concreto, o que temos não passam de meras suposições a carecer de confrontação empírica, o que levaria indubitavelmente à realização de um trabalho junto de mulheres circuncisadas ou que tivessem tido um contacto directo com essa realidade.

De salientar as diferenças que podem eventualmente existir entre uma mulher circuncisada residente no seu país de origem, e sujeita aos mesmos mecanismos de controle social e sexual que estiveram na génese dessa prática, e a sua compatriota que emigrou e que pôde, deste modo, ter acesso a um outro tipo de experiências culturais e sociais num país que condena a prática ancestral a que foi submetida.

Por último, e não querendo minorar a questão que trespassou este trabalho desde o seu início; de acordo com a OMS, o conceito de saúde radica na noção de bem estar: físico, psíquico e social. Considera-se, deste modo, pertinente perceber em que estado a mulher circuncisada se encontra, se entende e é entendida (pelos especialistas da saúde). Uma mulher, objecto de circuncisão, terá concerteza um bem estar social, uma vez que é a

busca de uma integração social e cultural que legitima a circuncisão. O físico talvez nunca seja plenamente alcançado dadas as consequências negativas que a prática tem no corpo da mulher. A mulher nunca terá uma vida sexual plena, dada a impossibilidade de reposição do seu aparelho genital, já mutilado pela circuncisão. Por fim, dificilmente alcançará um bem estar psicológico pelo simples facto de o seu bem estar físico estar comprometido. Por conseguinte, o seu bem estar global resultará do equilíbrio decorrente entre as três vertentes da saúde.

A circuncisão, pensamos, não se reportará necessariamente a um estado de doença, as suas consequências é que poderão conduzir a esse estado. Contudo, talvez seja possível considerá-la como um estado de não saúde. Nas sociedades ocidentais, a circuncisão pode, de facto, ser encarada de acordo com esta perspectiva sociológica da não saúde, embora a perspectiva médica não a contemple. Assim, e conhecendo de antemão a posição formal das instituições médicas internacionais que entendem a MGF como uma prática nociva para a saúde física e mental das mulheres, como é que os profissionais da saúde classificam o estado dessas mulheres: de saúde ou de doença?

Referências Bibliográficas

ALLAIX, H., (1935) Les mutilations sexuelles : subincision, circoncision, hyménotomie, clitoridectomie, Paris, Éd. Du Lien Médical

BURRY, Michael (1998) “Postmodernity and health”, in Scambler, G., Higgs (eds.), P., Modernity, Medicine and Health. Medical sociology towards 2000, New York, Routledge, pp. 1-28

CARAPINHEIRO, Graça (1986) “A saúde no contexto da sociologia”, in Sociologia. Problemas e Práticas, Lisboa, Nº1, pp. 9-22

CHEBEL, Malek, (1992) Histoire de la circoncision. Des origines à nos jours, Paris, Éditions Ballaud

CSORDAS, Thomas J. (1990) “Embodiment as a paradigm for anthropology” in Ethos, 18 (1), pp. 5-47

FAVAZZA, Armando R. (1996) Bodies under siege. Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry, Londres, The John’s Hopkins University Press, 2ª Ed.

FEATHERSTONE, Mike, HEPWORTH, Mike, TURNER, Bryan (ed.), (1991) The body, social process and cultural theory, London, Sage Publications

FIGLIO, Karl (1987) “The lost subject of medical sociology”, in Scambler, G. (ed.), Sociological Theory and Medical Sociology, Londres, Tavistock Publications, pp. 77-109

FOUCAULT, M. (1975) Surveiller et punir, Paris, Gallimard

GUIBENTIF, Pierre (1991) “Tentativa para uma abordagem sociológica do corpo”, in Sociologia. Problemas e Práticas, Lisboa, Nº9, pp. 77-87

HEWITT, Kim (1997) "Pain as a pathway to social and spiritual identity" in Mutilating the body: identity in blood and ink, Bowling Green State University Popular Press

LE BRETON, D. (1988) Corps et sociétés. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps, Paris, Meridiens Klincksieck

LOCK, Margaret (1993) "Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge" in Annual Review of Anthropology, n° 22, pp. 133-155

LUPTON, Deborah (1994) Medicine as culture, illness, disease and the body in Western Societies, Londres, Sage Publications

MAERTENS, Jean-Thierry (1978) Le corps sexionné, Paris, Aubier Montaigne

MARTIN, Emily (1987) The woman in the body. A cultural analysis of reproduction, Boston, Bacon Press

NETTLETON, Sarah, WATSON, Jonathan (1998) The body in everyday life, London, Routledge, pp. 1-23

O'NEILL, John (1985) Five bodies. The human shape of modern society, Ithaca, Cornell University

POIRRIER, Jean, (1998) História dos costumes. As técnicas do corpo, 2º vol., Lisboa, Editorial Estampa

SILVA, Maria Cardeira da (1997) "O Islão plástico. Transformações da intimidade em contexto marroquino" in Etnográfica, Vol. I, pp. 57-72

STACEY, Margaret, HOMANS, Hilary (1978) "The sociology of health and illness. Its present state, future prospects and potencial for health research", in Sociology, N°12, pp. 281-307

TURNER, Bryan S. (1987) Medical Power and Social Knowledge, Londres, Sage Publications

TURNER, Bryan S. (1992) Regulating Bodies, Londres, Routledge

TURNER, Bryan S. (1996) The body and society. Explorations in social theory, London, Sage Publications

WARDWELL, Walter I. (1982) “The state of medical sociology – A review Essay”, in The Sociological Quarterly, N°23, pp. 563-571

WELCH, Claude E., (1995) Protecting human rights in Africa. Strategies and roles of non-governmental organizations, Philadelphia, University of Pennsylvania Press

WILLIAMS, Simon (2000) Emotion and Social Theory. Corporeal reflections on the (Ir)rational, London, Sage Publications

Pesquisa na Internet:

Amnesty International: Government Inaction

([http:// www. Fgmnetwork.org/eradication/state/ai.html](http://www.fgmnetwork.org/eradication/state/ai.html) 15/12/2000)

Circumcision of the Female

([http:// www. Noharrrm.org/circumfemale.html](http://www.Noharrrm.org/circumfemale.html) 15/12/2000)

Female Circumcision comes to America

([http:// www. Theatlantic.com/unbound/flashbks/fgm/fgm.html](http://www.Theatlantic.com/unbound/flashbks/fgm/fgm.html) 15/12/2000)

Female genital mutilation (RE9749)

([http:// www. Aap.org/policy/re9749.html](http://www.Aap.org/policy/re9749.html) 15/12/2000)

Female Genital Mutilation Around World: population groups

([http:// www.Fgmnetwork.org/into/world.html](http://www.Fgmnetwork.org/into/world.html) 15/12/2000)

Female genital Mutilation (Female Circumcision) in Africa, The Middle East & Far East

([http:// www.Religioustolerance.org/fem_cirm.html](http://www.Religioustolerance.org/fem_cirm.html) 15/12/2000)

Female & intersexual genital mutilation in North America & Europe

([http:// www.Religioustolerance.org/fem_cira.html](http://www.Religioustolerance.org/fem_cira.html) 15/12/2000)

In Defense of Female Circumcision

(<http://www.Circquotes.tited.com/> 15/12/2000)

Path: Program for Appropriate Technology in Health

([http:// www.Fgmnetwork.org/eradication/state/path1.html](http://www.Fgmnetwork.org/eradication/state/path1.html) 15/12/2000)

To Mutilate in the Name of Jehovah or Allah

([http:// www.Hraic.org.au/genital_mutilation.html](http://www.Hraic.org.au/genital_mutilation.html) 15/12/2000)

UNICEF and the Medicalization of female Genital Mutilation

([http:// www.Chebucto.ns.ca/~ay813/profile.html](http://www.Chebucto.ns.ca/~ay813/profile.html) 15/12/2000)

What is FGM?

([http:// www.Forwardusa.org/about_fgm.html](http://www.Forwardusa.org/about_fgm.html) 15/12/2000)

1995 World Health Organization (WHO) Classification of FGM

([http:// www.Fgmnetwork.org/eradication/state/who.html](http://www.Fgmnetwork.org/eradication/state/who.html) 15/12/2000)